



NARA BEATRIZ SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
DIANTE DA AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM**

Rio Grande

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
DIANTE DA AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES DA ENFERMAGEM**

NARA BEATRIZ SILVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.
Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Dr^a Rosemary Silva da Silveira

Rio Grande

2016

S587a Silveira, Nara Beatriz

Avaliação da dor como 5º sinal vital: desafios e possibilidades diante da avaliação de trabalhadores da enfermagem / Nara Beatriz Silveira. - Rio Grande: [s.n], 2016.

76 f : il. ; tab. ; 33 cm.

Orientação: Prof.^aDr^a. Rosemary Silva da Silveira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande -
Programa de Pós Graduação em Enfermagem.
Referências bibliográficas: f. 78-82.

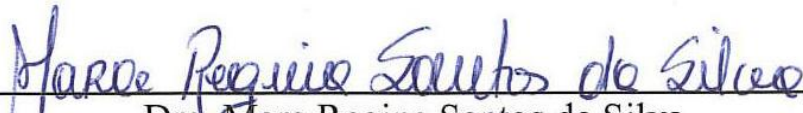
1. Enfermagem. 2. Dor. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Medição da dor. I. Silveira, Rosemary Silva da. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDU :616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques– CRB 10/2375

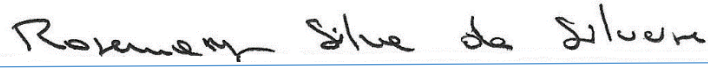
Avaliação da dor como 5º Sinal Vital: desafios e possibilidades diante da avaliação de trabalhadores da enfermagem

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** aprovada na sua versão final em 13 de setembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

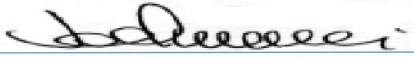


Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem FURG


BANCA EXAMINADORA



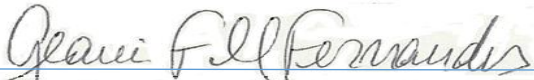
Dra. Rosemary Silva da Silveira – Presidente (FURG)




Dr. Joel Rolim Mancia– Membro Externo (IPA)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem – Suplente Interno(FURG)



Dr.ª Geani Farias Machado Fernandes – Membro



Dr.ªValéria Lerch Lunardi– Suplente Interno (FURG)

AGRADECIMENTO

A Deus, em primeiro lugar, que me acompanha em todos os momentos e me permitiu chegar até aqui!

A meus pais, pois apesar de ausentes me ensinaram valores morais e éticos. Ensinaram-me o que é justo e verdadeiro. Me ensinaram que o amor deve estar presente em qualquer profissão!

A meus filhos Fillipe, Guilherme e Isabelly por apesar de não compreenderem muitas vezes minhas ausências sempre me apoiaram a seguir em frente!

As minhas irmãs Mara e Enelise, por me auxiliarem em todos os momentos para que pudesse completar essa trajetória!

Ao meu amor Tiago pelo auxílio, paciência e incentivo no final dessa trajetória! Por me motivar e acreditar no meu potencial, mesmo nos dias mais cinzas.

A minha amiga Fabiana Guimarães, sempre presente e me incentivando em todos os momentos!

Aos colegas de mestrado, em especial as colegas Letícia Marques e Deise Lima sempre presentes durante toda essa trajetória e incentivo em todas as horas.

Ao amigo Heitor Biondi pela paciência, pelo auxílio, pela amizade incondicional e principalmente por todo apoio nessa reta final... tenha certeza, que se não fosse suas palavras me levantando a cada tropeço esse dia não teria chegado...obrigada!!!

A equipe da Unidade Clínica Cirúrgica que se disponibilizou a participar na construção desse trabalho. Sem vocês nada disso seria possível.

À Banca Examinadora pelas contribuições na realização desse estudo. Contribuições essas imprescindíveis para o crescimento profissional.

A minha orientadora que, com sua dedicação, me fez acreditar que poderia fazer melhor. Por sua capacidade de compreender minhas fraquezas e criar formas para meu crescimento pessoal. Ensinou-me muito mais que desenvolver essa pesquisa, me ensinou valores éticos e humanos imprescindíveis para minha caminhada profissional!

Seja qual for o amor que sintamos por alguém, não podemos impedi-lo de morrer, se esse é o seu destino. Também não podemos evitar um certo sofrimento afetivo e espiritual que faz parte do processo de morrer de cada um. Podemos somente impedir que essa parte de sofrimento seja vivida na solidão e no abandono; podemos envolvê-la de humanidade.

Hennezel

RESUMO

SILVEIRA, N. B. A avaliação da dor como 5º sinal vital: desafios e possibilidades diante da avaliação de trabalhadores da enfermagem. 75 fls. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande. 2016.

A dor é uma das principais queixas dos pacientes, bem como, o motivo de grande número de internações hospitalares, interferindo diretamente no estado físico e psicossocial e prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos. A dor faz parte do cotidiano da vida do ser humano e está ligada intimamente ao cuidado da enfermagem, devendo ser avaliada de forma minuciosa em suas diferentes dimensões pelos trabalhadores de enfermagem. Assim, objetivou-se analisar a viabilidade da implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital com trabalhadores da enfermagem de uma unidade de clínica cirúrgica. A coleta de dados foi realizada, em diferentes momentos, e com diferentes modalidades de intervenção: encontros grupais com 16 trabalhadores, sua aplicação das escalas nos pacientes e entrevistas com os trabalhadores. Através aplicação da técnica de Análise Textual Discursiva, emergiram três categorias: a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação da dor: percepções da equipe de enfermagem; Potencialidades da aplicação de instrumentos de avaliação da dor e Fragilidades na implementação da dor como 5º sinal vital e no uso de escalas de avaliação da intensidade da dor. Embora a avaliação da dor, através do uso de escalas, não seja rotina na unidade de pesquisa, os trabalhadores de enfermagem consideram fundamental sua implantação, bem como rotineiramente seu registro com a implantação da dor como quinto sinal vital, de modo a auxiliar na tomada de decisões quanto ao tratamento, tornando assim o atendimento mais humanizado. No entanto, para que isso aconteça, a maioria dos participantes acredita ser necessário maior número de profissionais nos turnos de trabalho, seu treinamento e conscientização quanto a importância da avaliação da dor nos pacientes.

Descritores: Enfermagem. Dor. Cuidados de enfermagem. Medição da dor. Avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

SILVEIRA, N.B. **The pain assessment as the 5th vital sign: challenges and possibilities regarding the assessment of the nursing workers.** 75 fls. Masters Dissertation. Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande. 2016.

Pain is one of the patient's main complaints as well as the reason of a large number of hospital internments directly interfering in the physical and psychosocial state, and also impairing the individuals' quality of life. Pain is part of people's everyday life and it's intimately related to the nursing care, so it should be meticulously assessed in its different dimensions by the nursing workers. Thus, the objective of this work was to analyze the implementation viability of the pain assessment as the 5th vital sign with nursing workers from a surgical clinic unit. The data collection was done in different moments and with different intervention modalities: group meetings with 16 workers, the application of the scales in the patients, and interviews with workers. Through the application of the Discursive Textual Analysis technique, three categories have arisen: the pain assessment instruments applicability; perceptions from the nursing staff; Potentialities of the application of pain assessment instruments; Frailty in the implementation of the pain as the 5th vital sign and in the use of the scales of pain intensity assessment. Although the pain assessment through the use of scales is not routine in the research unit, nursing workers consider its implementation vital, as well as routinely registering it with the implementation of the pain as the 5th vital sign in order to assist the staff in making decisions regarding the treatment, rendering the medical care more humanized. However, for its accomplishment, the majority of participants believe that it is necessary a larger number of professionals during work shifts, besides their training and awareness regarding the importance of the pain assessment in patients.

Key-words: Nursing. Pain. Nursing Cares. Pain Measurement. Nursing Assessment.

RESUMEN

Silveira, N. B. **La evaluación del dolor como 5° signo vital: desafíos y posibilidades delante de la evaluación de trabajadores de la enfermería.** 75 hojas. Disertación de Maestría. Universidad Federal de Rio Grande – FURG Rio Grande. 2016.

El dolor es una de las principales quejas de los pacientes, así como, el motivo de gran número de internaciones hospitalarias, interviniendo directamente en el estado físico y psicosocial y perjudicando la calidad de vida de los individuos. El dolor hace parte del cotidiano de la vida del ser humano y está ayuntada directamente al cuidado de la enfermería, deviendo de ser evaluada de manera detallada en sus diferentes dimensiones, por los trabajadores de enfermería. Así, se objetivó hacer el análisis de la viabilidad de la implantación de la evaluación del dolor como 5° signo vital con trabajadores de enfermería en una unidad de clínica quirúrgica. La recolección de datos fue hecha, en distintos momentos, y con distintas modalidades de intervención: encuentros grupales con 16 trabajadores, su aplicación de las escalas en los pacientes y entrevistas con los trabajadores. A través de la técnica de Análisis Textual Discursivo, surgieron tres categorías: la aplicabilidad de los instrumentos de evaluación del dolor: percepciones del equipo de enfermería; potencialidades de la aplicación de instrumentos de evaluación del dolor; y fragilidades en la implementación del dolor como 5° signo vital y en el uso de escalas de evaluación de la intensidad del dolor. Aunque la evaluación del dolor, a través del uso de escalas, no sea rutina en la unidad de investigación, los trabajadores de enfermería creen ser fundamental su implementación, así como rutinariamente su registro, con la implantación del dolor como quinto signo vital, para auxiliar en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento, haciendo de esa forma la atención más humanizada. Sin embargo, para que esto ocurra, la gran mayoría de los participantes creen que es necesario un número más grande de profesionales en los turnos de trabajo, su entrenamiento y concientización en cuanto a la importancia de la evaluación del dolor en los pacientes.

Descriptor: Enfermería. Dolor. Cuidados de enfermería. Medición del dolor. Evaluación en enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 CRENÇAS E ESTUDOS SOBRE A DOR	16
2.1.1 FISIOLOGIA DA DOR	18
2.1.2 DIMENSÕES DA DOR.....	19
2.1.3 AVALIAÇÃO DA DOR	20
2.1.3.1 Instrumentos unidimensionais de avaliação inicial da dor	23
- Escala numérica.....	23
- Escala de fases.....;	24
- Escala visual analógica.....;;	25
- Escala verbal Descritiva.....	25
2.1.3.2 Instrumentos multidimensionais de avaliação inicial da dor	26
- Instrumento de avaliação inicial da dor.....	26
- O Desenho de localização da dor.....	26
- Questionário de Micgill.....;	27
- Prontuário de percepção da dor.....	30
- Escala de avaliação de dor lembrada.....	30
2.2 O MANEJO DA DOR.....	31
2.2.1 procedimentos terapêuticos farmacológicos no alívio da dor	33
2.2.2 procedimentos terapêuticos não farmacológicos para alívio da dor	35

3 METODOLOGIA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.1.2 Local de Estudo	38
3.1.3 Participantes do estudo	40
3.1.4 Coleta de Dados	41
3.1.5 Análise de Dados	44
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4 RESULTADOS	48
5 DISCUSSÕES	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A - GUIA DA ENTREVISTA GRAVADA	72
APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO A DIREÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JUNIOR	73
APÊNDICE C – TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
ANEXO	75

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma das principais queixas e causas do sofrimento dos pacientes, bem como, o motivo do grande número de internações hospitalares interferindo diretamente no estado físico e psicossocial, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos. A dor faz parte do cotidiano da vida do ser humano e está ligada intimamente ao cuidado da enfermagem, necessitando ser avaliada em suas diferentes dimensões.

Ao desenvolver minhas atividades, ao longo de 15 anos, como técnica de Enfermagem, um fato que sempre me causou inquietação é a maneira como os trabalhadores da enfermagem e da saúde em geral avaliam as queixas e a experiência de dor dos pacientes internados nas unidades hospitalares; na maioria das vezes, parecem centrar suas ações somente no determinado pela prescrição médica.

O nível da dor, o caráter emocional, a singularidade e a historicidade do sujeito, comumente, não são consideradas (DALMOLIN et al., 2011). Esse modo de cuidar o paciente com dor pode caracterizar um fazer automatizado, no qual “a pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e passou a ser instrumentalizada em função de determinado fim” (PESSINI, 2002, p. 52).

Ao longo da Graduação em Enfermagem pude constatar que parecem faltar subsídios para avaliar a dor de forma efetiva ao cuidar os pacientes, pois a avaliação ainda é muito subjetiva e baseada, prioritariamente, apenas em evidências físicas. Ao desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso, evidenciei, através dos relatos dos pacientes, que a equipe de enfermagem não utiliza nenhum instrumento para avaliar suas queixas de dor. Os pacientes reconhecem que suas queixas de dor necessitam ser avaliadas na sua totalidade, considerando, além dos aspectos fisiológicos, os psicológicos, culturais e ambientais (SILVEIRA et al., 2016). Referiram que necessitam que sua dor seja avaliada de modo multidimensional, por parte dos trabalhadores da saúde e, da enfermagem em particular, uma vez que se encontram muito fragilizados e vulneráveis diante da dor (SILVEIRA et al., 2016). Pude observar, ainda, a ausência de registros rotineiros de queixas de dor dos pacientes.

Apesar da “dor” constituir-se em tema de estudos desde os primórdios da civilização,

ainda é premente a preocupação de estudiosos em desvelar possíveis causas da dor e do sofrimento humano, pois constitui-se na condição principal pela qual cerca de 80% da população procura o Sistema Único de Saúde (BOTTEGA; FONTANA, 2010; MAGALHÃES et al., 2011). Por outro lado, quando a dor é controlada, é possível evidenciar que pode favorecer a qualidade de vida, diminuindo o nível de stress e ansiedade, bem como, o período de internação hospitalar e seu impacto financeiro (MAGALHÃES et al., 2011).

A dor crônica é a principal causa de absenteísmo no trabalho, de atestados médicos, licenças e aposentadorias por invalidez, entre outras, acometendo grande parcela da população brasileira e, ainda, contribuindo significativamente para as limitações de suas funções e da sua qualidade de vida (PESSINI, 2002; BOTTEGA; FONTANA, 2010). Tal situação requer um olhar atento dos trabalhadores, pois muitos desconhecem que a dor é um fenômeno dual, ou seja, por um lado, apresenta-se como a percepção de uma sensação e, por outro, como uma resposta emocional a ela.

Nesse contexto:

A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual (PESSINI, 2002, p.54).

O alívio da dor constitui-se em um direito humano e deve ser considerado como uma questão ética e não apenas uma questão clínica (SILVEIRA et al., 2016). Para tanto, a dor deve ser um dos focos dos trabalhadores da Enfermagem, constituindo-se num grande desafio avaliá-la como o 5º sinal vital, de modo a favorecer a tomada de decisões e intervenções para seu alívio (GÉLINAS et al., 2011; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Apesar de avanços no entendimento das causas que desencadeiam a dor, bem como no tratamento, estudos recentes demonstram que a dor ainda é pouco valorizada, mal avaliada e tratada de forma inadequada (BARRETO et al., 2012).

Alguns estudos enfatizam que seu inadequado manejo advém da ausência ou do reduzido conhecimento por parte dos trabalhadores de enfermagem ou da não utilização desse conhecimento na prática profissional (RIBEIRO, 2012; KELLER et al., 2013; SOUSA, 2010). Corroboro desta ideia de que possa existir certo desconhecimento por parte de alguns

trabalhadores da enfermagem sobre a importância de uma correta avaliação das queixas de dor dos pacientes. Por outro lado, reconheço que a enfermagem apresenta dificuldades, bem como falta de subsídios para avaliar de forma mais adequada as queixas de dor. Assim, a avaliação da dor tem como finalidade a prestação de um cuidado efetivo, ético e humanizado e deve fazer parte das ações dos trabalhadores de enfermagem, pois além de contemplar as reais necessidades dos pacientes, também é um direito deles.

Assim questiono: os cursos de formação têm preparado os futuros trabalhadores de enfermagem para avaliar a dor do paciente de modo multidimensional? Tem havido negligência por parte dos trabalhadores de enfermagem frente às queixas de dor dos pacientes? Os trabalhadores de enfermagem precisam ser sensibilizados para avaliar a dor como 5º sinal vital?

Assim tenho como **questão de pesquisa**: Como viabilizar a implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de clínica cirúrgica?

Justifica-se esse questionamento por acreditar que a dor está presente quase que na totalidade dos atendimentos dos pacientes e, ainda, porque apesar da avaliação da dor ser parte do fazer da enfermagem, tem sido avaliada superficialmente e sem sua devida importância. Acredito que a implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital é um desafio e requer a sensibilização dos trabalhadores da enfermagem para esse cuidado e que este estudo contribuirá no desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para a avaliação da dor e, ainda, para o processo decisório dos trabalhadores em relação às medidas adotadas para o alívio da dor.

Podará, além disso, desencadear um processo de reflexão dos trabalhadores de enfermagem em relação ao cuidado prestado diante das queixas de dor e da vulnerabilidade dos pacientes, qualificando o cuidado de enfermagem. Destaca-se que sua relevância está na busca de subsídios para evidenciar possíveis estratégias a serem implementadas na avaliação da dor como 5º sinal vital e, por conseguinte, na prestação de um cuidado ético, que leve em conta a singularidade dos pacientes e proporcione o alívio do sofrimento de modo mais efetivo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a viabilidade da implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital na percepção de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de clínica cirúrgica.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Identificar aspectos positivos e negativos da implementação de escala de dor como 5º sinal.

- Descrever impressões dos trabalhadores de enfermagem sobre o uso da escala de avaliação da dor como 5º sinal vital.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CRENÇAS E ESTUDOS SOBRE A DOR

Na Antiguidade, o entendimento acerca da dor variava entre um mistério divino e crenças religiosas de que as ocorrências da dor e do sofrimento estabeleciam uma relação entre doença e castigo, ou seja, seria preciso sofrer para amenizar as culpas. Os povos antigos compreendiam a dor na existência de lesão visível, porém não compreendiam a dor de origem interna (ALVES; COSTA; SIQUEIRA, 2009). Os tratamentos para o alívio da dor eram feitos através de rituais de magia em diferentes culturas (SAÇA et al., 2010).

No período A.C., Aristóteles acreditava no conceito das sensações da dor, ou seja, afirmava a ideia de que a dor se originava no coração (emoção) e não no cérebro. Platão, complementando esse conceito, acreditava em cinco sensações: visão, audição, gustação, olfato e tato; a dor, para ele, era a representação de sentimentos da alma, do espírito, que se opunha ao prazer (SAÇA et al., 2010).

No período renascentista, Leonardo da Vinci acreditava que o cérebro era o órgão central responsável pelas sensações e que a coluna vertebral era a responsável por enviar as informações ao cérebro. A primeira proposta científica de que existia uma ligação entre sensações periféricas e o cérebro partiu do matemático René Descartes, para quem a dor era uma manifestação de alguma irregularidade física (PEREIRA; ZAGO, 1998).

Ao longo dos anos, alguns estudiosos (PIMENTA; CRUZ, 1998; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006; KULKAMP; BARBOSA; BIANCHINI, 2008; BIASI et al., 2011; BOTTEGA; FONTANA, 2010) buscavam explicar as razões que justificassem a ocorrência da dor, numa tentativa de desenvolver uma metodologia destinada ao seu controle, bem como, de compreender as dores externas e internas e seus mecanismos. Ao observarem o que ocorria naturalmente no organismo humano, encontraram maneiras para combater a dor, concluindo

que o homem, ao ingerir algumas ervas, apresentava-se sonolento ou excitado. A partir daí, passaram a utilizar essas ervas como tratamento analgésico nos pacientes (SAÇA et al., 2010).

Durante o século XX, houve avanços significativos nos estudos sobre a dor, com ênfase na fisiologia desse processo. Em 1974, foi criada a Associação Internacional para o Estudo de Dor (AIED) e, no Brasil, em 1984, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), filiada à AIED (ALVES; COSTA; SIQUEIRA, 2009).

Nas décadas seguintes, no intuito de humanizar a assistência, alguns estudos voltaram-se para a análise da influência da cultura no enfrentamento da dor (ANGELO, 2010); no seu manejo adequado (BIASI et al., 2011; SOUSA, 2010) e nos métodos de avaliação da dor utilizados pela equipe de saúde (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011; GÉLINAS et al., 2011; SAÇA et al., 2010). Apesar do avanço obtido com esses estudos, a maioria dos trabalhadores da saúde parece tratar a dor como um fazer meramente técnico, sem levar em consideração os aspectos emocionais dos pacientes e, muitas vezes, ignoram sua bagagem cultural, individualidades e experiências com relação à dor.

O conhecimento das diversas faces que compõem o quadro de dor, entendendo que se constitui em uma experiência subjetiva e individual, é de fundamental importância à equipe de enfermagem, para definir as estratégias a serem adotadas para seu controle (NASCIMENTO; SANTO, 2011).

É importante ressaltar que a dor faz parte do cotidiano da vida do ser humano e se encontra presente quase que na totalidade dos pacientes em âmbito hospitalar, estando ligada intimamente ao cuidado da enfermagem (RIBEIRO, 2012). No sentido literal, a dor é definida como “sensação de sofrimento decorrente de lesão, e percebida por formações nervosas especializadas” (FERREIRA, 2006; BARROS et al., 2007).

A Associação Internacional para Estudos da Dor a define como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões”. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (SAD) publicaram uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital, determinando que a dor seja avaliada e registrada juntamente com os demais sinais vitais de modo regular(SBED).

Apesar da dificuldade dos trabalhadores da saúde, e da enfermagem em particular, para avaliar a dor, é possível que a experiência diante da dor possibilite aos pacientes avaliarem sua existência e intensidade, pois a dor é o que a pessoa que experimenta relata, existindo sempre quando a pessoa referir senti-la (ANDRADE, 2010; SOUSA, 2010).

2.1.1 FISILOGIA DA DOR

Existem dois tipos de dor: aguda e crônica. A dor aguda é definida como uma dor súbita, como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, tais como, trauma, intervenção cirúrgica ou patologias clínicas. Caracteriza-se por início súbito, de intensidade leve ou intensa. Comumente, a dor aguda está associada a algum tipo de lesão corporal e tende a desaparecer quando a lesão melhora (HALL, 2011).

Já, a dor crônica é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de uma situação aguda originada por lesão tissular real ou potencial que se agravou. Sua duração pode perdurar um período superior a seis meses (HALL, 2011). A dor crônica pode ser dividida em três tipos, de acordo com seu mecanismo fisiopatológico: nociceptiva, neuropática e mista.

A dor nociceptiva relaciona-se à experiência subjetiva da atividade cerebral em resposta a uma lesão tecidual contínua e ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor (provocam a sensação de dor) Nesse caso, o sistema nervoso central permanece íntegro. A dor neuropática é definida como a dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso (ANDRADE et al., 2011). A dor mista ocorre quando o paciente apresenta dor de origem nociceptiva e neuropática.

Não existe no organismo células ou órgãos específicos para dor; existem terminações nervosas indiferenciadas que recebem estímulos que causam dor, podendo apresentar-se mais ou menos sensíveis aos estímulos dolorosos. Isso ocorre porque algumas áreas do corpo apresentam maior quantidade de terminações nervosas sensoriais livres. A pele, da mesma

forma que os órgãos internos, possui mais receptores sensíveis à dor que outros órgãos (ANDRADE et al., 2011; HALL, 2011).

A sensação da dor envolve o sistema nervoso e periférico que recebe substâncias químicas que aumentam o potencial dos receptores da dor. Esses receptores, ao receberem os estímulos, transmitem as sensações para a medula espinhal, para o trato espinotalâmico e, algumas vezes, chegam ao córtex cerebral. Os nociceptores são os órgãos específicos para a detecção e informação ao sistema nervoso central (HALL, 2011)

O tecido, ao sofrer algum tipo de agressão, faz com que as células liberem prostaglandinas, as quais aumentam a permeabilidade capilar, atraindo células especializadas na fagocitose, aumentando a sensibilidade dos nociceptores (nervos sensitivos). As substâncias nociceptivas, ao serem captadas pelos nervos sensitivos, levam a sensação de dor ao cérebro. Esses, ao serem hipersensibilizados, transformam o mínimo impulso em dor (HALL, 2011).

A partir da informação dolorosa, diferentes alterações começam a ocorrer no organismo: aumenta a atividade do sistema nervoso autônomo, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação dessas substâncias de forma intensa produz alterações cardiovasculares, como: taquipneia, retenção hídrica, aumento do débito catabólico com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação, redução da resposta imune, taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco e da pressão arterial (HALL, 2011).

Pelo estímulo do sistema nervoso simpático, ocorre a redução do tônus intestinal, além do retardo do esvaziamento gástrico, predispondo episódios de náusea e vômito. O aumento do tônus do esfíncter vesical pode facilitar a ocorrência de retenção urinária. Aliado a isso, a dor não controlada influencia e dificulta a deambulação precoce. Essas alterações predis põem ao aparecimento de trombose venosa profunda, insônia, desgaste físico, fadiga, prejudicando dessa forma a recuperação precoce do paciente (HALL, 2011).

2.1.2 DIMENSÃO DA DOR

Pode-se dizer que a dor é uma experiência subjetiva da atividade cerebral em resposta a uma lesão dos tecidos corporais e que a forma como cada indivíduo a vivencia está relacionada ao contexto cultural em que se encontra inserido, a sua história de vida, a personalidade, ao modo como cada ser humano encara essa situação, bem como, às possíveis influências da classe social no que se refere às manifestações de dor. (ANDRADE et al., 2011). A dor, por ser subjetiva, é individual e necessita do paciente para mensurá-la e identificá-la em relação ao grau, constituindo-se, na maioria das vezes, numa experiência desagradável (ANDRADE et al., 2011).

O fenômeno multidimensional que envolve a dor nos direciona a uma observação e posterior avaliação da dimensão neurofisiológica, pois os receptores periféricos são ativados através de mecanismos neurológicos; da dimensão psicossocial, que envolve as experiências negativas e positivas que o indivíduo vivenciou e que influenciam na sua queixa a dor; a dimensão cognitivo cultural, que está intimamente ligada às crenças, religião, cultura e estrutura familiar, entre outras (BUDÓ et al., 2007). Aliado a isso, as crenças dos profissionais também influem diretamente na avaliação da dor e, conseqüentemente, nas ações de cuidado (NASCIMENTO; SANTO, 2011).

Dentre os fatores que exercem enorme influência na tolerância ou não à dor, a cultura é um dos mais expressivos, pois os significados atribuídos à dor, individual ou coletivamente pelo homem, estão relacionados aos mecanismos que cria e que regem seu comportamento. Esses mecanismos gerenciam seu enfrentamento frente a diferentes manifestações físicas, entre elas, o sentimento da sensação de dor vivido de forma individual (GEERTZ, 1989).

Deste modo, é necessário que os trabalhadores da saúde investiguem as queixas de dor, seus agravantes bem como os atenuantes, a história familiar do paciente e as limitações causadas pela dor. Para isso, é importante utilizar instrumentos para avaliar e mensurar de forma adequada a dor dos pacientes a fim de auxiliar na analgesia (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

2.1.3 AVALIAÇÃO DA DOR

A dor é definida como uma experiência emocional e sensitiva, associada a lesões teciduais. Dessa forma, sua avaliação deve conter dados de início da dor, localização, tipo, duração e irradiações associados a dados subjetivos como: palidez, ansiedade, irritabilidade, expressão facial, inquietação, entre outros (SILVA; VASCONCELOS; NÓBREGA, 2011).

Existe uma grande variedade de estratégias para mensuração e avaliação da dor, sendo o relato do paciente considerado a mais relevante. No entanto, observa-se que a avaliação da dor não seja realizada na maioria das vezes pelos trabalhadores de enfermagem (ANDRADE; GUIMARÃES, 2015). Pela sua natureza subjetiva, a dor não pode ser avaliada por instrumentos físicos e ainda não existe um único instrumento que expresse a intensidade da dor e que permita aos trabalhadores avaliarem essa experiência tão complexa e pessoal, pois na maioria das vezes é necessária a utilização de outros mecanismos clínicos para avaliar a dor. Por outro lado, a ausência de conhecimento quanto a importância da aplicabilidade de escalas para avaliação da dor pode ser prejudicial ao tratamento e a evolução dos pacientes (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

A aplicação de uma escala para avaliação da dor pode ser vista pelos profissionais de enfermagem como um importante instrumento de humanização do cuidado, uma vez que consiste num modo de compreender a dor, facilitando o planejamento da assistência e a tomada de decisões terapêuticas de acordo com as necessidades dos pacientes (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Deste modo, para avaliar a intensidade da dor e planejar as ações de enfermagem necessárias ao seu alívio, são utilizadas diferentes instrumentos de modo sistemático e regular.

As escalas para avaliação da dor podem corroborar para uma intervenção mais eficiente da equipe, bem como possibilitar um atendimento humanizado que leve em consideração o respeito à subjetividade dos indivíduos, pois é o próprio paciente quem deve relatar sua dor, intensidade e localização, entre outros fatores, validando assim a avaliação da dor pelos profissionais de enfermagem (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Para avaliação da dor, devem ser investigados intensidade, localização, o modo como a dor iniciou, sua duração, os períodos em que ocorrem, bem como os fatores que causam

agravo ou atenuam as dores. A avaliação feita de forma independente e sem a junção de elos que possibilitem a interpretação clínica da dor contribui para a ineficácia da avaliação (BARROS; PEREIRA; NETO, 2011). O padrão da dor pode ser avaliado pela descrição do paciente ao ser questionado pela equipe de enfermagem sobre sua intensidade e duração. A sua localização pode ser avaliada através do uso de instrumentos para sua avaliação como diagramas, descrição verbal do paciente ou uso de escalas visual (BOTTEGA; FONTANA; 2010).

Segundo Andrade et al (2011), “existem três formas de se avaliar a dor: questionários diretos, observação direta do comportamento ou entrevistas diretas com os cuidadores ou informantes.” O método para avaliar a dor pode ser dividido em três categorias: observação do comportamento relacionado a dor, medida da resposta fisiológica da dor e descrição verbal ou escrita da dor. As observações comportamentais nos permitem avaliar a resposta do paciente aos estímulos dolorosos. As medidas de resposta da dor são realizadas em laboratórios através da medição do limiar fisiológico (ANDRADE et al., 2011).

Para auxiliar na avaliação da dor foram desenvolvidos instrumentos para identificar com mais precisão as queixas de dor, diagnosticar a necessidade de intervenções, bem como avaliar a eficácia da prescrição.

Dentre esses instrumentos, podemos destacar as escalas de descritores verbais diferenciais, o questionário McGill de avaliação da dor, a teoria de detecção do sinal e a escala de categoria numérica/verbal e visual analógica. No entanto, essas escalas poderão ser ineficazes quando se faz necessário avaliar a dor de pacientes sedados ou com diminuição do nível de consciência. Para essa categoria de pacientes, um modo utilizado para mensurar especificamente a intensidade da dor em pacientes sedados ou inconscientes, refere-se a um tipo de escala comportamental (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Os métodos mais utilizados pelos trabalhadores da saúde são as descrições verbais ou escritas da dor (SILVEIRA et al., 2016). Podemos destacar no método da escrita, a entrevista com o paciente, o diário de dor e as escalas de dor. As escalas de dor facilitam uma melhor comunicação entre os trabalhadores da saúde, bem como uma maior interação com os pacientes, pois permitem avaliar a dor e sua evolução, além de verificar a resposta dos

pacientes diante das medidas adotadas para o seu alívio (CRESCÊNCIO et al., 2009; SILVA; PIMENTA; CRUZ, 2013).

Os instrumentos para mensuração da dor classificam-se em unidimensionais e multidimensionais. A aplicação de escalas multidimensionais de avaliação de dor são privativas do enfermeiro segundo a legislação que trata do exercício da enfermagem, enquanto que as escalas de avaliação da dor unidimensionais podem ser usadas por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Os unidimensionais são os mais usados e medem a intensidade de dor, observando uma única dimensão, o que faz com que se tornem alvo de críticas por alguns autores, pois não possibilitam uma avaliação das demais dimensões do indivíduo que sofre a dor. Já, os multidimensionais quantificam a experiência dolorosa em suas múltiplas dimensões, envolvendo aspectos fisiológicos, cognitivos, sociais e culturais, entre outros. No Brasil, há poucas referências sobre o uso dos instrumentos multidimensionais, existindo como modelo, na literatura internacional, o questionário de McGill (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006; SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

Dentre os instrumentos unidimensionais, a escala é o mais utilizado para a medição de dor, destacando-se a escala numérica, a escala de faces, a escala visual analógica e a escala verbal (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007). No entanto, essas escalas mostram-se ineficazes em pacientes dementes e com dificuldade de comunicação. Para esses, os trabalhadores de enfermagem precisam usar da observação e avaliação de sintomas ou de alterações clínicas que mostrem sinais de dor, tais como: expressões faciais, alterações dos sinais vitais (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

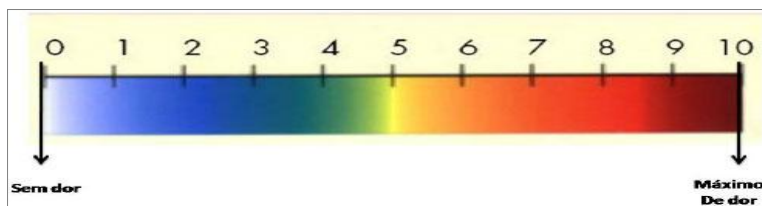
2.1.3.1 Instrumentos unidimensionais de avaliação da dor

- Escala Visual Numérica

Baseia-se em uma graduação de 0 a 5 ou de 0 a 10, ou seja, solicita-se ao paciente para identificar, na escala, o número que considera mais adequado para dimensionar a intensidade da sua dor. A ausência de dor corresponde ao zero e os números seguintes, o

aumento crescente da sensação de dor, no qual o 10 é o máximo de dor que um paciente pode expressar. É utilizada tanto em crianças como em adultos. Essa escala deve ser usada na avaliação inicial e durante todo o tratamento (GUIMARAES; ANDRADE, 2015)

Figura 1: Escala Visual Numérica



Fonte: www.isaia.com.br

- Escala das Faces

Utilizada com mais frequência em crianças entre 5 e 12 anos, no entanto utiliza-se também em adultos. Apresenta o desenho de seis faces, com diferentes expressões: alegre, sorridente, até a face triste que significa o indicativo de forte dor. A escala de faces é mostrada ao paciente, solicitando-se que demonstre, através da imagem, como se reconhece frente a dor que está sentindo (GUIMARAES; ANDRADE, 2015).

Figura 2: Escala das Faces

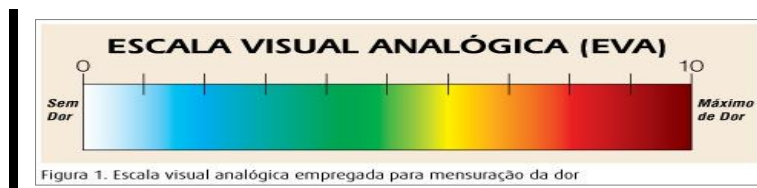


Fonte: www.isaia.com.br

- Escala Visual Analógica

É representada por uma linha contínua, não numerada (em torno de 10cm), com âncoras nas duas extremidades. No início da linha, marca-se a ausência de dor e, no final da linha, a dor máxima. O paciente marca a intensidade da dor que acredita estar sentindo. Essa escala mostra-se simples, sensível, de fácil aplicabilidade e universal, isto é, consegue ser compreendida em diferentes culturas e línguas. Este tipo de escala se mostra bastante útil ao ser utilizada para acompanhar um mesmo indivíduo em diferentes fases do tratamento. Alguns estudos demonstram evidências de validade desse método (GUIMARÃES; ANDRADE, 2015).

Figura 3:



Fonte: felipesenger.blogspot.com

- Escala Verbal Descritiva

A escala verbal descritiva corresponde a um conjunto de palavras em ordem numérica de 1 a 5: nenhum, leve, moderada, forte e insuportável. O número correspondente à palavra determina a intensidade da dor. Pode ser aplicada em diferentes situações clínicas, sendo fácil para o profissional avaliar (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006; SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007)

Figura 4:



Fonte: [es.slideshare.net/638x479](https://www.slideshare.net/638x479) Pesquisa por imagem

2.1.3.2 Instrumentos multidimensionais para avaliação da dor

Dentre os instrumentos multidimensionais utilizados para mensurar a dor, podemos destacar o Instrumento de Avaliação Inicial da Dor, o Desenho da localização da dor, o Questionário de McGill, o prontuário da percepção da dor, a escala de avaliação da dor lembrada, entre outros (GUIMARÃES; ANDRADE, 2015).

- Instrumento de Avaliação Inicial da Dor

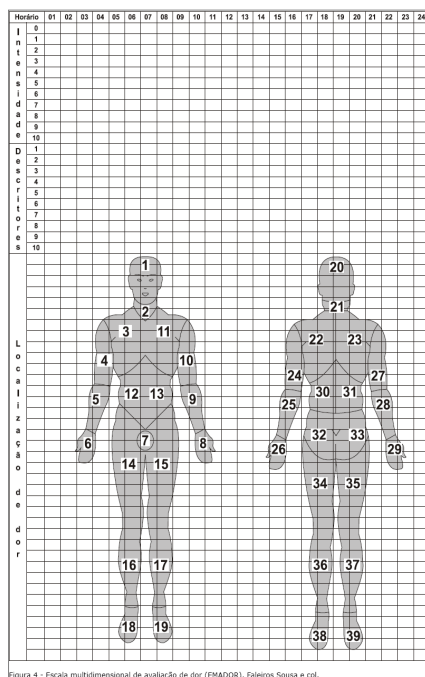
Esse tipo de instrumento foi desenvolvido com a finalidade não somente de medir a intensidade da dor, mas de identificar suas características e localização, a forma como a mesma é expressa pelo paciente, além de oferecer condições ao profissional de observar seus efeitos no cotidiano do indivíduo (SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

- O Desenho da Localização da Dor

Através do desenho da localização da dor, é possível saber a localização e a distribuição da dor. No entanto, somente a utilização desse tipo de escala não se mostra

eficiente, sendo necessário associar outra escala como a de face ou verbal para complementar a avaliação (SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

Figura 5:



Fonte: [es.slideshare.net/638x479PesquisaPorImagem](https://www.slideshare.net/638x479PesquisaPorImagem)

- Questionário de McGill - MPQ

O questionário de McGill oferece condições ao profissional de saúde para avaliar a dor na dimensão sensorial, afetiva e, ainda, através de vocábulos selecionados pelos pacientes para dimensionar a dor, compostos por 4 grupos (sensitivo discriminativo; afetivo motivacional; cognitivo avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores similares, mas que os tornam diferenciados em sua magnitude. Cada descritor possui um número que corresponde a sua intensidade. Aliado a esse instrumento, o MPQ utiliza um diagrama corporal para localização da sensação dolorosa, sua periodicidade e duração.

A aplicação do MPQ é feita em quatro etapas. Na primeira etapa, é localizada a dor. A segunda etapa, que utiliza o diagrama corporal, tem por finalidade obter informações do tempo de dor (contínua, ritmada, momentânea), as condições em que a dor começou e ainda o tipo de intervenções que foram ou estão sendo feitas para o alívio da dor. Para finalizar, a terceira etapa constitui-se de 68 vocábulos que descrevem as qualidades da experiência dolorosa. Essa etapa é considerada a mais importante, pois leva em conta o que o paciente diz estar sentindo. A quarta etapa é a escala numérica que avalia a intensidade dolorosa.

Figura 6:

Proposta de Adaptação do Questionário de dor de MCGILL para língua portuguesa. São Paulo, 1995.

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL.

DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR.

NÃO ESCOLHA PALAVRAS QUE NÃO SE APLICAM.

ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO.

A MAIS ADEQUADA PARA DESCRIÇÃO DE SUA DOR

1.	5.	9.	13.	17.
1. vibração	1. beliscão	1.mal localizada	1.amedrontadora	1. espalha
2. tremor	2. aperto	2.dolorida	2. apavorante	2. irradia
3. pulsante	3. mordida	3.machucada	3.terrorizante	3.penetra
4. latejante	4. cólica	4.doída		4.atravessa
5. como batida	5.esmagamento	5.pesada		
6. como pancada				

2.	6.	10.	14.	18.
1. pontada	1. fisgada	1. sensível	1. castigante	1. aperta
2. choque	2. puxão	2. esticada	2. atormenta	2. adormece
3. tiro	3. em torção	3. esfolante	3. cruel	3. repuxa
		4. rachando	4. maldita	4. espreme
			5. mortal	5. rasga
3.	7.	11.	15.	19.
1. agulhada	1. calor	1. cansativa	1. miserável	1. fria
2. perfuro cortante	2. queimação	2. exaustiva	2. enlouquecedora	2. gelada
3. facada	3. fervente			3. congelante
4. punhalada	4. em brasa			
5. em lança				
4.	8.	12.	16.	20.
1. finalidade	1. formigamento	1. enjoada	1. chata	1. aborrecida
2. cortante	2. coceira	2. sufocante	2. que incomoda	2. dá náusea
3. estraçalhada	3. ardor		3. desgastante	3. agonizante
	4. ferroadada		4. forte	4. pavorosa
			5. insuportável	5. torturante

NÚMEROS DE DESCRITORES	ÍNDICE DE DOR
------------------------	---------------

Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
TOTAL.....	TOTAL.....

- Prontuário da Percepção da Dor

O prontuário da percepção da dor fornece dados quantitativos na dimensão sensorial, afetiva e avaliativa. Esse prontuário se caracteriza por conter três categorias: a primeira traça um limiar de detecção de desconforto e tolerância a dor; a segunda utiliza o método de estímulo de magnitude a fim de que seja estabelecida a função, relacionando as estimativas dos indivíduos com dor e uma série de estímulos físicos e elétricos; a terceira categoria baseia-se em utilização de técnicas psicofísicas, a fim de quantificar a análise dos indivíduos com dor nas distintas dimensões da experiência dolorosa (SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

- Escala de Avaliação de Dor Relembrada

A escala de avaliação de dor lembrada avalia a intensidade da dor, seu alívio e o estresse psicológico que a dor ocasiona no paciente. Para que seja feita essa avaliação, são utilizados descritores de dor e escalas analógicas visuais. Esse tipo de escala é composta de oito descritores de dor e três escalas analógicas visuais cuja finalidade é averiguar a intensidade da dor, seu alívio, bem como os fatores emocionais ligados à experiência dolorosa (SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

Ao definir a dor como o 5º sinal vital, a Sociedade Americana de Dor (SAD) preconiza que ela seja avaliada sistematicamente como os demais sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, bem como registrada, para que a equipe de profissionais

que cuida dos pacientes possa tomar as medidas de modo mais adequado para o seu alívio (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; PEDROSO; CELICH, 2006; BOTTEGA; FONTANA, 2010). Embora o conceito de dor como 5º sinal vital seja muito discutido, poucas instituições de saúde implantam na sua rotina esse cuidado (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Andrade (2006) descreve que, tanto a inexistência de tratamento, quanto o uso prolongado de medicamentos para o controle da dor, podem ocasionar sofrimento prolongado, associados a transtornos psiquiátricos advindos da dor, tornando-se um problema para o indivíduo, a família e a sociedade, pois limitam suas condições de vida e alteram seu comportamento aumentando a morbidade.

Nesse contexto, os trabalhadores da enfermagem necessitam, além de utilizar instrumentos para mensuração da dor, estar atentos a fatores que causem seu agravamento, escutar as queixas dos pacientes, estar atento às questões pessoais e familiares e observar a eficácia da analgesia e demais procedimentos terapêuticos para o alívio da dor.

Desse modo, é necessário um olhar mais atento por parte da enfermagem, o conhecimento de suas repercussões e possíveis implicações, o que requer, também, a sensibilidade do trabalhador para uma intervenção e alívio da dor de modo mais eficaz, visto que a enfermagem é quem efetivamente convive mais tempo com os pacientes (BOTTEGA; FONTANA, 2010). Assim, “promover o alívio da dor exige habilidade, conhecimento e, acima de tudo, compromisso com o cuidado solidário” (BOTTEGA; FONTANA, 2010, p. 284).

2.2 O MANEJO DA DOR

Os trabalhadores de enfermagem cuidam para que se controle e alivie a dor dos pacientes, evitando traumas físicos, emocionais e psicossociais. Esse cuidar faz parte de suas atribuições e estabelece a interação entre o ser cuidado e o cuidador (FERREIRA, 2006). Os trabalhadores da enfermagem são os profissionais que mais tempo ficam ao lado dos pacientes e os que mais deveriam avaliar a dor, bem como a resposta às terapêuticas utilizadas e os efeitos colaterais. Além disso, deveriam possuir conhecimento suficiente para auxiliar nos

ajustes quanto ao tratamento para alívio da dor. Segundo Magalhães et al (2011), os profissionais de enfermagem na sua maioria não tem conhecimento suficiente sobre as dimensões da dor. Essa falta de conhecimento propicia uma falha na avaliação e, conseqüentemente, no manejo estabelecido para o alívio da dor.

Para que ocorra essa interação, é preciso um olhar holístico ao paciente. Esse olhar holístico requer que os trabalhadores de enfermagem estejam atentos às diferentes nuances apresentadas pelo paciente com dor. O uso dos órgãos dos sentidos através de um olhar atento, a fala com o paciente, o saber ouvir o outro, tocar, é primordial para uma avaliação mais humanizada. No entanto, parece que o que se observa é um problema técnico, com o ser humano cada vez mais “coisificado”, desconsiderando o significado íntimo e pessoal do sofrimento ocasionado pela dor (PESSINI, 2002).

Desde 2000, a Sociedade Americana de Dor descreve a dor como 5º sinal vital. Sendo assim, é fundamental estar atento à dor junto aos outros sinais vitais para uma correta avaliação e tomada de decisões adequadas. O profissional deve estar atento tanto ao relato de dor, como à sua negação por parte dos pacientes (PEDROSO; CELICH, 2006). Para isso, é fundamental que o trabalhador esteja disponível para cuidar, abrangendo, nesse cuidado, a comunicação com a família do paciente, pois muitas vezes o paciente, por medo das condutas prescritas, relata a dor apenas ao seu cuidador.

Além disso, o ambiente hospitalar traz consigo a falta de privacidade, mudança de rotina, desconfiança e medo aliado ao estresse. O estresse ocasiona mudanças imunológicas, endócrinas e inflamatórias capazes de contribuir para o aumento da dor. Esse aumento da dor pode gerar outras complicações devido à desordem fisiológica como infartos e infecções pulmonares (SAÇA et al., 2010).

Dessa forma, a dor é um dos principais fatores estressantes no ambiente hospitalar, necessitando conhecimento de protocolos para avaliação e intervenções seguras, por parte dos trabalhadores da enfermagem, independentemente de sua natureza ou causa (SAÇA et al., 2010).

A dor não tratada adequadamente apresenta efeitos lesivos, além do sofrimento ocasionado ao paciente. A analgesia, caracterizada por um estado em que a dor não é sentida,

apesar do estímulo doloroso permanecer presente, ocasiona uma recuperação mais rápida e resultados melhores no tratamento (MINNERMAN et al., 2006). Ainda, propicia alívio no desconforto, oferecendo melhores cuidados paliativos aos doentes.

Nessa perspectiva, não basta conhecer o significado da dor, é preciso que os trabalhadores reconheçam que um paciente pode sofrer não somente por danos físicos, mas também pelas consequências emocionais, sociais, espirituais e, até mesmo, diante dos processos de terminalidade. Assim, se faz importante o uso da abordagem multidisciplinar, bem como, a utilização de procedimentos terapêuticos para o alívio da dor, os quais podem promover o máximo sucesso no tratamento do ser humano.

Acredita-se que o próprio paciente possa avaliar a existência e a intensidade da dor, bem como se os procedimentos terapêuticos utilizados pelos trabalhadores estão sendo suficientes.

2.2.1 Procedimentos farmacológicos para alívio da dor

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a analgesia seja iniciada quando a dor ainda é baixa e, ainda, orienta o uso de analgésicos em horários fixos e com dose de resgate¹. No entanto, percebe-se que a dor é mal avaliada e mal controlada e, por vezes, negligenciada pelos profissionais de enfermagem (RIBEIRO et al.,2012).

As diretrizes da OMS preconizam que, após os protocolos de avaliação e re avaliação da dor através do uso de escalas de mensuração adequadas, inicia-se o tratamento medicamentoso ou não medicamentoso.

Na medicina atual, existem inúmeros fármacos a serem utilizados no tratamento da dor, dependendo de diversos fatores tais como: intensidade, característica e motivo da dor. Esses medicamentos analgésicos são divididos em dois grupos de acordo com sua ação: os opióides e os não opióides.

Os medicamentos opióides são derivados do ópio e agem nos receptores opióides do cérebro. Entre essa classe podemos citar a morfina que é muito utilizada em unidades cirúrgicas. Já os medicamentos não opióides agem diretamente no tecido lesado, sendo muito

efetivos no controle de dores ocasionadas por lesão tecidual prolongada. Podemos citar como não opióides a dipirona sódica, os anti-inflamatórios e os antipiréticos. A associação dessas duas classes de medicações é bastante usada no controle e alívio da dor (NASCIMENTO et al., 2011).

Na utilização da terapia medicamentosa no controle da dor, a OMS indica que se organize e padronize o tratamento analgésico através do uso de uma escala que se baseia em três degraus de intensidade da dor do paciente. A escada de três degraus não indica fármacos específicos, mas indica classes de medicamentos, auxiliando ao médico na escolha que melhor se adapta a dor de seu paciente.

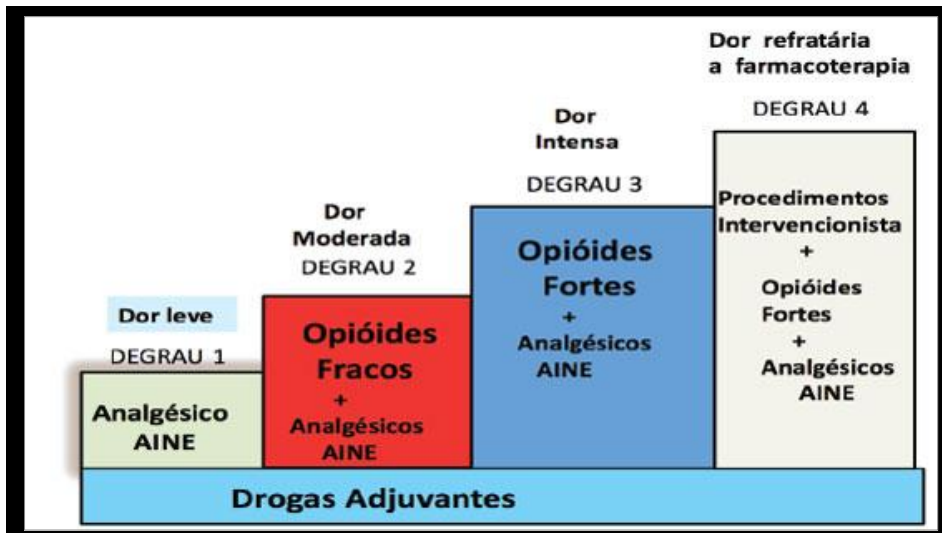
Dessa forma, o primeiro degrau corresponde às queixas diagnosticadas como mais fracas. Nesse degrau, incluem-se os analgésicos e anti-inflamatórios. O segundo degrau corresponde, segundo a escala da OMS, às dores moderadas. Nesse caso, a OMS sugere o uso de opióides fracos, podendo ou não serem associados aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios citados no primeiro degrau. No terceiro degrau, a OMS sugere o uso de opioides fortes, associados ou não aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios, pois esse degrau corresponde às dores fortes. Os adjuvantes podem ser usados nos três degraus da escada(SBED).

A OMS orienta que a escala de degraus seja usada de forma descendente nos casos de dores agudas, isto é, usar o terceiro e segundo degrau e ir diminuindo conforme a avaliação realizada pela equipe de enfermagem através do uso de escala de mensuração de dor.

Segundo Nascimento (2011), existem inúmeras dificuldades em utilizar as terapias farmacológicas no controle da dor; entre essas, podemos citar as prescrições inadequadas, falta de medicamentos nas instituições hospitalares, falta de uma avaliação mais fidedigna através do uso de instrumentos para avaliação da dor e, ainda, a falta de conhecimento dos trabalhadores de enfermagem.

A equipe de enfermagem deve estar preparada tanto para avaliar corretamente a dor através de instrumentos de avaliação, bem como, para administrar os fármacos através de conhecimentos de sua ação e efeitos colaterais (MACEDO; ROMANEK; AVELAR, 2013).

Escala de Degraus para tratamento da dor preconizada pela OMS



Fonte: es.slideshare.net/638x479 Pesquisa por imagem

2.2.2 Procedimentos terapêuticos não farmacológicos para alívio da dor

Os procedimentos terapêuticos para alívio da dor, podem ser divididos em farmacológicos e não farmacológicos.

Existem diferentes procedimentos terapêuticos não farmacológicos para o alívio da dor que podem ser ensinados a pacientes e cuidadores para que os realizem fora do ambiente hospitalar. Na atualidade, algumas pesquisas têm enfatizado o uso de algumas técnicas com a imposição das mãos, como o toque terapêutico e o Reiki, os quais produzem resultados positivos (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Como métodos físicos para o controle da dor, podemos citar o uso do calor e do frio, as técnicas de estimulação elétrica na pele, o uso de massagens e técnicas de acupressão, exercícios suaves, relaxamentos e alongamentos. Esses métodos exigem dos profissionais de saúde um conhecimento minucioso do paciente em relação a suas patologias de base, às

queixas de dor, localização, estruturas envolvidas (músculos, nervos, pele, ossos ou vísceras), crenças e costumes afim de favorecer a escolha terapêutica não farmacológica de modo mais adequado (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

O uso de calor pode ser utilizado no local da dor através de bolsa de água quente, compressas ou por imersão da área em água quente. O calor reduz a dor por seu mecanismo de aliviar a rigidez articular e o espasmo muscular, melhora a inflamação de tecidos superficiais localizados, e a isquemia tecidual e aumenta a elasticidade do tecido. O uso de calor não é indicado em casos de sangramento ativo, infecções, insuficiência vascular, aplicação tópica sobre tumores e traumatismos agudos, bem como em situações em que os pacientes se encontrem inconscientes pois o uso inadequado pode ocasionar queimaduras. Outro efeito negativo do calor é o aumento de edema e da demanda metabólica, tendo como resultado a insuficiência vascular, isquemia e necrose (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

A aplicação de frio possui uma ação analgésica e diminui o fluxo sanguíneo local e, conseqüentemente, a diminuição do edema. Contribui, ainda, diminuindo a chegada de estímulos nervosos ao sistema nervoso central e, dessa forma, reduz a dor. Ocorre, ainda, a diminuição dos espasmos musculares devido à redução das atividades do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos. A utilização do frio está contra indicada em pacientes com doenças vasculares periféricas, hipersensibilidade ao frio, Fenômeno de Raynaud's, crioglobulinemia e hemoglobinúria decorrente do frio. Da mesma forma que o uso de calor, é necessário precaver-se com pacientes que apresentem alteração do nível de consciência ou da sensibilidade (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

O uso de massagens pode ser associado ao uso de óleos, cremes, facilitando assim o deslizamento das mãos. Sua aplicação promove o aumento circulatório, relaxamento da musculatura local, proporcionando, com isso, alívio da dor, conforto e bem estar.

As atividades físicas constituem-se em importante aliada no alívio da dor, pois dificultam o aparecimento da síndrome do desuso e da atrofia muscular. Produzem benefícios para além de uma condição física, pois melhora o humor, diminui a fadiga promovendo melhor qualidade de vida dos pacientes com queixas algicas.

Outras técnicas podem ser utilizadas para o alívio da dor, como as técnicas cognitivo-comportamentais. Essas técnicas baseiam-se na teoria que a dor, bem como o seu controle, são comportamentos socialmente aprendidos e, dessa forma, podem ser controlados através de técnicas de relaxamento, trabalhos em grupo sobre atitudes e crenças frente à dor (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa realizada foi qualitativa, do tipo exploratória. O percurso metodológico escolhido ocorreu pela possibilidade de interação entre o sujeito e o pesquisador, empregando um olhar holístico, buscando na vivência dos sujeitos do estudo, em suas diferentes condições sociais e econômicas, interpretar como vivenciam as situações cotidianas no contexto do trabalho. A maneira como cada indivíduo enxerga a realidade está fundamentada em suas experiências vividas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A pesquisa exploratória inicia com um fenômeno de interesse, pouco explorado ou entendido, não só para observá-lo e descrevê-lo, mas para investigar sua natureza complexa e os diversos fatores com que esse fenômeno está relacionado.

Escolheu-se a pesquisa exploratória numa tentativa de desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno da dor é analisado pelos profissionais de enfermagem, assim como os processos subjacentes, ou seja, descrever as impressões dos trabalhadores frente ao uso de instrumentos de avaliação da dor, bem como a implementação da dor como 5º sinal vital, permitindo a compreensão das bases dos fenômenos estudados e a explicação das relações realizadas entre eles (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

3.2 Local de Estudo

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior (HU) é uma instituição pública federal que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado a Universidade Federal do Rio Grande – FURG, na cidade do Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul. O HU, desde 2015, está sendo administrada conjuntamente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro

de 2011 com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Essa empresa foi criada com a finalidade de prestar serviços gratuitamente de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Da mesma forma, presta serviços às instituições públicas federais de ensino, à pesquisa e à extensão. Esses serviços prestados de assistência à saúde populacional são realizados unicamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, respeitando a integralidade e gratuidade do SUS.

O HU possui aproximadamente 203 leitos, caracterizando-se como um hospital de médio porte. Além disso, oportuniza que seu ambiente seja campo de ensino em saúde, disponibilizando seus espaços para atividades práticas e de estágio, de estudantes da área de saúde e da educação.

O HU disponibiliza leitos para internação em Unidade de Clínica Médica (UCM), Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC), Clínica Pediátrica, Clínica traumatológica, UTI Neonatal, UTI Geral, Maternidade, Ginecologia, Serviço de Pronto Atendimento e leitos para pacientes HIV/AIDS. Possui ainda Centro Regional Integrado do Trauma Ortopédico, Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastrenterologia, Centro de Atendimento de Doenças Renais (Diálise e Hemodiálise), Centro Regional Integrado de Tratamento e Reabilitação Pulmonar, Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), Hospital Dia AIDS, Hospital Dia Doenças Crônicas e Centro de Imagens e Laboratório de Análises Clínicas e Carga Viral. Conta com um Centro Cirúrgico que possui seis salas cirúrgicas, Centro Obstétrico com quatro leitos e Centro de Esterilização de Material. Presta atendimento a nível ambulatorial nas áreas de pediatria, ginecologia, clínica médica e cirúrgica em diversas especialidades (FURG, 2012). A UCM, UCC e traumatologia se destinam à internação de pacientes com idade superior a doze anos.

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU), que é vinculado a Universidade Federal do Rio Grande – FURG, na cidade de Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul.

O HU desde 2015 está sendo administrado conjuntamente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública de direito privado,

criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011.

Essa empresa foi criada com a finalidade de prestar serviços gratuitamente de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Da mesma forma, presta serviços às instituições públicas federais de ensino, à pesquisa e à extensão. Esses serviços prestados de assistência à saúde populacional é realizado unicamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, respeita a integridade e gratuidade do SUS.

A Unidade de Clínica cirúrgica (UCC) possui onze enfermarias: uma delas composta por quatro leitos utilizados para atender pacientes de cirurgias traumatológicas. As demais enfermarias são utilizadas para cirurgias gerais. Das onze enfermarias utilizadas para cirurgias gerais, quatro possuem dois leitos, quatro possuem cinco leitos e duas possuem quatro leitos, totalizando 36 (trinta e seis) leitos. Não existe na UCC enfermaria específica para atendimento de paciente em isolamento, no entanto são utilizadas as enfermarias com dois leitos para isolar pacientes que necessitam isolamento de contato, protetor ou respiratório.

A UCC possui, ainda, um posto de enfermagem, sala para descanso, copa, expurgo e sala para organização de utensílios tais como: maca, cadeiras de rodas, suporte de soro e roupas de cama para os pacientes.

Na UCC, interna, na maioria das vezes, pacientes com dores agudas ocasionadas por cirurgias e traumas. Desse modo, realizou-se a coleta de dados nesta unidade pelo número significativo de pacientes com lesões ocasionadas por trauma ou intervenções cirúrgicas que ocasionam uma experiência sensorial e emocional frequentemente desagradável; a inexistência de avaliação sistematizada da dor ou da utilização de um instrumento para a sua avaliação; e, ainda, por não existir uma rotina de registro das queixas de dor dos pacientes bem como, de sua intensidade. Esta constatação advém de minha experiência como trabalhadora na UCC e minhas atividades práticas como enfermeira em diferentes unidades do HU.

3.3 Participantes pesquisa

Participaram deste estudo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam na UCC do HU FURG. A UCC conta com 5 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem e

7 auxiliares de enfermagem, totalizando 17 profissionais de enfermagem. Utilizou-se como critérios de inclusão: serem trabalhadores há mais de um ano na instituição e atuarem a pelo menos três meses na UCC.

Foram excluídos do estudo participantes com menos de um ano de trabalho na instituição, que estavam afastados em licenças médicas ou férias no período da pesquisa. A questão da administração do HU junto a EBSEH trouxe alguns prejuízos para a pesquisa, pois devido às mudanças que vem ocorrendo no HU, vários trabalhadores da enfermagem foram remanejados do Setor pesquisado; essa alta rotatividade de trabalhadores comprometeu a participação dos sujeitos da pesquisa, pois muitos não atuavam diariamente na UCC.

O número de sujeitos foi definido espontaneamente de acordo com o interesse e adesão dos participantes. Os sujeitos do estudo foram identificados pela letra E (enfermeiros), seguidas de números (E1, E2, E3); TE (técnicos de enfermagem seguidas de números (TE1, TE2, TE3) e AE (auxiliar de enfermagem seguido de números (AE1, AE2, AE3) assim sucessivamente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2015, mediante a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS- FURG), sob o número de parecer 168/2015, respeitando-se os princípios da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente, realizou-se uma visita para dialogar previamente com os enfermeiros responsáveis pela UCC, a fim de explicar a realização da pesquisa. Foi feito um encontro, previamente, com os participantes do estudo, momento em que foram apresentados os objetivos e a metodologia da pesquisa, solicitando seu consentimento livre e esclarecido para participação no estudo, a utilização do gravador digital e para agendar um encontro para a discussão e reflexão acerca dos instrumentos de avaliação da dor.

A coleta de dados foi realizada, em diferentes momentos, e com diferentes modalidades de intervenção: encontros grupais com os trabalhadores, aplicação das escalas nos pacientes pelos trabalhadores e entrevistas com os trabalhadores.

1-ENCONTROS GRUPAIS - Mediante a aceitação dos participantes, foram realizados quatro encontros com trabalhadores da equipe de enfermagem, dos diferentes turnos, na sala de prescrição médica, anexo ao posto de enfermagem, durante o turno de trabalho com duração de cada encontro, em torno de 30 minutos. Participaram, desses encontros, 16 trabalhadores da enfermagem quando foi dialogado sobre avaliação da dor em pacientes traumatizados e cirúrgicos, bem como explicou-se a proposta da pesquisa de analisar a viabilidade da implementação do registro da dor como 5º sinal vital e utilização de instrumentos para avaliação da dor. Esses encontros foram realizados pela pesquisadora. Nesses encontros, foram disponibilizados alguns instrumentos de avaliação da dor para serem visualizados pelos candidatos a participantes da pesquisa sendo esses: escala verbal Descritiva; escala visual numérica; escala de faces; escala visual analógica; Desenho de localização da dor questionário de McGill (MPQ).

Após o encontro e a oportunidade de reflexão e sensibilização dos participantes do estudo em relação a implementação do instrumento de avaliação da dor, após discussão entre a equipe, os participantes optaram em utilizar, como instrumento, a escala visual descritiva e o desenho de localização da dor. A justificativa para a escolha desses instrumentos foi a sua facilidade de aplicabilidade, considerando ser melhor compreendido pelos pacientes, bem como ser de rápida aplicação, não necessitando de tempo extra excessivo dos profissionais.

2-APLICAÇÃO DAS ESCALAS- A proposta desenvolvida foi proceder à avaliação de todos os pacientes internados na UCC, submetidos a diferentes cirurgias sendo as principais demandas dessa unidade: apendicectomia, cirurgias ginecológicas, cirurgias traumatológicas, cirurgias gástricas em geral.

Para facilitar o registro dos dados coletados com os pacientes, foi construído um instrumento (figura 7- folha 1) para ser anexado ao gráfico de avaliação da dor (figura 8- folha 2) e à folha de sinais vitais no leito do paciente, onde constou leito, nome do paciente, data, hora e local para registro da intensidade da dor e sua localização a ser aplicado em todos os turnos, juntamente com os outros sinais vitais.

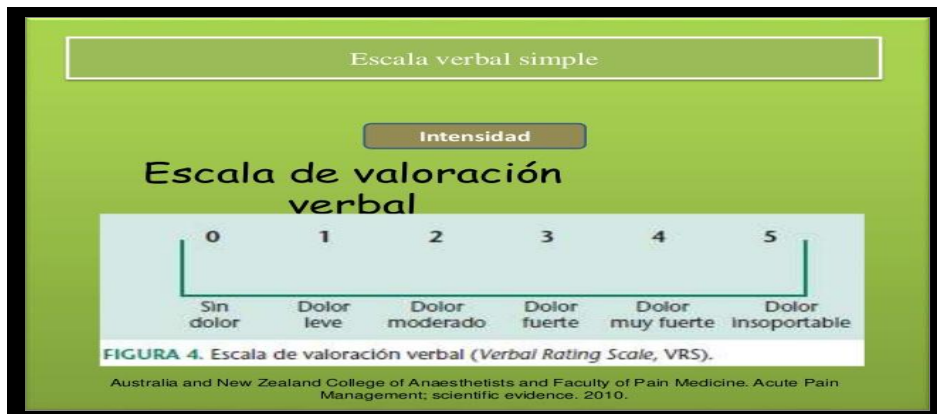
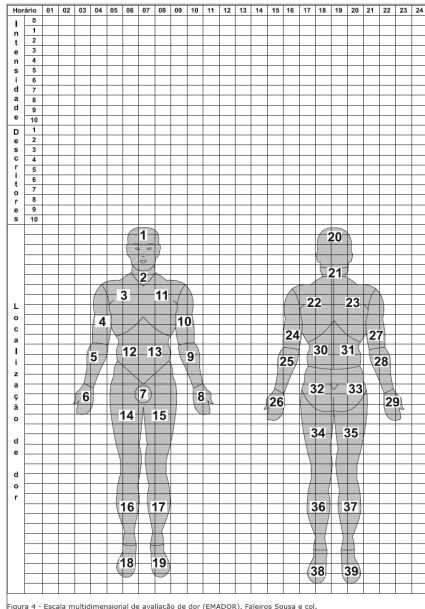
Figura 7- folha 1:

Paciente:

Leito:

DAT A	HORA	ESCALA NUMÉRICA	LOCALIZAÇÃO	CARACTERÍSTICA

Figura 8- folha2



Os trabalhadores foram orientados e instigados a aplicar os instrumentos a todos os pacientes, durante suas ações de cuidado, por um período de aproximadamente 30 dias.

3-ENTREVISTAS- Posteriormente à aplicação do instrumento, foi realizada uma entrevista semi estruturada (APÊNDICE A), possibilitando que os trabalhadores da enfermagem expressassem suas percepções e atribuíssem significados importantes que corroborassem para melhor elucidar a questão do estudo. Além disso, essa modalidade de entrevista possibilitou a interação entre o entrevistado e o entrevistador, propiciando a liberdade de manifestação de sentimentos e opiniões do entrevistado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A entrevista semiestruturada foi composta por questões fechadas para caracterizar os sujeitos da pesquisa e de questões abertas sobre a viabilidade da implementação do uso de escalas para avaliação da dor bem como o registro da dor como 5º sinal vital. Além disso, buscou-se evidenciar aspectos positivos e negativos vivenciados nesse processo de implementação dos instrumentos de avaliação de dor, através das impressões dos trabalhadores diante da sua utilização.

3.5 Análise de Dados

Para a análise dos dados, realizou-se uma leitura intensa dos dados das entrevistas, buscando-se a viabilidade da implementação de avaliação da dor como 5º sinal vital. Assim, procurou-se e conhecer, os aspectos positivos e negativos da implementação de escala de dor como 5º sinal vital encontrada pelos participantes, e ainda, suas impressões sobre o uso da escala de avaliação da dor como 5º sinal vital.

Foi utilizada, nesse estudo, a técnica de Análise Textual Discursiva, tendo em vista que esta técnica permite espaço para a construção de novos conhecimentos através do envolvimento dos sujeitos, levando a compreensão das diferentes maneiras que se produz ciência, além de permitir a reconstrução dos fenômenos que serão investigados. Dessa forma, a pesquisa seguiu os quatro focos propostos pela técnica de análise textual discursiva: **desmontagem dos textos** ou processo de desconstrução e unitarização; **estabelecimento de**

relações que consiste no processo de categorização; **captando o novo emergente** que explicita a compreensão alcançada e **um processo auto organizado**, que consiste num processo de aprendizagem viva (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Na *unitarização dos dados*, foi realizada a análise do material detalhadamente; após foi feita a desmontagem dos textos, destacando-se os elementos que o constituem, através da fragmentação. A seguir, foi realizado o estabelecimento das relações, ou seja, a construção de relações entre as unidades, classificando e combinando os elementos semelhantes formando conjuntos mais complexos, as categorias (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A partir da riqueza de material desencadeada pelas etapas anteriores, buscou-se a *captação de um novo emergente*, isto é, a compreensão da comunicação realizada através da interpretação do fenômeno investigado e da elaboração de um metatexto, de possíveis críticas e da validação dos achados. Através desta análise, buscar-se-á interpretar sentidos e significados ao corpus original. Para finalizar a análise dos dados, foi realizado um processo auto organizado, que consiste não somente das unidades procedentes das interlocuções teóricas e empíricas, mas da busca de novas compreensões (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1996) que normatiza a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Inicialmente, obteve-se a autorização do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem, a permissão da Diretora da Escola de Enfermagem e da Diretora do HU (APENDICE B) para dar ciência da realização desta pesquisa. Nestes documentos foram especificados, brevemente, os objetivos da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios existentes, assegurando-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG), obtendo-se sua aprovação mediante o número de parecer 168/2015. Cumpru-se com o rigor científico de uma pesquisa qualitativa, respeitando os preceitos éticos em todas as etapas do estudo, para que assim este possa ser publicado com credibilidade em seus resultados.

Após a realização de um prévio contato com os profissionais da Unidade referida, foi entregue aos interessados na pesquisa um documento prestando esclarecimentos, convidando-os a participarem do mesmo; explicitando os objetivos e a metodologia proposta; solicitando o seu Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE C), por escrito, para participar do estudo, assegurando o cumprimento dos aspectos éticos envolvidos como o direito à privacidade, a garantia do respeito e do anonimato dos participantes.

Obteve-se a autorização dos sujeitos através da assinatura do TCLE, o qual foi assinado pela pesquisadora e pelo (a) participante. Uma cópia ficou com o participante e outra com a pesquisadora. Nesse momento, também foi esclarecido aos participantes da sua possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para a divulgação destes dados de forma anônima assegurando a confidencialidade, privacidade e proteção do (a) participante; o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas.

Respeitou-se o rigor científico no desenvolvimento deste estudo para que o mesmo tenha validade e confiabilidade e que os preceitos éticos fossem respeitados.

Assumiu-se o compromisso de divulgar os resultados ao término da pesquisa, através da apresentação da Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Será também enviado uma cópia da Dissertação para os trabalhadores da enfermagem da UCC e para a diretora do HU-FURG. Este estudo ainda será disponibilizado na Biblioteca para os estudantes de enfermagem e posteriormente, divulgado em eventos e publicado em forma de artigo.

Durante a realização da pesquisa, os dados armazenados, juntamente com os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos, serão guardados por cinco anos para que se

assegure a validade do estudo; ficarão sob a confiança da pesquisadora responsável durante o processo de coleta e análise dos dados. Após, os mesmos serão arquivados em caixa lacradas e guardadas no NEPES sob a supervisão da pesquisadora responsável pelo estudo. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade destes e o anonimato dos participantes, bem como a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/2012 que rege as pesquisas com seres humanos.

4 RESULTADOS

APLICABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A dor deve ser considerada sinal importante no bem estar do paciente, devendo ser detectada o mais precoce possível, sua intensidade avaliada, um cuidado terapêutico adequado planejado, avaliada e registrada sua eficácia de modo que toda a equipe possa ter conhecimento e assim manter um cuidado organizado e contínuo para o alívio da dor e desconforto do paciente. O controle da dor faz parte de um cuidado humanizado e mais do que isso é tida como dever do profissional e direito do paciente (SILVEIRA, et al., 2016).

Ao serem instigados a realizarem a avaliação da dor, os trabalhadores optaram por utilizar dois instrumentos: escala verbal descritiva e desenho da localização da dor. Ao lhes serem apresentados os instrumentos de avaliação da dor, alguns relataram nunca terem tido contato com os mesmos. No entanto, após diálogo com os trabalhadores, explicando seu uso e esclarecendo dúvidas, os instrumentos escolhidos foram bem aceitos pelos trabalhadores, podendo-se observar que, na maioria das avaliações realizadas com os pacientes, não houve dificuldades na sua utilização.

[...] é mais fácil aplicar, porque achei as escalas propostas de fácil manuseio para todos. Ninguém relatou dificuldade em usar (E4).

[...] os instrumentos que foram oferecidos para fazermos um teste de uso são fáceis de usar. Acho importante usar porque a maioria dos pacientes internados tem dor, aí se eu avaliar direito vou conseguir melhorar os sintomas dele (TE2).

[...]os instrumentos que foram disponibilizados que são de fácil uso, foi bem explicado o manuseio (TE4)

[...] não vi dificuldades, porque a gente vê o pessoal falando que não dá tempo, mas a gente sabe que no fundo consegue parar 5 minutos e conversar com o paciente se tiver boa vontade (AE2)

Apesar da importância evidenciada pelos trabalhadores da enfermagem, eles manifestaram que pouco conheciam sobre o uso e, essa ausência de conhecimento dificultou sua capacidade para avaliar a dor

[...] essa escala aqui que eu vi pela primeira vez, essa escala pode fazer o que? Elas podem te ajudar a ver realmente a dor [...] se tu conseguir fazer isso aqui tu está conseguindo avaliar a dor. Para conseguir isso tem que conhecer isso aqui e saber usar (AE1)

[...] todo mundo da enfermagem vai ter que aprender a usar esta escala e investigar da mesma forma e isso vai ser melhor para o paciente (AE3)

POTENCIALIDADES DA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Ao evidenciarem a importância da utilização de instrumentos de avaliação de dor, os participantes relataram que é fundamental o conhecimento acerca dos instrumentos de avaliação, por sua contribuição para o bem estar e conforto dos pacientes. Além disso, destacam que sua utilização possibilitou avaliar a evolução da dor, ou seja, o modo como o paciente respondeu diante das medidas terapêuticas utilizadas, assim como sua evolução clínica.

Avaliar a dor é importante porque a gente consegue ver se o paciente está melhorando e como proceder, ou o que fazer para diminuir a dor, porque dependendo do que o paciente diz a gente vai fazer algo (TE3)

Eu acho que na nossa unidade que trata de paciente cirúrgico é um dos principais cuidados, porque a gente tem que ver se o paciente está evoluindo bem ou não. Além disso, todo paciente que faz cirurgia vai sentir dor em algum momento, e a enfermagem tem que estar atenta, porque o paciente as vezes não quer incomodar, porque acha que como fez cirurgia é normal sentir dor. Ainda existe o mito que sempre tem que sentir dor(AE4)

A dor é importante, ou melhor, avaliar a dor é importante porque a enfermagem é responsável pelo bem estar do paciente, e ninguém pode estar bem com dor. Além disso, a dor acaba alterando os sinais vitais, o paciente não consegue se movimentar, uma coisa vai piorando a outra (AE5)

[...]porque ajuda no tratamento, na evolução do paciente sabe? se eu sei que a dor está diminuindo, eu sei que a cirurgia está correndo bem, que o paciente está se recuperando como se espera (AE6)

[...]porque tu vai ver se o paciente está evoluindo bem, porque o que se espera é que a dor vá diminuindo com o passar dos dias. Então é preciso avaliar adequadamente (E1)

Os trabalhadores mencionaram que a implantação da avaliação da dor através da utilização de instrumentos como rotina e 5º sinal vital permite a uniformização da avaliação e do cuidado, com conseqüente humanização da assistência.

Eu acho que o uso do instrumento unifica o cuidado, porque todo mundo vai proceder da mesma maneira. Além disso, o tempo que a gente gasta para conversar, usar os instrumentos, perguntar como o paciente está, se tem dor, como é a dor, deixa o cuidado mais humanizado, mostra que eu estou preocupada com o que ele está sentindo (TE1)

[...]Fazendo um trabalho mais técnico, mais uniforme, onde todos vão avaliar da mesma forma, ninguém vai avaliar como acha que é, então eu vou escutar o que o paciente está sentindo, não o que eu acho que ele sente em tal cirurgia(AE7)

Eu acho que ter um instrumento, uma escala, que vai ser uma forma uniforme que vai ser usada. Porque o que para mim pode ser uma dor pequena, para o meu colega pode ser uma dor maior, porque não é só o que o paciente diz, tem sinais, expressões que ele pode expressar a dor. Porque se a gente conseguir colocar uma coisa regular a gente consegue avaliar o paciente no passar do tempo (E2)

Eu penso que se tiver um instrumento eu vou cuidar melhor do paciente, porque a gente avalia do jeito da gente, cada um de um jeito, então acaba que a subjetividade da dor do

paciente fica atrelada a minha subjetividade, porque coloco o que eu acho, o que eu penso que o paciente está sentindo. Com o instrumento todos vão avaliar da mesma maneira, e isso é uma maior humanização com o pacientes (TE4)

Eu considero fundamental para humanizar o cuidado porque vai se tornar rotina a gente avaliar a dor... não vai ficar na vontade de cada um de ver se o paciente sente dor ou não. Todo mundo da enfermagem vai ter que aprender a usar e investigar da mesma forma e isso vai ser melhor para o paciente (AE3)

[...] eu acho que ajuda muito, porque é mais um cuidado com o paciente. É a gente usar a tecnologia, para auxiliar no cuidado. Mas para usar a tecnologia tem que conhecer bem... Não é achar que o paciente está com dor, mas realmente avaliar se ele sente, onde é, a intensidade da dor... isso é humanizar (AE2)

Eu considero que se todo mundo usar o instrumento, o cuidado vai ser melhor, porque não vai cada um fazer de um jeito, ou cada um julgar a dor do paciente. Ele vai dizer o que sente e quanto sente. Além disso a gente vai dedicar um tempo para conversar com ele e isso eu acho que é humanização(TE2)

Outro aspecto destacado refere-se ao olhar integral projetado sobre o paciente com vistas a prover uma assistência que sane amplamente suas necessidades.

Acho boa... é algo novo que não estamos acostumados... ia ter que ter mais cuidado, mais atenção na hora de ver os sinais vitais, porque os sinais eu vejo no termômetro, no aparelho de pressão. A dor eu vou ter que olhar para o paciente, ver o que ele está sentindo, observar suas expressões(AE7)

[...]eu preciso ficar mais tempo, perguntar, observar, escutar mais estou humanizando o cuidado (AE6)

[...] para usar o instrumento eu vou ter que parar com o paciente, conversar, observar...Porque as vezes ele fala uma coisa e a gente observa outra, aí começa a conversar e vê que a dor que ele relatou no início é diferente da que ele está falando agora (E3)

[...] avaliação da dor eu acho que ela é uma das principais características que a enfermagem deve se ater, embora nem isso aconteça. [...] se não perguntar se o paciente tem dor ele não diz. Ele não diz ou por medo de dizer ou porque não quer, sei lá[...] é importante o paciente estabilizar como um todo (E4)

Eu penso que avaliar a dor é muito importante, mas a dor não é um aspecto simples de ser avaliado, devido a sua subjetividade. A dor exige da equipe uma avaliação minuciosa, que aborde muitos aspectos, as características, a intensidade, o impacto na vida do paciente (TE5) Porque a gente vai prestar mais atenção no paciente, olhar ele melhor, conversar. Isso já melhora o estado dele, porque o paciente cirúrgico está sempre fragilizado, querendo atenção. Ninguém gosta de ter que fazer cirurgia todo mundo tem medo. Então qualquer atenção o paciente gosta e já melhora (TE3)

Os trabalhadores expressaram que a avaliação da dor através da aplicabilidade de escalas é fundamental para o tratamento, mas é necessário também a observação de outros parâmetros clínicos que ocasionam a dor.

[...] registrar a cada sinal vital é uma proposta muito legal, porque as vezes o paciente está hipertenso, aí a gente vai ver a fundo é de dor. Mas nem todo mundo vê se o paciente está com dor, então as vezes medica errado. Por exemplo medica para hipertensão e não melhora, porque ele na verdade está com dor, e a dor está subindo a pressão dele(AE6)

[...] penso que avaliar a dor é muito importante, mas a dor não é um aspecto simples de ser avaliado, devido a sua subjetividade. A dor exige da equipe uma avaliação minuciosa, que aborde muitos aspectos, as características, a intensidade, o impacto na vida do paciente(TE5)

[...] eu acredito que a avaliação da dor como quinto sinal vital é muito importante, porque os outros sinais se alteram quando o paciente está com dor, então a dor está ligada diretamente ao pulso, respiração, pressão e muitas vezes essa ligação não é visualizada (AE3)

[...] a gente vê que o paciente está hipertenso, taquicárdico e vai investigar melhor, conversar e vê que o paciente está com dor, mas como ele acha que é normal não se queixa. Então se eu não avaliar, não prestar atenção no paciente, no rosto, no jeito, vou dar remédio para a pressão e não para a dor(AE2)

A dor é importante, ou melhor, avaliar a dor é importante porque a enfermagem é responsável pelo bem estar do paciente, e ninguém pode estar bem com dor. Além disso, a dor acaba alterando outras coisas como os sinais vitais, o paciente não consegue se movimentar, uma coisa vai piorando a outra (AE5)

As falas revelam ainda que avaliar a dor possibilitaria um avanço sistemático através da implementação de protocolos e rotinas e contribuiria na tomada de decisões em relação às medidas terapêuticas a serem adotadas. Os trabalhadores percebem que a dor nem sempre é causada pela lesão cirúrgica, mas por outras condições como um posicionamento inadequado, e ainda, por fatores emocionais.

A avaliação da dor no meu entender é uma das coisas mais importantes da enfermagem, porque a gente fica 24 horas ao lado deles então a gente que tem que saber se ele tem dor para poder falar para o médico, para a enfermeira e para medicar direito. Se eu não souber aonde dói, se é relacionado a cirurgia ou não, se é forte ou fraca não vou medicar direito (AE7)

[...] é importante para eu diferenciar a dor mais fraca da mais forte e dar o medicamento certo (TE4)

[...] pode ajudar porque se eu sei com mais exatidão o que o paciente está sentindo posso ver o melhor tratamento, se é só ansiedade... Se é a posição, se é a medicação, qual a medicação melhor(TE1)

Claro, porque se eu souber se a dor é forte ou mais fraca, vou escolher a medicação adequada. Ou vou poder dizer ao médico que o paciente não está mais precisando de remédio para dor... essas coisas (E1)

Porque se eu sei a intensidade da dor eu sei melhor o que dar de medicação ao paciente. Além disso, se eu conversar, escutar o paciente, vou ver que nem sempre é dor física, as vezes é só carência, então a gente sabe o que fazer. As vezes a gente chama a psicóloga, ela conversa e a dor passa, as vezes a gente mesmo é um pouco psicóloga e o paciente melhora só com um pouco de atenção (TE3)

Pode auxiliar na melhor escolha do tratamento, se eu preciso usar ou não analgésicos para aliviar a dor, se preciso colocar calor, gelo, fazer uma massagem, colocar um coxim [...](TE5)

[...] auxilia tanto o enfermeiro quanto o médico até que tipo de analgesia administrar no paciente porque se ele vem com uma escala e ela vem aumentando, tu vai ter que aumentar a analgesia, se ele vem com uma escala baixa, e tu faz uma analgesia alta... na verdade tu vai conseguir tomar decisões de que fazer no paciente e de qual tipo de medicação tu vai aplicar naquele momento, uma vez que eles deixam uma gama de medicações se necessário para aplicar no paciente (E2)

FRAGILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL E NO USO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

A implementação da avaliação da dor e de seu registro como 5º sinal vital sofre influência de distintos aspectos dificultadores. Dentre os aspectos elencados, está o inadequado quantitativo de profissionais, as resistências dos próprios profissionais e os aspectos clínicos de próprios pacientes:

[...] A maior dificuldade é a falta de funcionários, porque a gente mal tem tempo de fazer a medicação(TE1)

[...] a falta de gente, pois aonde existe pessoas para fazer isso, é maravilhoso (AE1)

A inclusão desta nova prática no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem também pode ser dificultada pela resistência dos profissionais em incluírem este novo fazer:

[...] tem muita resistência ao novo(AE2)

[...]a dificuldade são os próprios profissionais(E4)

Na especificidade das percepções dos enfermeiros, estes acreditam que existe falta de empenho dos auxiliares e técnicos de enfermagem para a implementação dos instrumentos de avaliação da dor:

[...] o que vi de dificuldades é a resistência de pessoas à mudança... isso aqui a gente tem muito... qualquer mudança mínima às vezes é só para complicar, vai facilitar o serviço, mas eu sou do contra eu vou dar para trás(E2)

[...] não teve nenhuma dificuldade a não ser a má vontade de alguns trabalhadores.... Porque aqui a gente vê muito isso, a falta de vontade quando chega alguma coisa nova (E3)

[...] acho que não tem nada que dificulte a não ser os próprios profissionais que podem não acreditar, que acham que não pode ser(E4)

Já os técnicos e auxiliares de enfermagem manifestam a ideia de que a avaliação deveria ocorrer por parte do enfermeiro, mesmo reconhecendo os benefícios da implementação dos instrumentos para avaliação da dor, bem como afirmarem não encontraram dificuldades técnicas em sua implementação, bem como no seu registro:

[...] acho muito bom aplicar as escalas para avaliar mas a cada verificação de sinais vitais...acho que não há necessidade, acho que poderia ser feita uma vez por turno pelos enfermeiros, pois eles tem uma maior capacidade de avaliar os sintomas e os sinais que o paciente apresenta quando está com dor(TE3)

[...] acho que só a enfermeira poderia avaliar e registrar quando faz a visita, porque a dor altera menos que os sinais vitais(TE2)

[...]eu acredito que tem que ser usado algo assim para avaliar a dor dos pacientes, principalmente pelo enfermeiro que tem uma maior formação e é mais capaz de avaliar. Acho que poderia ser feita por eles (AE2)

[...] acho que só a enfermeira poderia avaliar e registrar quando faz a visita, porque a dor altera menos que os sinais vitais(TE2)

[...]eu acredito que tem que ser usado algo assim para avaliar a dor dos pacientes, principalmente pelo enfermeiro que tem uma maior formação e é mais capaz de avaliar. Acho que poderia ser feita por eles(AE2)

No que tange a aspectos clínicos dos pacientes, algumas fragilidades da implementação de escalas para avaliação da intensidade da dor são elencadas pelos trabalhadores da enfermagem:

[...] o difícil foi que temos muitos idosos que não sabem explicar direito que sentem, ou após as anestésias ficam um período ainda desorientados, então foi mais difícil (AE7)

[...]alguns pacientes que são descompensados, não falam coisa com coisa, então não dá para confiar no que dizem (TE2)

As dificuldades que acho é com os pacientes sem comunicação, ou pouca comunicação, com dificuldade mental... ou até os que s expressam com dificuldade (TE4)

Além disso os pacientes com demências, idosos que podem apresentar dificuldades para se expressar(TE5)

5 DISCUSSÕES

A dor é um sinal vital tão importante quanto os demais e o seu manejo e avaliação é ainda um problema expresso pelos profissionais de enfermagem, principalmente no que tange às limitações quanto a aplicabilidade dos métodos de avaliação, que pode estar atrelada à falta de conhecimento, atualização, habilidade técnica e sobretudo a falta de sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015).

No entanto, após a discussão com a equipe sobre a utilização dos instrumentos disponibilizados, sua sensibilização através do diálogo e troca de ideias sobre a importância de avaliar as queixas de dor do paciente e registrá-las de modo correto e rotineiro, foi possível perceber que os trabalhadores da enfermagem consideraram os mesmos de fácil aplicabilidade, além da importância de utilizar algum instrumento para guiar suas avaliações.

Em outro estudo, também, trabalhadores da enfermagem ressaltaram a importância de ter conhecimento acerca dos instrumentos que são disponibilizados para avaliação da dor, pois entendem que a sua correta aplicação, bem como avaliação depende do treinamento e conhecimento dos instrumentos que serão utilizados (RIBEIRO, 2012).

Apesar da importância evidenciada pelos trabalhadores da enfermagem, eles manifestaram que pouco conheciam sobre seu uso, dificultando sua capacidade de avaliar a dor de forma adequada.

Embora existam instrumentos, protocolos, manuais e legislações que orientem e sistematizem os cuidados prestados pelos trabalhadores da enfermagem, a avaliação da dor através de instrumentos ainda é algo pouco utilizada. A sensação da dor não é passível de quantificação exata, e vários fatores estão relacionados como: o quadro clínico do paciente; o estágio da doença; a incapacidade do doente em se comunicar; o manejo e terapêutica da dor; a questão cultural; a subjetividade do paciente; o despreparo e falta de conhecimento dos trabalhadores de enfermagem e a implementação de intervenções ineficazes. Tais situações dificultam a avaliação das queixas de dor dos pacientes (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015).

Assim, ao se falar de cuidados, percebe-se que os trabalhadores da enfermagem desempenham um importante papel frente ao monitoramento da dor, tendo em vista que esses profissionais permanecem mais tempo próximos do paciente. Em virtude disso, conseguem conhecer suas histórias e, a partir disso, identificar da melhor forma a origem das queixas algícas, estabelecendo um plano de cuidados coerente com as necessidades dos pacientes. Essa proximidade da equipe com o paciente contribui inclusive, para que consiga fazer uso de algumas medidas não farmacológicas (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015).

O uso de instrumento pelos trabalhadores da enfermagem ainda requer conhecimento adequado tanto em relação ao tema “dor” como ao seu manuseio. Observa-se dificuldade entre os trabalhadores em utilizar instrumentos de avaliação da dor, bem como, em avaliá-la (MULLER, 2015; GUIMARÃES; ANDRADE, 2015).

Assim, a partir dos relatos, foi possível evidenciar que o conhecimento acerca dos instrumentos de avaliação da dor é fundamental para uma avaliação e mensuração confiável. Nesta perspectiva, a escolha do instrumento de avaliação deve levar em consideração as condições clínicas e as necessidades dos pacientes a serem avaliados (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Essa avaliação requer conhecimentos não só do uso de instrumentos, mas que possibilitem avaliar as características, intensidade e duração da dor, necessitando que o trabalhador vá além dos seus aspectos fisiológicos e biológicos, pois também requer o

conhecimento dos aspectos subjetivos que envolvem a sensação de dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A dor é um sinal vital tão importante quanto os demais, o seu manejo e avaliação é ainda um problema expresso pelos profissionais de enfermagem, principalmente no que tange às limitações quanto a aplicabilidade dos métodos de avaliação, que pode estar atrelada a falta de conhecimento, atualização, habilidade técnica e sobretudo sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015).

Uma das possibilidades para a construção do conhecimento e aplicabilidade das escalas da avaliação da dor poderia ser realizada através do serviço de educação permanente. A educação permanente é expressa como importante na atualização do profissional para que ele esteja cada vez mais preparado para atender com excelência os pacientes principalmente os que manifestam sensações de dor. É importante que a equipe de enfermagem saiba avaliar a dor, através de formas verbais e não verbais, além de, em seu cuidado diário, atender da melhor forma possível, buscando o alívio da dor de forma eficiente e proporcionando assim um cuidado humanizado e diferenciado, com ética e atenção ao paciente internado (COSTA et al., 2015).

Muitas vezes as queixas álgicas são subestimadas pois há carência de conhecimentos e a falta de mecanismos de mensuração da dor e assim dificultam a prestação de um cuidado de enfermagem efetivo e de qualidade. Por essa razão o receio causa um distanciamento desta manifestação; nestes momentos utilizar-se somente de terapias farmacológicas é uma forma de afastar-se da subjetividade do ser humano que a sente e da própria dor (QUEIROZ et al., 2015).

Para tanto, a melhora no manejo da dor ocorrerá quando os profissionais de enfermagem unirem o conhecimento teórico acerca dos instrumentos e sua aplicabilidade prática atrelados à subjetividade dos pacientes, avaliando-os desprovidos de tabus e preconceitos relacionados a dor, o que necessita pautar seu fazer centrado nas necessidades individuais (SOUZA; ROSA; JACOMEL, 2011).

Nesse sentido, a implementação da utilização de instrumentos para avaliação da dor na instituição pesquisada, necessita de orientação e supervisão da equipe.

O profissional enfermeiro possui uma atribuição essencial, pois poderá adequar os instrumentos de avaliação à medida que forem surgindo as dificuldades para manejo e implementação e incentivar a equipe acerca das necessidade de um cuidado maior com relação as avaliações subjetivas de dor (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Estudos mostram que o insucesso no controle da dor em unidades cirúrgicas advém da falta de conhecimentos métodos e protocolos pelos profissionais da saúde em geral, que na maioria das vezes não aplicam intervenções adequadas no manejo da dor. Aliado a isso, existe uma deficiência de conhecimentos também no que tange aos cuidados farmacológicos para alívio da dor, como por exemplo as doses efetivas dos analgésicos e tempo de ação dos mesmos (QUEIRÓZ et al 2015; SILVEIRA et al, 2016).

A atuação do enfermeiro é fundamental tanto na avaliação, no controle da dor, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações sobre a dor do paciente e como membro da equipe de saúde. Para tanto, a educação e o conhecimento teórico, aliados à prática, devem estar associados, afim de que seja alcançado cada vez mais um atendimento humanizado e qualificando, visando o bem estar do paciente. A falta de conhecimento é um desafio para o cuidar, para tanto as capacitações e atualizações são necessárias para se alcançar um cuidado qualificado e resolutivo para o indivíduo que sofre com dor (QUEIROZ et al., 2015).

Os trabalhadores identificam que quando a utilização de instrumentos que possam mensurar e avaliar a dor, auxiliam na prestação do cuidado, tornando-o mais humanizado e respectivo à necessidade do paciente. O uso de uma escala igualiza o atendimento, uma vez que os pacientes são avaliados da mesma forma, partindo de um mesmo padrão de avaliação, facilitando a tradução dos sentimentos do paciente. Dessa maneira todos os profissionais são responsáveis pela evolução do paciente e a partir da correta qualificação da dor, poderão direcionar e planejar suas ações tendo em vista a correta avaliação (SOUSA; HORTENSE, 2006).

Pode-se perceber, nas falas dos trabalhadores, que eles reconhecem que algumas vezes somente o uso de medidas terapêuticas não farmacológicas contribui para o alívio da dor. Além da terapêutica medicamentosa, quando o profissional está ciente da causa e intensidade da dor, poderá fazer uso de outros mecanismos de alívio da dor como, aplicação

de calor e gelo, a colocação de coxins, o uso de loções/óleos, a atenção e o diálogo e ainda, buscar auxílio do serviço de psicologia existente na instituição em estudo.

Muitos profissionais de enfermagem não utilizam outras medidas terapêuticas, a não ser o uso de medicações, pois justificam que é necessário preparo, tempo, número suficiente de funcionários e insumos para se dedicarem a outras formas de minimizar a dor. Devido a esses motivos, podem optar por algo mais rápido, como o uso de analgesia medicamentosa, em vez de tentar obter um bom resultando através de outras medidas terapêuticas, tendo em vista que, para utilizarem outros mecanismos, deveriam ter mais tempo para fazer a correta avaliação da condição clínica do paciente e ainda, disponibilidade para ficar junto ao paciente utilizando essas outras medidas como por exemplo, as de massagens (SILVEIRA et al, 2016).

A equipe de enfermagem, apesar de nunca ter utilizado anteriormente métodos para avaliar/medir a intensidade da dor, pois não fazem parte da sua rotina o uso de escalas que possam contribuir com essa correta avaliação, perceberam a importância de utilizá-los para a unificação do cuidado.

Ademais, comumente não é feito um acompanhamento da evolução do paciente, não é avaliado, por exemplo, se o plano de cuidados estabelecido está sendo eficiente para a situação. Sendo assim, por vezes, não são buscadas formas diferentes de cuidado e de alívio da dor, deixando de lado muitas vezes o que o paciente tem a relatar. Os profissionais passam a não adaptar suas ações à resposta fisiológica do paciente, fazendo-se necessária a observação e acompanhamento a partir de algum instrumento padrão como as escalas de avaliação da dor, envolvendo também aspectos afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (SILVEIRA et al, 2016).

Foi possível constatar que o uso de instrumentos facilitou a avaliação e a quantificação da dor dos pacientes, no entanto, a dor não pode ser objetivamente determinada somente por instrumentos, pois é necessário que os trabalhadores avaliem a complexidade da dor e a individualidade dos pacientes.

Aliado à utilização dos instrumentos de avaliação da dor, os trabalhadores manifestaram que essa conduta possibilitou sua interação com o paciente, favorecendo o diálogo e a observação atenta, tornando possível aos demais trabalhadores da saúde

acompanharem a sua evolução através dos registros sistemáticos realizados pela equipe de enfermagem (LUPPEN; SAMPAIO; STADNIK).

O uso de instrumentos facilita a medição e auxilia na tomada de decisão quanto a conduta a ser adotada (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015). A avaliação da dor requer um olhar holístico dos trabalhadores da enfermagem, pois nem sempre o que o paciente relata é o que ele está sentindo. Muitas vezes a dor está associada a ansiedade e suas possíveis consequências ao paciente (MULLER, 2015).

Assim pode-se observar que ao parar para conversar com o paciente, ao olhar atentamente para suas queixas, os trabalhadores de enfermagem constataram que a dor nem sempre é física, mas derivada da ansiedade e do desconforto de ordem emocional causadas por fatores familiares, culturais, entre outros. Os trabalhadores da enfermagem evidenciaram ainda a complexidade da dor dos pacientes, onde essa ultrapassa o limite da condição física da doença e estende-se para dimensões psíquicas e sociais ocasionando impacto na vida do paciente. Cuidar o paciente com dor não significa apenas executar procedimentos técnicos, mas existe a necessidade de demonstrar interesse, compaixão e efetividade. Dessa forma, parar na frente do paciente, olhar, escutar suas queixas é de fundamental importância (SILVEIRA, 2016).

Assim, a dor traz consigo não apenas a sensação dolorosa, mas muitas vezes provoca alterações biológicas significativas como taquicardia, sudorese, hipertensão arterial. (SILVEIRA et al, 2016). No paciente cirúrgico, essas alterações biológicas frequentemente aparecem exacerbadas pelas alterações comportamentais e emocionais.

A avaliação da dor de um paciente cirúrgico é um evento complexo e não se resume à avaliação da sua intensidade através da utilização dos instrumentos, pois conforme expresso pelos participantes dessa pesquisa, é necessária a observação de outros parâmetros vitais, como expressão facial; aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória; dificuldade de mobilização no leito, presença de palidez, inquietação, dentre outros (SILVA; VASCONCELOS; NÓBREGA, 2013).

Dependendo de cada paciente, a dor pode causar alterações nos demais sinais vitais e quando não se consegue avaliar diretamente a dor como causadora dessas alterações, pode ser

que a terapêutica empregada não seja eficiente para minimizar essas alterações, justamente por não se tratar a causa delas (FORTUNATO, 2013).

O paciente cirúrgico encontra-se fragilizado, temeroso e muitas vezes sem autonomia para exercer suas funções, assim, o mesmo confia e depende do profissional que o atende. Dessa forma, o uso de protocolos contribui para aumentar a visibilidade dos trabalhadores da enfermagem perante o paciente (QUEIROZ et al., 2015).

A implementação de protocolos nas instituições hospitalares é uma estratégia que vem sendo utilizada como medida preventiva de situações que geram dor. Os protocolos são definidos como algo pronto. Muitas vezes os protocolos instituem rotinas ou tarefas determinadas para um determinado fim, tornando as tarefas sistematizadas, tendo por fim a excelência do cuidado, unificando condutas que melhoram a qualidade da assistência (CORREA et al, 2012).

O protocolo construído de forma segura e embasado em pesquisas científicas proporciona uma tomada de decisões segura quanto o tratamento a ser realizado. Aliado a isso, sua implantação bem como o seu treinamento com os trabalhadores da enfermagem, desmistificam tabus criados com relação a utilização de fármacos mais potentes.

A dor, quando não tratada, ocasiona impactos negativos não somente à saúde do indivíduo, mas na sua qualidade de vida. Dessa forma, a medição da intensidade da dor é um dever dos trabalhadores da enfermagem e um direito de todos os pacientes. Os trabalhadores da enfermagem são os profissionais da saúde que ficam mais tempo ao lado do paciente e que identificam primeiramente as suas queixas de dor (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015).

No entanto, ressaltam algumas dificuldades para essa implantação sendo a principal delas relacionada ao quantitativo de funcionários. Percebe-se que essa dificuldade expressa pelos entrevistados que diz respeito ao quantitativo de trabalhadores de enfermagem na unidade pesquisada, vem de encontro a resolução do COFEN 293/ 2004, que orienta o número de profissionais de acordo com as especificidades de cada unidade. Segundo o Ministério da Saúde, o cálculo de redimensionamento de funcionários para unidades cirúrgicas de média complexidade em uma unidade com 36 leitos como em nossa pesquisa, levando em conta 80% de ocupação e contabilizando faltas e atestados médicos, seria em média 32 trabalhadores de enfermagem, de acordo com a tabela abaixo

Cuidados intermediários para pacientes cirúrgicos

Leitos	Enfermeiros	Técnicos e auxiliares de enfermagem
Manhã	02	07
Tarde	02	06
Noite 1	01	06
Noite2	01	06

Baseado nesse cálculo e considerando que a unidade cirúrgica pesquisada possui 35 leitos ativos e com permanência de ocupação de 54%, percebe-se que existe um déficit pouco significativo de funcionários nesse setor, pois o mesmo conta com 5 enfermeiras, 22 técnicos e auxiliares de enfermagem distribuídos nos três turnos de trabalho. Corroborando com essa questão, estudo realizado com aplicação da escala visual analógica, demonstrou que seu tempo de aplicação foi em torno de um minuto para cada paciente, sendo considerada de fácil e rápida aplicação podendo ser aplicada por auxiliares e técnicos de enfermagem além dos enfermeiros (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

É válido salientar que em locais com dimensionamento insuficiente de funcionários, alta demanda de pacientes e variáveis das próprias instituições de saúde, a saber: falta de recursos materiais disponíveis, infraestrutura, gestão, e excedente carga horária de trabalho, esses são fatores que dificultam a execução de um manejo adequado da dor, pois servem de barreiras para que a equipe de enfermagem possa dedicar tempo para a avaliação correta das queixas algicas do paciente (GUIMARÃES, ANDRADE, 2015; NASCIMENTO; KRELING, 2011). Além disso, alguns profissionais consideram que a resistência a mudanças dos profissionais é um grande empecilho para a implantação de escalas de avaliação de dor e registro sistemático da dor.

Sabe-se que toda mudança em uma organização de rotinas preestabelecidas informalmente pelos trabalhadores da enfermagem, representa algumas modificações nas atitudes, nas relações de trabalho, nas responsabilidades e nos hábitos presentes na equipe. Dessa forma as pessoas não procuram por mudanças na sua rotina pois estas acarretam um ônus para eles que precisariam rever modos de agir e formas de pensar, criando e recriando novos significados para as condutas adotadas (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

Percebe-se nas falas dos entrevistados que a resistência às mudanças faz parte do dia a dia dos trabalhadores da enfermagem em geral. Assim, para que novas rotinas e protocolos sejam estabelecidos é necessário um gerenciamento da equipe pautado em boas relações de trabalho (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

Apesar da importância atribuída ao uso das escalas de avaliação da dor, pode-se evidenciar através dos achados que alguns trabalhadores demonstram resistência a novas ações de cuidado. É possível que essas atitudes, sejam reflexo da disputa de poder entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Se por um lado, os enfermeiros visualizam as implantações de novas rotinas e protocolos como uma oportunidade de melhorar o atendimento através de estratégias que devem ser trabalhadas pela equipe multiprofissional, os auxiliares e técnicos de enfermagem sentem-se pressionados a assumirem diferentes funções, que consideram como do enfermeiro (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008; SOUSA; HORTENSE, 2006).

A existência de descrições das atribuições para cada nível hierárquico dos trabalhadores de enfermagem faz com que o gerenciamento das ações da equipe seja prejudicado, gerando, assim, conflitos e, conseqüentemente, um comprometimento na qualidade da assistência. Assim, percebe-se que se as questões de gerenciamento, poder e hierarquia não forem trabalhadas adequadamente, os protocolos e rotinas implantadas podem resumir-se a papéis sem alcançar o verdadeiro objetivo, que é a melhoria na assistência ao paciente. A falta de clareza quanto as atribuições de cada cargo dos trabalhadores de enfermagem, bem como a desvalorização das categorias, dificultam que ações sejam desenvolvidas com êxito (SOUSA; HORTENSE, 2006).

No entanto, segundo a legislação que trata do exercício da enfermagem, a aplicação de instrumentos unidimensionais para avaliar a dor podem ser utilizados por

auxiliares e técnicos e não é um procedimento exclusivo do enfermeiro. Para isso, a equipe deve estar capacitada para aplicá-los da forma correta e eficiente.

Apesar disso, percebe-se entre os trabalhadores da enfermagem entrevistados um desconhecimento sobre suas reais atribuições. Esses problemas detectados oriundos da falha de gerenciamento da enfermeira acarretam perda de tempo em discussões quanto as atribuições de cada membro da equipe. Segundo Sousa (2006), mesmo quando os problemas são diagnosticados no que diz respeito a gerenciamento e hierarquias, as soluções são difíceis quase nunca encontradas, demonstrando uma cultura não definida. Segundo o autor, 20% do tempo de trabalho do enfermeiro é gasto na resolução de conflitos entre as atribuições entre as diferentes categorias.

Aliado a essas dificuldades de quantitativo de pessoal, bem como as questões gerencias que englobam a divisão de tarefas e competências, os entrevistados relatam também como uma dificuldade em uma parcela menor de pacientes, o grau de confusão e desorientação que pode ocorrer após a cirurgia. Ainda, relatam alguns com dificuldade de comunicação decorrentes da idade avançada. Segundo Souza et al (2013), os pacientes sedados ou com dificuldades cognitivas dificultam a avaliação da dor, mas não impedem. Para esses é necessário um conhecimento das manifestações clínicas que envolvem a dor, bem como os sinais comportamentais dos pacientes. Existem inúmeras maneiras de avaliar a dor dos pacientes, como expressões faciais, alterações de postura, atividades motoras e expressões para linguísticas como os gemidos e suspiros (MARTINEZ et al, 2011).

Dessa forma, apesar das inúmeras dificuldades no que tange a avaliação da dor, tanto devido a sua subjetividade, como a sua multiplicidade de manifestações, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem devem buscar estratégias que corroborem para uma melhor avaliação e implementação de rotinas e protocolos, que levem em conta a especificidade do paciente cirúrgico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que os trabalhadores da enfermagem, apesar de não fazerem uso de escalas, entendem que a aplicação da escala de avaliação da dor bem como seu registro como 5º sinal vital, é uma maneira de melhor interpretar e entender a dor do paciente. Além de auxiliar no planejamento da assistência, na tomada de decisões quanto ao melhor tratamento a ser adotado, contribui no acompanhamento da evolução do paciente e para a humanização do cuidado.

No entanto, percebe-se no discurso dos sujeitos que é necessário que a educação permanente capacite os trabalhadores, bem como os enfermeiros responsáveis pela equipe para que supervisionem e incentivem sua implementação, alcançando-se um serviço de excelência.

É possível que a falta de conhecimento acerca dos instrumentos de avaliação da dor por parte dos trabalhadores de enfermagem e que a ausência de habilidade técnica para aplicá-los, aliada à falta de sensibilidade dos profissionais de enfermagem sejam uma das limitações para que sejam aplicados instrumentos de avaliação da dor na instituição pesquisada. Percebe-se que os trabalhadores da enfermagem estão desmotivados à implementações de novas ações de cuidados, pois acreditam que o número de profissionais seja insuficiente para um atendimento de qualidade.

Acredita-se que esse estudo provocou a reflexão dos trabalhadores de enfermagem sobre o tema dor e seu tratamento, bem como sobre a sistematização do cuidado.

Como limitações dessa pesquisa, destaca-se que ela foi conduzida em uma unidade de tratamento cirúrgico, com pacientes de um hospital Público do sul do Brasil, e ainda, em um período de quatro meses em que muitos trabalhadores estavam em greve, não sendo possível a generalização dos seus resultados. Aliado a isso, a coleta de dados foi realizada em um momento crítico que o hospital estava vivenciando uma transição na forma de gestão após a adesão à empresa EBSEH. Esse fato acarretou muitas resistências dos trabalhadores da enfermagem a novas ações de cuidado, bem como diminuição de participação de sujeitos da pesquisa pois muitos foram relocados, existindo e grande rotatividade de trabalhadores da enfermagem que permanecem na instituição por um período de três meses apenas. O trabalho demonstra a necessidade de outros estudos sobre implantação de escalas para avaliação da

dor, bem como seu registro como 5º sinal vital frente à relevância de se tratar a dor em suas múltiplas dimensões a fim de propiciar um atendimento mais humanizado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, N. A.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, M. J. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, p. 27-55, 145-71, 2009.
- ANDRADE, D. C. D. et al. The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. 2011. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2011000300023&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2011000300023&lng=pt&nrm=iso)
 &nrm=iso. Acesso em: 26 dez 2012.
- ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUZA, F. A. C. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 2, 2006.
- ANGELO, M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. Mundo Saúdev.34, n.4, p.437-43, 2010.
- BARBOSA, T.P.; BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. Ver. Bras. Ter. Intensiva, v.23, n.4, p.470-477. 2011
- BARRETO, R.D.F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico de pacientes atendidos no pronto- socorro de um hospital universitário. Rev. Dor. V.13, n.3, p. 213-9. São Paulo, 2012.
- BARROS, G. A. M. et al. Dor: aspectos atuais de sensibilização periférica e central. Revista Brasileira Anestesiologia, v. 57, n. 1, p. 94-105, 2007.
- BARROS, S.R.A.D.; PEREIRA, S.D.S.L.; NETO, A.A. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior.Rev. Dor. V.15, n.2, p. 107-111. São Paulo, 2011.
- BIASI, P.T. et al. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. Perspectiva, Erechim, v. 35, n. 129, p. 157-166, 2011.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. 1996. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_sas_1083_dor_cronica_2012.pdf
- CONTROLE DA DOR- INCA. Em:http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf
 Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Coren-SP 024/2013 – CT. Disponível em:
 <portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_24.pdf>.
- COSTA, A.E.K; FERLA,N.J; BACHIR; MORESCHI,C; PISSAIA, L.F. A percepção da equipe de enfermagem acerca do atendimento prestado ao idoso hospitalizado com dor. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 38-51, 2015. ISSN 1983-0882

- CRESCÊNCIO, E. P. et al. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009.
- DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. p. 389-394, 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452011000200023&script=sci_abstract&tlng=pt
Acesso em: 9 dez. 2012.
- FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, Brasília, 2006.
- FORTUNATO, J.G.S. et al. Escalas de Dor no Paciente Crítico: uma Revisão
- GEERTZ, C. A. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro. Livros Técnicos e científicos, 1989.
- GÈLINAS, C. et al. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*. N.48, p. 1495-1504, 2011.
- GUIMARÃES, K.G.R; ANDRADE, J.P.O.S. Métodos e desafios enfrentados pela enfermagem quanto a avaliação da dor (quinto sinal vital). *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 5, n. 1, 2015, p. 33-41
- HALL, J.E., 1996. *Tratado de Fisiologia médica*. 12ª ed. – Rio de Janeiro. Elsevier, 2011.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR. Disponível em:
<http://www.hu.furg.br/>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- JERICÓ, M.D.C; PERES, A.M; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. *Ver. Esc. Enferm. USP* v.42 n.3
- KELLER, C. et al . Escala da dor: implantação para pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 47, n. 3, p. 621-625, 2013 .
- KULKAMP, I. C.; BARBOSA, C. G.; BIANCHINI, K. C. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciências & Saúde coletiva*, 13(sup): 721-731, 2008.
- MACEDO, A.C.P.D; ROMANEK, F.A.R.M; AVELAR, M.D.C.Q. Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. *Ver. Dor. São Paulo*, v.14, n.2, p.133-6,2013.
- MARTINEZ, J.E.; GRASSI,D.C.; MARQUES, G.L. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 299-308, 2011.
- MAGALHÃES, P.P.A.; et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Revista Dor*. V.12,n.3, p.221-5, 2011.
- MINNERMAN, K. P. et al. *Farmacologia humana*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

- MORAES, R.; GALIAZZI, M. Análise textual discursiva. Ijuí, ed Unijuí, 2011.
- NASCIMENTO, L.A. et al. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. Rev. Elet. Enf. [Internet]. V.13, n.4, p.714-20,2011.
- NASCIMENTO, L. A. D, KRELING,M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm, Londrina (PR) v.50,n.4,2011.
- PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.
- PEREIRA, A. P. S.; ZAGO, M. F. Z. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 32, n. 2, p. 144-52, 1998.
- PESSINE, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Revista Bioética, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002.
- PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, C. A. M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 32, n. 2, p.179-186, 1998.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos da pesquisa de enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre, Artes Médicas, 2011.
- QUEIROZ, D.T.G; CARVALHO, M.A; CARVALHO,G.D.A; SANTOS,S.R; MOREIRA, A.S; SILVEIRA, M.F.A. Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. Rev enferm UFPE on line., Recife, v.9, n.4, p. 7186-92, 2015
- RESOLUÇÃO COFEN-293/2004
http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
- RIBEIRO, S.B.F.; et al. Dor nas Unidades de Internação de um Hospital Universitário. Revista Brasileira Anestesiologia,v.62, n.5, p.599-611, 2012.
- RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arquivo Ciências Saúde, v. 12, n. 1, p. 50-54, 2005.
- SAÇA, C. S. et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do sistema único de saúde (SUS). J Health Science Institute, v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010.
- SCOPEL, E.; ALENCAR, M.; CRUZ, R. M. Medidas de avaliação da dor. Revista digital - Bueno Aires, ano 11, n. 105, 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>
- SILVA, Magda Aparecida dos Santos; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 84-92, 2013 .
- SILVEIRA, N.B; SILVEIRA, R.S; AVILA, L.I; GONÇALVES, N.G.C; LUNARDI, V.L; ENDERLE, C.F. Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no Contexto da dor: percepção dos pacientes. Enferm. Foco v.7, n.1, p.61-6, 2016.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implementação da dor como 5º sinal vital. 2009. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp. Acesso em 14 nov. 2012.

SOUSA, F.F. et al. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). Revista Latino- Am. Enfermagem. V18, n.1, p.3-10, 2010.

SOUSA, F.A.E.F; HORTENSE, P. Percepção social de profissionais de enfermagem avaliada por meio de diferentes escalas. Ver Latino- am Enfermagem v.14, n.6, 2006.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P.D; CAMPOS, KÁTIA.F.C. [Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família](#) . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 90

APÊNDICE A

DADOS DO PARTICIPANTE:

Idade:

Profissão:

Sexo:

Tempo de trabalho na instituição:

- 1- Qual a importância da avaliação da dor nos pacientes?
- 2- De que modo você considera que a avaliação da dor através do uso de instrumentos pode auxiliar na humanização do cuidado?
- 3- Qual a sua impressão pessoal sobre a avaliação da dor como 5º sinal vital e a aplicação da escala para avaliação de dor?
- 4- De que modo a utilização da escala de avaliação de intensidade da dor pode auxiliar na tomada de decisões quanto ao tratamento?
- 5- Quais as facilidades e dificuldades encontradas na aplicação da escala de avaliação de dor?
- 6- Você acha viável a implementação da avaliação de dor como 5º sinal vital, através da aplicação de escala de dor para avaliação dos pacientes internados? Por que?

APÊNDICE B

Ilmo(a) Sr.(a)

Helena Heidtmann Vaghetti

Diretora do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: “Avaliação da dor como 5º sinal vital: desafios e possibilidades para a equipe de enfermagem.”

Este estudo tem como objetivo “Analisar a viabilidade da implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital com trabalhadores da enfermagem de uma unidade de clínica cirúrgica”. O estudo tem abordagem qualitativa a partir de Polit e Beck (2011).

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Mestranda Enfermeira Nara Beatriz Silveira

Ciente.

Diretora do Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Helena Heidtmann Vaghetti
De acordo

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a):

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “A dor como 5º sinal vital: desafios e possibilidades diante da avaliação de trabalhadores de enfermagem.” Fui igualmente esclarecido (a) que possui por objetivo “Analisar a viabilidade da implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital com trabalhadores da enfermagem de uma unidade de clínica cirúrgica” e que o estudo terá abordagem qualitativa a partir de Polit e Beck (2011). Fui igualmente esclarecido (a):

- da garantia de requerer esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento deste estudo;
- da garantia de que não haverá riscos físicos e, que no caso de ocorrer constrangimentos decorrentes de algum questionamento, poderá ser solicitado o acompanhamento do serviço de psicologia;
- da liberdade de participar ou retirar meu consentimento, sem penalidade alguma;
- de permitir o uso de gravador digital, com a garantia do sigilo e anonimato;
- da garantia do sigilo e anonimato, assegurando-me a privacidade individual e coletiva, quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo, assegurando a privacidade e a utilização dos dados exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa;
- da garantia do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo; assegurando-me as condições de acompanhamento.
- da garantia de obter esclarecimento de quaisquer dúvidas durante a realização do estudo, do retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo e, tão logo se finde.
- da garantia de que serão mantidos os preceitos Éticos e Legais em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.
- da liberdade de obter esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, da FURG, localizado no HU ou mediante contato com pesquisadora responsável.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Rosemary Silva da Silveira

Responsável pelo trabalho

Nara Beatriz Silveira (53) 32338800

Contato com pesquisador responsável pelo trabalho: (53)32338855 Ramal: 303 ou pelo e-mail: anacarol@mikrus.com.br



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 168/2015

CEPAS 49/2015

Não possui número de processo

Título da Pesquisa: A DOR COMO 5º SINAL VITAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DIANTE DA AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Rosemary Silva da Silveira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 91/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "A DOR COMO 5º SINAL VITAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DIANTE DA AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 30/11/2015.

Rio Grande, RS, 06 de novembro de 2015.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

