

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

INDICADORES UTILIZADOS PELOS
ENFERMEIROS PARA IDENTIFICAR PRESENÇA
DE DOR

Fernanda Schnath

Porto Alegre, setembro de 2002.

BIBLIOTECA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO ALEGRE, RS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ESTÁGIO CURRICULAR – ENF 99003

INDICADORES UTILIZADOS PELOS
ENFERMEIROS PARA IDENTIFICAR PRESENÇA
DE DOR

Autora: Fernanda Schnath

Orientadora: Vera Portella

Porto Alegre, setembro de 2002.

BIBLIOTECA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO ALEGRE, RS
15054-900

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional.
À Enfa. Simone Pasin pela amizade, confiança, companheirismo,
incentivo e motivação no estudo da dor.
À Profa. Vera Portella pela amizade e por estimular,
apoiar e orientar com carinho este estudo.

“A dor é solitária, cada ser conhece o tamanho da sua”.

Luiz Sérgio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	09
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3. OBJETIVOS.....	23
4. MÉTODO E TÉCNICAS.....	24
4.1 Caracterização do Estudo.....	24
4.2 Campo de Estudo.....	24
4.3 População-Alvo / Amostra.....	24
4.4 Coleta de Dados	24
4.5 Tratamento dos Dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos.....	25
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
7. CONCLUSÕES.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXO A – Instrumento para Coleta de Dados.....	36
ANEXO B – Instrumento para Tratamento dos Dados.....	37

INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, realizei estágio na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A URPA recebe pacientes que necessitam se recuperar de algum procedimento cirúrgico ou anestésico, onde a dor aguda é uma experiência comum vivida pelos pacientes e esperada por eles, em consequência do procedimento realizado. Convivendo com esses pacientes e com a enfermeira do campo, uma apaixonada pelo tema dor, não pude deixar de me “contagiar”.

Juntamente com uma professora da Escola de Enfermagem, formamos um Grupo de Estudos sobre Dor com reuniões quinzenais. Os participantes são enfermeiros do HCPA, professores da Escola de Enfermagem da UFRGS e acadêmicos de enfermagem que vivenciam em sua prática diária o cuidado ao paciente com dor. Realizamos discussões sobre o tema, desenvolvemos projetos de pesquisa e convidamos especialistas da área médica e da enfermagem para ministrar aulas especiais, como dor crônica e dor oncológica pediátrica.

Visando assegurar a qualidade do atendimento prestado ao paciente com dor aguda, a URPA instituiu a dor como “Quinto Sinal Vital” (Pasin e Castro, 2000), ou seja, foi acrescentado uma coluna na folha de sinais vitais onde deve constar o dado resultante da avaliação quantitativa da dor do paciente. Portanto, a dor passa a ser avaliada de forma sistemática assim como a pressão arterial, a temperatura e as frequências cardíaca e respiratória.

Apesar dos enfermeiros envolvidos no cuidado de pacientes em pós-operatório reconhecerem que o controle da dor é um componente facilitador do processo de recuperação, observei muitas vezes que esses profissionais têm dificuldade ao avaliar a presença da dor.

A bibliografia consultada no que diz respeito à avaliação da dor, enfatiza as características desta dor e não como detectar sua presença. Então surgiram vários questionamentos: quais seriam os indicadores que os enfermeiros utilizam para avaliar a presença ou não de dor? Existe uma uniformização desses indicadores no pós-operatório? O paciente fica satisfeito com a analgesia recebida? Os enfermeiros da unidade de recuperação pós-anestésica utilizam a dor como “quinto sinal vital”?

A Organização Mundial de Saúde considera a dor como um problema de saúde pública mundial (Lemonica, 2000). Segundo Figueiró (2000), a dor é uma experiência vivenciada pelos seres humanos pelo menos em algum momento de suas vidas. Estima que mais de 30% da população mundial já teve dor intensa e que 75% a 80% das pessoas que procuram o sistema de saúde o fazem por sentirem dor.

Para Ready e Edwards (1997) milhares de pacientes submetem-se a cada ano, em todo mundo, a procedimentos cirúrgicos. Apesar do controle perfeito da dor ser meta essencial para atender bem aos pacientes cirúrgicos, e apesar dos recentes avanços dos conhecimentos de fisiopatologia e farmacologia dos analgésicos, assim como do desenvolvimento de técnicas para o controle da dor pós-operatória, muitos pacientes continuam a sofrer considerável desconforto.

A dor pós-operatória é estimulada por um dano tecidual e modificada por inúmeros outros fatores, incluindo a técnica anestésica e drogas utilizadas. Além disso, a idade, personalidade, cultura e estado emocional influenciam a resposta do paciente à dor (Christoph, 1994).

A eficácia do tratamento da dor pós-operatória depende da avaliação dessa dor. McCaffery e Pasero (1999) citam que a falha em perguntar ao paciente sobre sua

dor, assim como aceitar e agir frente ao relato deste, são as causas mais comuns do não-alívio da dor ou do sofrimento desnecessário.

Figueiró (2000) e Carvalho (1999) relatam que os estudos e o manejo da dor como sintoma e como doença ainda deixam muito a desejar. Sendo uma experiência subjetiva, é difícil para o profissional da saúde quantificá-la, podendo inferir tanto subestimando-a, quanto superestimando-a.

Atualmente, porém, não se justifica que alguém sofra dor sem que possa contar com algum tipo de auxílio. Embora muito ainda reste a fazer em matéria de investigação e tratamento, o caminho percorrido na busca da prevenção, melhora e cura já é grande, com inúmeras possibilidades de soluções.

A partir dessas considerações, decidi realizar um estudo sobre os indicadores utilizados pelos enfermeiros para identificar a presença de dor.

Espero ter fornecido informações que subsidiem outros estudos sobre o tema e que sirva como mais um recurso bibliográfico para acadêmicos e profissionais da saúde. Espero também que o mesmo seja um referencial no cuidado ao paciente com dor aguda e que contribua para a elaboração de um protocolo assistencial no atendimento dos pacientes em pós-operatório.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica que segue visa fundamentar o estudo proposto em relação à dor aguda em pacientes adultos.

Segundo Teixeira e cols. (apud Bernardo, 1998), embora a dor, sensação desagradável porém de grande utilidade ao organismo, acompanhe o homem desde a sua existência, o estudo dos vários mecanismos envolvidos na percepção e interpretação se desenvolveram gradativamente ao longo da história. Na perspectiva atual, a dor é tida como um fenômeno biopsicossocial, onde há uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Segundo Wolter e Ahern (1999) o ser humano aprende sobre o que é dor através de sua vivência e experiência.

Em 1973, a fundação da International Association for the Study of Pain (IASP), proporcionou o início de estudos formais sobre a dor como sensação distinta e a formação de grupos de estudos por todo o mundo. A IASP define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo”. Enfatiza, ainda, a importância da compreensão da dor como fenômeno multidimensional e subjetivo.

Dando ênfase ao aspecto subjetivo da dor, McCaffery e Pasero (1999, p. 17) definem a dor como “o que o paciente diz que é, existindo onde ele diz que existe”.

Em 1995, a American Pain Society (APS) sugeriu que fosse incluído nas fichas de controle de sinais vitais a dor. Para isso, as instituições passariam a avaliar

a dor com o uso de escalas rotineiramente, assim como os demais sinais vitais. O registro da avaliação da dor torna esse problema visível e chama a atenção dos demais membros da equipe.

Cita Guimarães (1999), que todas as pessoas exceto as portadoras de insensibilidade congênita sabem o que é dor. Porém, é difícil para alguém descrever a própria dor e impossível para qualquer um de nós conhecer exatamente a experiência do outro.

Segundo Figueiró e Teixeira (1994), a percepção do dano tecidual induz a pessoa a adotar comportamentos que afastem ou eliminem a dor. Lowen (apud Dychtwald, 1984, p. 25) diz que

... o caráter do indivíduo, tal como se manifesta em seu padrão típico de comportamento também se revela a nível somático nas formas e movimentos do corpo. A soma total das tensões musculares, (...) constitui a 'expressão corporal' do organismo.

A pessoa que está sofrendo assume uma postura tensa, não relaxada, costuma agarrar-se às grades do leito. Barros e cols. (2002) dizem que para compreendermos realmente o que a pessoa quer nos dizer, devemos estar atentos aos artifícios que utiliza, conscientes ou inconscientes, em especial os gestos, postura e expressões faciais.

Para Aurélio (1986), expressão é a maneira de exteriorizar pensamentos, emoções e sentimentos determinados pelo estado físico ou emocional. Bonica (1990) cita em seu livro um trabalho realizado por LeResche onde foi descrita a expressão facial humana em dor aguda:

sobrancelhas franzidas com a pele apertada ao redor dos olhos, acompanhada por uma boca esticada horizontalmente, às vezes com um aprofundamento do sulco nasolabial. (p. 123)

Dando ênfase à expressão das emoções do homem, Darwin (2000) descreve a sensação dolorosa:

no homem, a boca comprime-se fortemente, ou mais comumente os lábios retraem-se, com os dentes cerrados. (...) A transpiração molha o corpo e pingos escorrem pelo rosto. A circulação e a respiração são muito afetadas. Por isso, as narinas geralmente dilatam-se e tremem... (p. 73)

Bonica (1990) diz ainda que na prática clínica, é o comportamento do paciente, mais do que qualquer outro indicador fisiológico, que define a severidade do problema da dor para a equipe.

As reações de dor são influenciadas por fatores como experiências passadas, contexto sociocultural, estado psicológico e personalidade do indivíduo. Helman (1994) descreve que as reações à dor podem ser de duas formas: uma reação involuntária instintiva (recuar diante de um objeto cortante) e uma reação voluntária (eliminar a fonte de dor e providenciar o tratamento do sintoma). As reações voluntárias que envolvem outras pessoas são particularmente influenciadas por fatores sociais e culturais.

O mesmo autor identifica dois tipos de comportamentos de dor: a dor privada e a dor pública. Para sabermos se uma pessoa tem dor, dependemos de uma demonstração verbal ou não-verbal, por parte da pessoa. Quando há essa demonstração, a experiência e a percepção privadas da dor tornam-se públicas. Porém, a dor pode permanecer privada em determinadas situações ou entre alguns povos.

Não existem dúvidas de que grupos étnicos diferentes expressam a dor e o sofrimento de formas diferentes. Zborowski (apud Helman, 1994), afirma que as pessoas de origem anglo-saxônica tendem a aceitar a dor como um fato, enquanto que as pessoas de origem mediterrânea são mais expressivas no que diz respeito à dor. Segundo ele, os italianos preocupam-se com a experiência de dor imediata, especialmente com a própria sensação de dor. Queixam-se amplamente chamando a atenção para os seus sofrimentos gemendo, chorando, lamentando-se. Por outro lado,

os judeus preocupam-se principalmente com o significado e a importância da dor em relação à sua saúde, seu bem-estar e de seus familiares.

Leininger (apud George, 2000), ao perceber que faltavam às enfermeiras o conhecimento das culturas para que se compreendesse as variações no cuidado aos doentes, formulou a teoria sobre enfermagem transcultural. Para ela, enfermagem transcultural é como:

um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde-doença (p. 286)

Daí a importância de se estudar, pesquisar e exercer na prática a enfermagem transcultural, na medida que se espera das enfermeiras o cuidado a todas as pessoas independente de sua cultura.

O significado da dor também pode influenciar na intensidade e na duração do episódio doloroso. Algumas pessoas consideram que a dor pela qual estão passando é uma forma de punição ou castigo, outras podem dizer: “O que fiz para merecer isto?” (Sofaer, 199_). Desta maneira, muitas vezes os pacientes permanecem quietos e negam a presença de dor.

McCaffery e Pasero (1999) lembram ainda dos pacientes que negam receber alívio da dor por medo dos efeitos colaterais dos analgésicos ou de se tornarem “viciados” em alguma medicação, por acreditarem que quanto maior a dor pior a doença ou simplesmente pelo fato de acreditarem que “bons” pacientes não reclamam de dor.

As crenças, valores e práticas do indivíduo são o resultado do contexto em que vivem. Não podemos esquecer que o paciente não é sozinho, ele vem de uma unidade de cuidado: a família. Segundo Elsen (1994), sendo a família a unidade

básica de saúde para seus membros, instala-se para a enfermagem o desafio de “cuidar de quem cuida”.

A enfermeira cuida do paciente, membro de uma família, utilizando sua percepção e procurando conhecer as percepções de saúde, doença e cuidado da família (Boehs, 1994).

Ao reconhecer esses aspectos, a enfermeira valoriza a participação familiar, em especial na recuperação pós-operatória. Sempre que possível, a família deve ser incluída nas tomadas de decisões a respeito do cuidado do paciente. McCaffery e Pasero (1999) enfatizam a participação da família ou amigos próximos para indicar a presença de dor quando o paciente estiver impossibilitado de fazê-lo.

Estram, Kerwald e Echer (apud Lima, 2002), dizem que a aproximação entre o paciente e sua família proporciona o entendimento sobre seus sentimentos e vivências, surgindo uma nova visão para cuidar do paciente e sua família: o cuidado humanizado.

Para o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2001), a humanização é entendida como

valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. (...) Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana... (p. 52)

Desta forma, passamos a respeitar as pessoas em sua individualidade e em suas necessidades específicas, independente de sua idade, raça, descendência, religião e nível socioeconômico.

Basicamente a dor pode ser classificada de acordo com sua característica temporal (aguda ou crônica) ou sua fisiopatologia (nociceptiva ou neuropática) (Figueiró, 2000; McCaffery e Pasero, 1999).

A dor aguda tem início recente e duração limitada. Aparece após a lesão tecidual e desaparece com a resolução do processo patológico. Associa-se a alterações neurovegetativas como, taquicardia, sudorese, palidez e agitação psicomotora. Seu diagnóstico não é difícil, o controle é adequado e tem função biológica de alerta (Bernardo, 199_).

Quanto à dor crônica, Bernardo (199_) a caracteriza com duração de meses ou mais, onde não ocorrem respostas neurovegetativas devido à adaptação dos sistemas neuronais, não tem função biológica de alerta, gera estresse físico, emocional, econômico e social, e ainda, gera incapacidade laborativa, alterações do sono, apetite, vida afetiva e humor. Tem diagnóstico e tratamento mais difíceis.

De acordo com as características fisiopatológicas, a dor nociceptiva é aquela de origem somática ou visceral. Já a dor neuropática, é gerada através de estímulos anormais na periferia ou sistema nervoso central. Geralmente seu tratamento inclui analgésicos adjuvantes como antidepressivos (McCaffery e Pasero, 1999).

A percepção da dor é um processo fisiológico onde intervêm receptores, vias condutoras e mecanismos cerebrais integradores. Entre o estímulo da lesão tecidual e a experiência de dor, ocorrem complexos fenômenos elétricos e químicos. McCaffery e Pasero (1999), didaticamente, dividem esse processo em quatro etapas distintas: transdução, transmissão, percepção e modulação. Assim os descreverei:

- *Transdução:* Ocorre na periferia com a excitação dos nociceptores. Os nociceptores são terminações nervosas livres que se despolarizam quando um estímulo mecânico, térmico ou químico alcança níveis nociceptivos, ou seja, quando estímulos causam dano tecidual. As células lesadas liberam substâncias como a bradicinina, serotonina, histamina e prostaglandinas, que ativam ou sensibilizam os nociceptores, gerando um potencial de ação.
- *Transmissão:* O potencial de ação continua do sítio lesado até o sistema nervoso central. As fibras que conduzem a dor são finas e de dois tipos: A-delta (pouco

mielinizadas) e fibras C (amielínicas). A informação vinda da periferia passa pela medula espinhal, e de lá, até o tálamo e córtex cerebral. No corno posterior da medula é onde se processam os primeiros sinais dolorosos. Esse estímulo se bifurca em um ramo ascendente, que segue lateralmente, e em outro descendente, que se orienta para a linha mediana. A transmissão das informações nociceptivas ascendem pela medula sob forma de feixes ou tratos até os centros nervosos superiores. Os tratos mais importantes são o trato espinotalâmico e o trato espinorreticular.

- *Percepção:* É a consciência da experiência dolorosa. Ocorre quando a sensação dolorosa, transmitida pela medula espinhal e tálamo, atinge o córtex cerebral. Dependendo da sensação dolorosa inicial, o estado psicológico do doente e suas experiências passadas, a dor é percebida tanto como um acontecimento neurofisiológico como psicológico.
- *Modulação:* É a inibição de impulsos nociceptivos. A modulação da dor se faz por três mecanismos: bloqueio dos receptores das substâncias neurotransmissoras, inibição da liberação desses ou impedimento do processo de transmissão nociceptiva.

De acordo com Teixeira e Pimenta (2001), a magnitude do trauma cirúrgico e a analgesia preventiva podem estar relacionados com a intensidade da dor e suas complicações. A dor pós-operatória intensa ou moderada manifesta-se em 40% a 60% dos casos e ocorre mais freqüentemente após cirurgias extensas no tórax, abdome, loja renal, coluna vertebral, grandes articulações, ossos longos, mãos e pés. Além disso, o procedimento cirúrgico representa uma enorme agressão para as vias nervosas que conduzem o estímulo doloroso. As incisões transversais no abdome traumatizam menos os nervos torácicos e causam menos dor aguda que as incisões longitudinais.

A existência de patologias prévias também pode afetar a manifestação da dor pós-operatória. Artrite reumatóide, osteoartrose, neuropatia periférica e herpes zoster,

são algumas das doenças que causam uma sensibilização extrema em suas vítimas. As pessoas com câncer necessitam atenção especial.

Figueiró (2000) diz que dois terços dos pacientes com câncer avançado apresentam dor moderada e intensa. O tumor em si pode causar dor local, já as metástases podem provocá-la em locais distantes. A localização do tumor e o estágio da doença interferem na intensidade da dor. Metástases ósseas, acometimento de vísceras, compressão ou infiltração de nervos são as causas mais comuns de dor em cerca de 70% dos pacientes em fases mais avançadas do câncer.

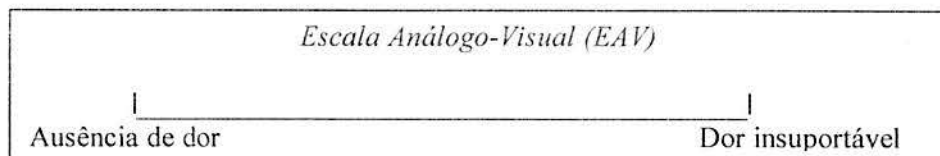
A dor é um fenômeno extremamente complexo e pode ser considerado como o sintoma mais difícil de se avaliar por sua característica individual e subjetiva. Não existem sinais ou sintomas confiáveis de dor, entretanto, existem indicações de que a pessoa possa estar sofrendo.

McCaffery e Pasero (1999), assim como Bernardo (2000) e APS (1999), afirmam que o paciente é a autoridade no que diz respeito a sua dor. Segundo eles, nenhuma outra fonte de informações mostrou ser tão confiável quanto o relato do paciente, nem mesmo seu comportamento e sinais vitais ou a opinião de médicos e enfermeiros.

Entretanto, a avaliação da dor do paciente em recuperação pós-anestésica torna-se ainda mais difícil pelos efeitos residuais dos anestésicos, causando alterações do sensorio e da consciência, ou pelo paciente apresentar tubo nasogástrico e/ou ventilação artificial (Christoph, 1994).

Existem vários instrumentos que permitem o paciente mensurar a intensidade de sua dor. McCaffery e Pasero (1999) apresentam questionários que avaliam as dimensões afetivas, psicológicas e sensoriais do quadro algico. Já as escalas de dor, muito usadas na prática clínica, avaliam basicamente a intensidade da dor. As três mais utilizadas são:

- *Escala Análogo-Visual (EAV)*: É uma linha reta de 10 cm. No ponto à esquerda, o zero (0), significa ausência de dor. À direita, o dez (10), dor insuportável. Deve-se orientar o paciente a indicar na reta o ponto que traduz em números a dor.



- *Escala Numérica-Verbal (ENV)*: Pedir para que o paciente dê uma nota para sua dor num intervalo de 0 a 10, onde zero (0) significa ausência de dor e dez (10), dor insuportável.
- *Escala Categórico-Verbal (ECV)*: O paciente informa sua dor utilizando categorias verbais como: sem dor, dor leve ou fraca, dor média ou moderada, dor forte e dor insuportável.

Christoph (1994) ressalta que a dor pós-operatória não tem nenhuma função de alerta e ainda pode ser deletéria. McCaffery e Pasero (1999) destacam as principais alterações sistêmicas causadas pelo não alívio da dor (Quadro 1).

Quadro 1 – Alterações sistêmicas causadas pelo não alívio da dor.

<i>Sistema</i>	<i>Resposta à dor</i>
Endócrino	↑ ACTH, ↑ ADH, ↑ cortisol, ↑ epinefrina, ↑ norepinefrina, ↑ catecolaminas, ↑ renina, ↑ angiotensina, ↑ aldosterona, ↑ glucagon, ↓ insulina.
Cardiovascular	↑ Frequência cardíaca, ↑ resistência vascular periférica, hipertensão, hipercoagulação, ↑ demanda de O ₂ .
Respiratório	↓ Volume e fluxo respiratório, ↑ risco para atelectasia, hipoxemia, ↓ reflexo de tosse.
Gastrintestinal	↓ Mobilidade gástrica e intestinal.
Musculoesquelético	Espasmos musculares, fadiga, imobilidade.
Cognitivo	Confusão mental.

Fonte: Adaptado de: McCaffery, M.; Pasero, C. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1999.

O adequado tratamento da dor pós-operatória traz irrefutáveis benefícios para o paciente, equipe de saúde e instituição hospitalar. De acordo com Andrade (2000), a adequada analgesia pós-operatória gera alta hospitalar precoce, maior rodízio de leitos e novas internações, menor tempo de internação pós-operatória para o tratamento de complicações, qualidade no atendimento ao paciente e menor risco de questões processuais.

A equipe de enfermagem, por permanecer a maior parte do tempo ao lado dos pacientes, deve estar ciente da importância da avaliação e do tratamento da dor. Os enfermeiros têm que conhecer os conceitos sobre dor, anatomia e fisiologia das vias dolorosas, métodos de avaliação da dor, manejo farmacológico e não-farmacológico da dor, prevenção e manejo de complicações para garantir uma assistência adequada no tratamento da dor aguda (Bernardo, 2000).

O enfermeiro deve avaliar o paciente sempre que necessário e formular um plano de cuidados individualizado, levando em conta a personalidade do paciente, seus aspectos emocionais e seu contexto social, econômico e cultural. Deve avaliar e registrar essas ações, bem como os resultados alcançados.

Segundo Sofaer (199_), o enfermeiro deve preservar-se de idéias preconcebidas, pois, freqüentemente, outros profissionais se referem aos pacientes com dor como tendo “cobertura emocional”. Já Christoph (1994), diz que a percepção dos enfermeiros sobre a dor do paciente é influenciada pelas experiências pessoais com dor dos enfermeiros. Diz ainda, que em geral, enfermeiros que vivenciaram dor intensa são mais solidários com o sofrimento do paciente.

Para a correta e completa avaliação da dor, o Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos (AHCPR, 1992), em seu guia de orientações sobre o manejo da dor aguda, destaca itens fundamentais para os cuidadores, entre eles:

avalie as percepções do paciente junto com as respostas comportamentais e fisiológicas. Lembre-se de que as observações

a respeito do comportamento e sinais vitais não devem ser usadas ao invés do relato do paciente, a não ser que ele não possa se comunicar. (p. 7)

Bernardo (2000) sugere que o paciente com dor aguda seja avaliado a partir do exame físico, parâmetros fisiológicos, consumo de analgésicos, avaliação bioquímica, respostas verbais e comportamento.

O manejo não-farmacológico da dor não requer prescrição médica, portanto, pode ser realizado pelo enfermeiro. Técnicas de relaxamento, distração, massagens, aplicação de calor ou frio, técnicas de respiração e música, são algumas das alternativas (Bernardo, 2000; McCaffery e Pasero, 1999).

Além disso, o enfermeiro deve manter-se atualizado frente às novas tecnologias como cateter peridural, analgesia controlada pelo paciente e bombas de infusão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados e a análise dos mesmos, foram utilizados os parâmetros para a avaliação da presença de dor adaptados de McCaffery e Pasero (1999).

As autoras são enfermeiras com longa trajetória no estudo da dor. Segundo elas, nas últimas décadas houve um enorme progresso no campo da dor, infelizmente, teve poucas melhorias no cuidado aos pacientes com dor.

Esse problema seria causando tanto pelo sistema e profissionais da saúde, quanto pelos próprios pacientes. O sistema de saúde deve reconhecer a dor como prioridade, tornando-a o “quinto sinal vital”, criando protocolos e manuais e estando ciente do custo e dos efeitos deletérios da dor não tratada. Os profissionais da saúde ainda não estão preparados para lidar com a subjetividade da experiência dolorosa, bem como aspectos anatômicos, fisiológicos e farmacológicos da dor. Os pacientes, por sua vez, também não conhecem conceitos de dor e principalmente, seus direitos.

Para elas, a dor não é determinada apenas pelo dano tecidual. De fato, não há relação entre a presença do dano tecidual e a sensação de dor. Além disso, a experiência dolorosa é altamente pessoal e subjetiva.

McCaffery e Pasero (1999) valorizam o paciente como sendo a única autoridade no que diz respeito à sua dor. Os outros indicadores de dor

complementam o processo de avaliação, mas não devem substituir o relato verbal do paciente.

Apresentam estratégias para a avaliação da dor sob ponto de vista quantitativo e qualitativo. Acredito que algumas delas, como as citadas abaixo, podem ser utilizadas para verificar a presença ou não de dor. São elas:

- *Verbalização*: Relato verbal do paciente sobre a existência e intensidade da dor (McCaffery e Pasero, 1999).
- *Condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor*: No paciente que estiver impossibilitado de relatar a presença ou não de dor, devemos prever a analgesia na existência de uma condição patológica ou na execução de um procedimento que pode ser doloroso (McCaffery e Pasero, 1999).
- *Comportamento*: Composto de expressões faciais (tristeza, choro, contração muscular ao redor da boca e olhos etc.), expressões corporais (descanso, movimentos lentos e cuidadosos, posição fetal etc.) e vocalizações (gemidos, choro, respiração ruidosa etc.) (McCaffery e Pasero, 1999).
- *Relato de dor do paciente por familiar ou amigos próximos*: É a participação da família ou amigos na avaliação da dor. Por conhecer melhor o paciente, muitas vezes as pessoas próximas são mais sensíveis às alterações comportamentais que sugerem dor, podendo elas mesmas avaliar a dor de seu ente querido. Devemos ter cuidado especial aos pacientes inconscientes ou em uso de relaxantes musculares (McCaffery e Pasero, 1999).
- *Parâmetros fisiológicos*: Alterações resultantes da estimulação autonômica. A dor gera respostas simpáticas que incluem palidez,

aumento das freqüências respiratória e cardíaca, aumento da pressão arterial, dilatação pupilar, sudorese e aumento da tensão muscular (McCaffery e Pasero, 1999).

As estratégias acima descritas serão utilizadas como categorias para a análise dos dados obtidos neste estudo.

As autoras lembram que avaliar a dor de um paciente que não consegue se comunicar é um desafio ainda maior. Citam que os profissionais da saúde subestimam a dor de um paciente que é capaz de verbalizar, portanto, é provável que aconteça ainda mais naqueles que não se comunicam.

Levando em conta que os pacientes são, freqüentemente, sub-tratados em sua dor, acho importante deixar registrado os “Direitos dos Pacientes com Dor”. A lista dos direitos foi desenvolvida para encorajar pacientes, familiares e cuidadores a aprender sobre dor e seu tratamento (Quadro 2).

Quadro 2 – Direitos dos pacientes com dor.

1. Eu tenho o direito de ter meus relatos de dor aceitos e tratados pelos profissionais da saúde.
2. Eu tenho o direito de ter minha dor controlada, não importando o que possa causar ou quanto severa ela possa ser.
3. Eu tenho o direito de ser tratado sempre com respeito. Quando precisar de medicação para dor, não devo ser tratado como um adicto às drogas.

Fonte: The Iowa Cancer Pain Relief Initiative and Cancer Care, 1993. Adaptado de: McCaffery, M.; Pasero, C. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1999.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Identificar os indicadores utilizados pelos enfermeiros para avaliar a presença de dor e relacioná-los com o referencial teórico proposto por McCaffery e Pasero.

4. MÉTODO E TÉCNICAS

4.1 Caracterização do Estudo

O presente estudo é descritivo-exploratório com caráter quantitativo.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade de recuperação pós-anestésica de um hospital escola de Porto Alegre.

4.3 População-Alvo / Amostra

Foi composta pelos 9 enfermeiros do campo de estudo que trabalham nos seis turnos da unidade de recuperação pós-anestésica (manhã, tarde, intermediário, noite I, noite II e noite III), presentes no período da coleta de dados e que aceitaram participar do estudo.

4.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado questionário com uma pergunta aberta sobre a temática (Anexo A).

A coleta de dados para o desenvolvimento do trabalho ocorreu durante o mês de agosto de 2002. Os questionários foram distribuídos aos sujeitos da pesquisa e recolhidos pela pesquisadora logo após seu preenchimento.

4.5 Tratamento dos Dados

Os dados coletados foram categorizados conforme modelo em anexo construído a partir do referencial teórico adaptado e distribuídos em tabelas de frequência para análise (Anexo B).

A estatística descritiva foi utilizada para a análise dos dados. Segundo Polit e Hungler (1995), a estatística descritiva permite o pesquisador descrever e sintetizar os dados.

Para o agrupamento dos dados obtidos foram utilizadas cinco categorias: verbalização, condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor, comportamento, relato de dor do paciente por familiar ou amigos próximos e alterações fisiológicas.

4.6 Aspectos Éticos

No início do instrumento de coleta de dados foi fornecido o objetivo e a justificativa da pesquisa. Foi oportunizado aos sujeitos a decisão de participarem ou não da coleta de dados e assegurado o anonimato dos participantes e das informações coletadas, além de informar que os instrumentos com dados coletados foram utilizados exclusivamente nesse estudo e ficarão sob guarda da pesquisadora.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados apresentados abaixo são o resultado da pesquisa proposta por este estudo.

Tabela 1 – Indicadores utilizados pelos enfermeiros para identificar presença de dor.

<i>Categorias</i>	<i>Citado pelos Enfermeiros</i>	<i>%</i>	<i>Não citado pelos enfermeiros</i>	<i>%</i>
1. Verbalização	9	100,0	0	0
2. Condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor	1	11,1	8	88,8
3. Comportamento do paciente	9	100,0	0	0
4. Relato da dor do paciente por familiar ou amigos próximos	0	0	9	100,0
5. Parâmetros fisiológicos	6	66,6	3	33,3

Fonte: Pesquisa direta: Schnath, Fernanda. Coleta de dados em um hospital escola de Porto Alegre, 2002.

Pode-se constatar que as categorias *verbalização* e *comportamento do paciente* foram citadas por todos enfermeiros. A categoria *parâmetros fisiológicos* aparece a seguir citado por 6 enfermeiros (66,6%), e apenas 1 sujeito (11,1%), citou a categoria *condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor*.

Nenhum dos sujeitos responderam que utilizam a categoria *relato da dor do paciente por familiar ou amigos próximos* como indicador da presença de dor.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a elaboração do projeto deste estudo, acreditava que todos os enfermeiros utilizavam o relato verbal, o comportamento do paciente e parâmetros fisiológicos para identificar a presença de dor, por serem dados objetivos e por nossa formação estar muito voltada para a evidência dos fatos.

Os resultados desta pesquisa mostram que os enfermeiros valorizam o relato verbal do paciente, comprovando a afirmação de vários autores de que o melhor e mais confiável indicador da presença de dor é a verbalização (Bernardo, 2000; McCaffery & Pasero, 1999; APS, 1999; AHCPR, 1992).

Apesar disso, cabe lembrar que Christoph (1994) ressalta a importância de se utilizar outros indicadores da presença de dor, especialmente em unidades de recuperação pós-anestésica, onde os pacientes apresentam freqüentemente alteração do sensório, presença de tubos e/ou ventilação mecânica, dificultando ou até impedindo seu relato verbal.

Podemos lembrar ainda dos pacientes impossibilitados de se comunicar adequadamente, como as pessoas psicóticas ou com baixo nível educacional e cultural, crianças, idosos e aqueles que não falam português. Além disso, existem os pacientes que negam a presença da dor ou o tratamento analgésico (McCaffery e Pasero, 1999; Sofaer, 199_). Por isso, a necessidade de se utilizar o maior número de indicadores da presença de dor.

Assim como o relato do paciente, o comportamento é utilizado por todos enfermeiros que participaram da pesquisa. Aurélio (1986) e Lowen (apud Dychtwald, 1984), afirmam que a expressão corporal é a exteriorização das manifestações do nosso comportamento. Já Darwin (2000) e Bonica (1990), enfatizam a expressão facial de dor e de sofrimento. Barros e cols. (2002) sugerem que as pessoas utilizam artifícios, conscientes ou inconscientes, implícitos no seu comportamento. Teixeira e Pimenta (1994) relatam que esses comportamentos adotados são para afastar ou eliminar a sensação dolorosa.

Vários autores versam sobre a influência dos aspectos culturais na expressão das sensações dolorosas do indivíduo. Helman (1994) destaca os tipos de reações à dor; já Zborowski (apud Helman, 1994), reforça as diferenças entre os grupos étnicos. Leininger (apud George, 2000) conceitua enfermagem transcultural e fala da importância do enfermeiro conhecer e respeitar diferentes culturas.

Baseado em sua experiência clínica, Bonica (1990) diz que o comportamento, mais do que qualquer outro indicador fisiológico, é o que define a gravidade da sensação dolorosa do paciente para a equipe.

Os indicadores fisiológicos apareceram nesta pesquisa de forma significativa, mostrando que em sua rotina diária, os enfermeiros utilizam esses componentes fisiológicos para identificar a presença de dor.

As manifestações fisiológicas ou respostas autonômicas como o aumento dos níveis tensionais, aumento das frequências cardíaca e respiratória, sudorese entre outras, podem não estar presentes pois ocorrem períodos de adaptação fisiológica mesmo na dor intensa. Portanto, o paciente pode estar sofrendo e apresentar sinais mínimos ou ausentes de dor (Bernardo, 2000; McCaffery & Pasero, 1999; Christoph, 1994; Bernardo, 199_).

Acreditava também, que a participação de familiares no relato da dor do paciente não apareceria de forma expressiva, já que não são todas as equipes de

saúde que permitem a participação familiar. Entretanto, em minha percepção, o familiar é, em geral, o melhor conhecedor do paciente e deveria participar no fornecimento de informações quando o paciente não puder verbalizar, corroborando com McCaffery e Pasero (1999).

Confirmando minhas expectativas, nenhum dos enfermeiros citou utilizar o relato do familiar para indicar a presença de dor no paciente. Em minha prática na unidade, percebi que a equipe preocupa-se em manter um bom relacionamento entre equipe/paciente/família e com o estado emocional da mesma. Permitem visitas na unidade e preocupam-se em tranquilizar a família, entretanto, não usam as informações que esta poderia fornecer em relação ao comportamento do paciente frente à dor.

Além de cumprir metas humanitárias (PNHAH, 2001; Estram, Kerwald e Echer apud Lima, 2000), a participação da família no tratamento da dor só traz benefícios; o paciente e seu familiar se sentirão respeitados, valorizados e membros do processo de cuidado.

O enfermeiro deve valorizar a família, pois ela é a unidade básica de saúde para seus membros (Elsen, 1994). Para Bochs (1994), ao cuidar do paciente, membro de uma família, o enfermeiro utiliza suas percepções e procura entender as percepções da família.

O dado deste estudo que mais me surpreendeu foi que apenas um dos enfermeiros entrevistados citou fazer uso da categoria condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor para identificar a presença de dor. Figueiró (2000) relata que a presença de patologias prévias pode afetar na manifestação e na intensidade da dor pós-operatória.

Apesar disso e baseada em minhas vivências na unidade, sinto que os enfermeiros preocupam-se com o fato do paciente apresentar patologias prévias ou não ter recebido analgesia preventiva em sala cirúrgica. Isto é, na prática executam,

mas não registram estas situações ou não registraram no instrumento deste estudo. Talvez essa prática esteja tão enraizada em suas rotinas, que permanece implícita nos cuidados de enfermagem em pós-operatório e não percebem ou valorizam esse dado.

A utilização de adequadas técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como a manipulação delicada dos tecidos, duração da cirurgia, uso de material apropriado e a prevenção de hematomas e infecções, minimizam o traumatismo e a dor pós-operatória (Teixeira e Pimenta, 2001). Espera-se que todo enfermeiro que atue em área cirúrgica reconheça que a manipulação de órgãos e tecidos gera dor no pós-operatório.

A dor como “quinto sinal vital”, introduzido na folha de sinais vitais, é uma prática que ocupa espaço importante nas atividades diárias do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em unidade de recuperação pós-anestésica e daí se deduz, que este profissional precisa se manter capacitado para assegurar uma assistência de enfermagem adequada aos pacientes com este problema.

Além disso, este profissional precisa conhecer sobre dor, os benefícios de seu tratamento e os efeitos deletérios da dor não tratada (Bernardo, 2000; Andrade, 2000; McCaffery e Pasero, 1999).

7. CONCLUSÕES

Os resultados apontaram que todos enfermeiros (100%) utilizam a *verbalização* e o *comportamento do paciente* como indicador da presença de dor. Mais da metade dos enfermeiros (66,6%) citaram os *parâmetros fisiológicos* e apenas um dos entrevistados (11,1%), observa *condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor*. Nenhum dos enfermeiros referiu utilizar a categoria *relato da dor do paciente por familiar ou amigos próximos* para identificar a presença de dor.

Assim, de acordo com o referencial teórico utilizado, o estudo mostrou que os enfermeiros da amostra citaram de forma significativa três dos cinco indicadores propostos por McCaffery e Pasero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PAIN SOCIETY. **Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain**. 4th ed. Glenview: APS, 1999.
- * 2. ANDRADE, M. P. Dor pós-operatória: conceitos básicos de fisiopatologia e tratamento. **Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, São Paulo, vol.2, n.2, abr.-jun. 2000.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação – referências – elaboração (NBR 6023)**. Rio de Janeiro: ABNT, ago. 2000.
4. AURÉLIO, B. H. F. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
5. BARROS, A. L. B. L. e cols. **Anamnese e exame físico**. Artes Médicas: Porto Alegre, 2002.
- * 6. BERNARDO, C. L. E. O papel da enfermagem. In: DRUMMOND, J. P. **Dor Aguda: Fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
7. BERNARDO, C. L. E. **Dor: o ensino do tema em cursos de graduação em enfermagem na região sudeste do Brasil**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- * 8. BERNARDO, C. L. E. História, definições e taxonomia da dor. In: BERNARDO, C. L. E; CHAVES, L. D; MORAES, T. M. **Curso de dor para enfermagem**. Centro Rhodia de Estudos Médicos e Sociais, [199_].
9. BOEHS, A. E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: ELSEN, I.; PENNA, C. M.; ALTHOLFF, C. R. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

11. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
12. CARVALHO, M. M. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
13. CHAPMAN, C. R.; TURNER, J. A. Psychologic and phycosocial aspects of acute pain. In: BONICA, J. J. **The management of pain**. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.
14. CHRISTOPH, S. B. Assessment and management of postoperative pain. In: DRAIN, C. B. **The post anesthesia care unit**. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1994.
15. DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
16. DRUMMOND, J. P. **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
17. DYCHTOWALD, K. **Corpomente**. São Paulo: Summus, 1977.
18. ELSÉN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSÉN, I.; PENNA, C. M.; ALTHOLFF, C. R. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
19. FIGUEIRÓ, J. A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.
20. FIGUEIRÓ, J. A.; TEIXEIRA, M. J. Aspectos psicossociais relacionados à dor. In: TEIXEIRA, M. J. **Master dor – fascículo 1**. São Paulo: Limay, 1994.
21. GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
22. GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2000.
- *23. GUIMARÃES, S. Introdução ao estudo da dor . In: CARVALHO, M. M. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
24. HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
25. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN (IASP). Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms>>. Acesso em: 2 jun. 2002.

- *26. LEMONICA, L. Conceitos farmacocinéticos na terapêutica da dor. **Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, São Paulo, vol.2, n.2, abr.-jun. 2000.
27. LIMA, L. B. Percepções dos enfermeiros frente as informações fornecidas aos familiares de pacientes em unidade de recuperação pós-anestésica. In: SEMANA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2002, Porto Alegre. **Anais...** . Porto Alegre: Gráfica do HCPA, 2002.
- *28. McCAFFERY, M.; PASERO, C. **Pain: clinical manual**. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1999.
- *29. PASIN, S.; CASTRO, I. Reconhecendo a dor aguda como quinto sinal vital. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO HCPA, 9., 2000, Porto Alegre. **Anais ...** . Porto Alegre: Gráfica do HCPA, 2000.
30. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- *31. READY, L.B.; EDWARDS, W.T. **Tratamento da dor aguda**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
32. RICHARDSON, R. J. e cols. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.
33. SOFAER, B. **Dor: manual prático**. 2^o ed. Rio de Janeiro: Revinter, 199_.
34. TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.
35. TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C. A. M. Dor aguda e pós-operatória. In: **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.
36. TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C. A. M.; CORREA, F.C. **Dor: Conceitos Gerais**. São Paulo: Limay, 1994.
37. UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Acute pain management in adults: operative procedures**. Quick reference guide for clinicians. Rockville: AHCPR, 1992.
38. WOLTER, T.; AHERN, D. Procedimientos no farmacológicos: aspectos psicosociales del dolor. In: BORSOOK, D.; LEBEL, A.; McPEEK, B. **Massachusetts General Hospital – tratamiento del dolor**. Philadelphia: Lippincott-Raven Pub, 1999.

ANEXO A

Instrumento para Coleta de Dados

Indicadores Utilizados pelos Enfermeiros para Identificar Dor

Eu, Fernanda Schnath, sob orientação da Profª Vera Portella, estou desenvolvendo um estudo sobre “Indicadores Utilizados pelos Enfermeiros para Identificar Presença de Dor” em pacientes cuidados na unidade de recuperação pós-anestésica.

O objetivo desse estudo é verificar os indicadores utilizados pelos enfermeiros para identificar a presença de dor no paciente em unidade de recuperação pós-anestésica de um hospital escola em Porto Alegre.

Este trabalho contribuirá para assegurar ou aprimorar a assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório que sofrem por dor aguda.

Será assegurado o anonimato das informações. Após a análise dos dados, os instrumentos ficarão sob guarda da pesquisadora.

Para maiores esclarecimentos, entre em contato com a pesquisadora pelo telefone: 99165746.

Caso você concorde em participar do estudo, responda a questão abaixo.

Atenciosamente,
Fernanda Schnath

1. Em sua prática diária na unidade de recuperação pós-anestésica, quais indicadores você utiliza para identificar a presença de dor no paciente?

ANEXO B

Instrumento para Tratamento dos Dados

<i>Categorias</i>	<i>Citado pelos enfermeiros</i>	<i>Não citado pelos enfermeiros</i>
1. Verbalização		
2. Condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor		
3. Comportamento do paciente		
4. Relato da dor do paciente por familiar ou amigos próximos		
5. Parâmetros fisiológicos		