

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SILVANA SILVA DOS SANTOS

**REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE DOR EM PRONTUÁRIOS DE
PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

Porto Alegre

2015

SILVANA SILVA DOS SANTOS

**REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE DOR EM PRONTUÁRIOS DE
PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Tolfo Silveira

Porto Alegre

2015

RESUMO

É comum a queixa de dor entre pacientes renais crônicos submetidos à terapia renal substitutiva. São de competência da equipe de enfermagem a avaliação e o manejo da dor. Assim, cabe aos profissionais mensurar a queixa, aplicar terapêutica analgésica prescrita e, após, avaliar a eficácia obtida, registrando sistematicamente a assistência prestada no prontuário do paciente. O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar os registros de enfermagem quanto à avaliação da dor em prontuários de pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital universitário de Porto Alegre. Estudo descritivo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado através da coleta de dados em prontuários físicos de 48 pacientes adultos em hemodiálise, atendidos em regime ambulatorial, totalizando a observação dos registros da equipe de enfermagem em 385 sessões hemodialíticas. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob o número 14-0649. Os resultados apontaram que em 16,1% (n=62) os registros de queixas algícas estavam presentes. Os registros de enfermagem sobre dor e analgesia foram observados em 14,0% (n=54) dos documentos. Nos registros de enfermagem, em 11,1% (n=43) havia algum tipo de inadequação, caracterizando-os como incompletos. Conclui-se que embora a assistência seja prestada, o registro da avaliação da dor é muitas vezes realizado de forma incompleta ou inadequada. O estudo aponta a necessidade de capacitação permanente da equipe de enfermagem e investimentos em novas tecnologias, visando à otimização e qualidade dos registros de enfermagem.

Descritores: Avaliação da dor, manejo da dor, diálise renal, registros de enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra de pacientes submetidos à hemodiálise. Porto Alegre, 2015.....16

Tabela 2: Caracterização dos registros de enfermagem sobre dor em pacientes submetidos à hemodiálise. Porto Alegre, 2015.....18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
4 MÉTODO.....	13
4.1 Tipo de estudo.....	13
4.2 Campo de estudo.....	13
4.3 População e amostra.....	13
4.4 Coleta de dados.....	14
4.5 Análise dos dados.....	14
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
5.1 Análise de riscos e benefícios.....	15
6 RESULTADOS.....	16
7 DISCUSSÃO.....	20
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A – instrumento de Coleta de Dados.....	28
ANEXO I – Aprovação pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	29
ANEXO II – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....	30
ANEXO III – Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	31

1 INTRODUÇÃO

Ao avaliar o padrão epidemiológico mundial atual, podemos observar que um padrão de doenças infecto-contagiosas deixa de existir, para dar espaço a doenças crônicas não transmissíveis. A doença renal crônica é um exemplo deste cenário, em que as principais causas de falência renal, em nível mundial, são a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 e 2 (BORGES; BEDENDO; FERNANDES, 2013). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e o Censo Brasileiro de Nefrologia de 2013, no Brasil existem aproximadamente 100 mil pacientes em diálise, e este número deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano (BORGES; BEDENDO; FERNANDES, 2013).

Durante a realização de estágio assistencial na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de outubro de 2013 a agosto de 2014, foi possível acompanhar alguns pacientes ambulatoriais com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Semanalmente, estes enfrentam três sessões de hemodiálise, com duração de quatro horas.

É comum a queixa de dor entre estes pacientes, podendo surgir na forma crônica ou aguda. É de competência da equipe de enfermagem a avaliação e o manejo da dor. Assim, cabe a esses profissionais aplicar corretamente escalas para mensurar a queixa, registrar sistematicamente a informação no prontuário do paciente, aplicar terapêutica analgésica conforme prescrição médica e, após, avaliar a eficácia obtida, novamente registrando o relato do paciente.

Fontes e Jaques (2007) apontam que pacientes que têm a dor avaliada e registrada sistematicamente manifestam uma redução nos episódios de dor quando comparados com pacientes não avaliados, caracterizando assim uma assistência de melhor qualidade e mais efetiva. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (APS) estabeleceram diretrizes para avaliar e registrar o que denominam como “Quinto sinal vital”, sendo necessário avaliar a localização, a intensidade e a característica da dor referida pelo paciente (FONTES; JAQUES, 2007).

De acordo com Fontes e Jaques (2007) e Nascimento e Kreling (2008), baseados nas recomendações da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), a avaliação da queixa dolorosa deve ser realizada durante

toda a estadia em uma instituição hospitalar, incluindo a caracterização do local, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade do sintoma, fatores de piora e melhora, além da administração ou não de analgésicos, e deve ser registrada em instrumentos próprios de cada instituição. A JCAHO é uma entidade norte-americana de avaliação das instituições de saúde internacionalmente, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (NASCIMENTO; KRELING, 2008). Recentemente a JCAHO concedeu ao HCPA a acreditação e certificação pelo atendimento dos critérios exigidos para seguir padrões internacionais de qualidade e segurança.

Diante do exposto, bem como da necessidade dos profissionais aperfeiçoarem a avaliação e os registros de enfermagem quanto à dor durante as sessões de hemodiálise, este estudo buscará responder à seguinte questão: “A dor de pacientes em sessões de hemodiálise é avaliada e gerenciada de forma adequada conforme os padrões da JCAHO?”

Na tentativa de responder as questões apontadas, este trabalho propõe-se a avaliar os registros de enfermagem sobre dor em pacientes hemodialisados na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2 OBJETIVOS

Serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do presente trabalho no decorrer desta seção.

2.1 Objetivo geral

Avaliar os registros de enfermagem quanto à avaliação e tratamento da dor descrita em prontuários de pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital universitário de Porto Alegre.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico da amostra estudada, observando idade, sexo, raça, escolaridade, doença de base, tratamento hemodialítico e acesso vascular.

Avaliar se está sendo aplicada a conduta terapêutica analgésica prescrita a cada paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Os rins têm a função de regular a água do organismo e outros elementos químicos do sangue como o sódio, o potássio, o fósforo e o cálcio; excretar medicamentos e toxinas introduzidos no organismo; e liberar renina e eritropoietina, hormônios importantes para regular a pressão sanguínea, fabricar células vermelhas do sangue e fortalecer os ossos (BRASIL, 2011).

Quando os rins deixam de realizar suas funções básicas, é diagnosticada a insuficiência renal, podendo ser aguda (IRA), quando a perda da função renal ocorre de forma súbita e rápida, ou crônica (IRC), quando esta perda é lenta, progressiva e irreversível. A perda da função renal maior do que 85 a 90%, denominada insuficiência renal crônica terminal, leva ao aumento de toxinas e água no organismo, sendo necessário, então, iniciar algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2011).

De acordo com Szuster et al (2012) e Borges, Bedendo e Fernandes (2013), para os pacientes portadores de insuficiência renal crônica terminal, atualmente, a hemodiálise é a terapêutica de maior alcance. Para o processo de hemodiálise, é necessário um acesso vascular, por onde o sangue é retirado lentamente do organismo para ser filtrado. O local e tipo de acesso podem variar de acordo com a duração do tratamento, condições clínicas e preferência do paciente. A cateterização é realizada nas veias subclávia, jugular ou femoral, com a introdução de um cateter plástico, que pode ser de curta ou longa permanência. O enxerto arteriovenoso (EAV) é uma prótese sob a pele, onde a extremidade distal é suturada a uma artéria e a proximal a uma veia. Mas o acesso com maior cobertura é a fístula arteriovenosa (FAV), a anastomose de uma artéria com uma veia (PEREIRA et al, 2013).

Em um sistema de circulação extracorpórea, o sangue é bombeado por uma máquina dialisadora, onde passa por um filtro, composto por membrana semipermeável no qual se encontram o sangue e o dialisado, assim, por um processo de difusão, são retiradas as toxinas e a água que estão em excesso, retornando para o organismo. A hemodiálise é prescrita conforme a necessidade do paciente, sendo realizada, normalmente, três vezes por semana e com duração de aproximadamente três a quatro horas (BRASIL, 2011).

O tratamento hemodialítico, que muitas vezes é iniciado após um diagnóstico súbito de DRC, acaba por comprometer não só o físico do paciente, mas também o psicológico, havendo repercussões pessoais, familiares e sociais. Pereira et al (2013) afirmam que, além da situação do paciente ver-se obrigado a alterar sua rotina para frequentar um local que ofereça diálise, as manifestações clínicas decorrentes da doença também são responsáveis por tais repercussões. O paciente pode apresentar HAS, anorexia, vômito, alterações no nível de consciência, agitação, desconforto intenso e dor, incluindo ainda as complicações da hemodiálise, como câimbra muscular dolorosa, embolia gasosa, infecções, entre outras. White e Fitzpatrick (2006) afirmam que a dor em pacientes em tratamento hemodialítico geralmente surge associada à comorbidades e que, nesses casos, o controle da dor é vital.

A definição de dor internacionalmente aceita é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP) que diz: “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. A dor é sempre subjetiva.” (HENNEMANN-KRAUSE, 2012, p. 27).

A dor pode ter muitas causas e é classificada conforme: tipo de dor (aguda ou crônica); mecanismo fisiopatológico (nociceptiva, neuropática ou simpaticomimética); e características (pulsátil, em peso, em pressão, em cólica, latejante, em queimação ou em “ferroada”, intermitente ou persistente, com início súbito ou insidioso). É uma experiência única e pessoal e, não há linguagem padrão para descrevê-la, variando dentro de uma mesma família ou grupo cultural (BRASIL, 2001).

Assim, é difícil para alguém descrever a própria dor e impossível conhecer exatamente a experiência de dor de outra pessoa. O indivíduo pode enfrentar dificuldade para encontrar uma linguagem que descreva sua dor não só por ser uma experiência sem semelhança com qualquer sensação prévia, como pela presença de seus componentes emocional, social e espiritual (BRASIL, 2001).

A dor pode ser completamente aliviada em 80% a 90% dos pacientes e um nível aceitável pode ser alcançado na maioria dos restantes. O alívio da dor é uma questão humanitária, e deixar uma pessoa com dor e sofrimento que podem ser evitados deve ser visto como uma violação aos direitos humanos fundamentais (HENNEMANN-KRAUSE, 2012). A equipe de enfermagem é quem efetivamente convive mais tempo com o indivíduo em ambiente hospitalar, assim, é necessário

que os profissionais saibam efetuar uma correta avaliação da dor, para então buscar intervir corretamente e monitorar a eficácia dessas intervenções. (PEDROSO, CELICH, 2006).

Conforme Saça et al (2010), não tratar a dor pode causar efeitos lesivos. Os fármacos que aliviam a dor como sintoma são nomeados analgésicos, mas não eliminam sua causa. Assim, quando há analgesia efetiva, apesar do estímulo doloroso permanecer, a dor não é sentida, gerando melhores resultados no tratamento.

De acordo com Bottega e Fontana (2010), avaliar a dor e empregar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem estar ao sujeito, podem ser considerados como dispositivos capazes de promover a saúde. A escala de descritores verbais diferenciais, o Questionário McGill de avaliação da dor, a teoria da detecção do sinal e a escala de categoria numérica/verbal e visual analógica, são exemplos de ferramentas de aplicação rápida e fácil, utilizadas para avaliar a dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A avaliação da dor também inclui o registro das informações colhidas e das estratégias utilizadas para seu controle. Ao registrar os dados relacionados ao manejo da dor a equipe de enfermagem permite que os mesmos sejam compartilhados entre os diversos turnos e a equipe multiprofissional, possibilitando a continuidade do cuidado e uma melhor assistência (TACLA; HAYASHIDALL; LIMA, 2008).

De acordo com Silva e Pimenta (2003), a partir de 2001 a JCAHO incluiu o gerenciamento da dor como item a ser avaliado na acreditação de instituições de saúde. Assim, surgiu o movimento que garante ao paciente o direito de ter sua queixa dolorosa adequadamente avaliada, gerenciada e registrada. A avaliação da dor inclui a caracterização do local, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade do sintoma, havendo o registro sistemático dessas informações no prontuário do paciente (SILVA; PIMENTA, 2003).

Os registros de saúde efetuados em prontuários são importantes na prática clínica devido à necessidade dos profissionais recorrerem à história clínica e evolutiva para um adequado acompanhamento dos pacientes. Prontuário é definido como:

Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos

e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008, p.173).

Na Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução COFEN Nº 429/2012 normatiza o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos, seja por meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico. Determina em seu Art. 2º:

“[...] **Art. 2º** Relativo ao processo de cuidar, e em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, deve ser registrado no prontuário do paciente:

- a)** um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b)** os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c)** as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d)** os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. [...]” (DOU, 2012, p.288)

Todos os registros devem ser realizados de forma completa, legível, objetiva, organizada e concisa, permitindo sua localização, leitura e identificação de autoria. Atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, visto que, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Santos (2004) diz que documentos são fontes de informação, sendo obras originais de qualquer natureza e que o uso dessas fontes caracteriza a pesquisa como pesquisa documental. Polit e Beck (2011) afirmam que o propósito dos estudos descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação. LoBiondo-Wood e Haber (2001) conceituam estudos retrospectivos como sendo aqueles onde a variável dependente já foi afetada pela variável independente, e o investigador tenta ligar acontecimentos presentes com os que aconteceram no passado.

4.2 Campo de estudo

Os dados foram coletados na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A unidade atende pacientes internados e/ou ambulatoriais - oriundos do Sistema Único de Saúde ou de convênios - agudos ou crônicos, com necessidade de TRS. Conta com o serviço de hemodiálise, diálise peritoneal, programa de transplante renal, além do Laboratório de Urodinâmica. Os ambulatórios de Tratamento Pré-dialítico, Transplante Renal e Diálise Peritoneal têm suas respectivas agendas atendidas por enfermeiras.

4.3 População e amostra

Foram avaliados os registros semanais da equipe de enfermagem após 385 sessões de hemodiálise, constantes nos prontuários de 48 pacientes atendidos em regime ambulatorial na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de janeiro a março de 2015.

Participaram deste estudo prontuários de pacientes adultos (idade igual ou maior de 18 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de insuficiência renal crônica e que estivessem sendo submetidos ao tratamento hemodialítico três vezes

por semana. Foram excluídos os prontuários de pacientes que deram início ao tratamento após janeiro de 2015.

A estimativa do tamanho amostral foi calculada a partir de um cálculo de proporções utilizando o programa *WinPepi* v11.32, com nível de confiança de 95%, probabilidade de erro de 5% e proporção de 50%.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados após as sessões de hemodiálise, por meio da busca ativa dos registros manuais de enfermagem, em formulários próprios da instituição, que compõem os prontuários dos pacientes. Utilizou-se um instrumento de coleta (Apêndice A) composto por dados de identificação (idade, sexo, raça, escolaridade), dados referentes à IRC (tempo em hemodiálise, tipo, localização e tempo de uso do acesso atual) e patologias diagnosticadas.

A análise do gerenciamento da dor, bem como da qualidade e adequação dos registros de enfermagem, foi realizada de acordo com as recomendações da JCAHO, incluindo a caracterização da dor, do local e da intensidade, entre outros, constantes no instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. De acordo com Polit e Beck (2011) a estatística descritiva é usada para sintetizar e descrever dados, sendo que o conjunto de dados pode ser descrito de acordo com a forma de distribuição dos valores, a tendência central e a variabilidade.

Os critérios utilizados para análise da qualidade dos registros tiveram como base aqueles preconizados pela JCAHO, conforme especificado na revisão de literatura desse trabalho.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram respeitados, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (Anexo II), sob o número 14-0649. Foi utilizado o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo III) do prontuário, para garantir a confidencialidade dos dados, bem como a privacidade dos sujeitos.

5.1 Análise de riscos e benefícios

A análise crítica de riscos e benefícios coloca este estudo dentro dos princípios morais da beneficência, da não maleficência e da justiça. O Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde considera que toda pesquisa que envolve seres humanos envolve risco. A pesquisa previu condições de ser bem suportada pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. A pesquisadora se comprometeu a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do paciente participante da pesquisa e de informar todos os fatos relevantes que alterassem o curso normal do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, se necessário (BRASIL, 2012).

Danos previsíveis foram evitados ou minimizados, assegurando-se que a autonomia dos pacientes submetidos à pesquisa fosse respeitada. A confidencialidade dos dados foi mantida para garantir o anonimato durante a pesquisa e na divulgação dos resultados (BRASIL, 2012).

O presente estudo apresenta relevância social ao servir como base para qualificação dos registros e futuras intervenções de enfermagem, que visem práticas adequadas no gerenciamento da dor para pacientes em tratamento hemodialítico.

6 RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 48 pacientes, resultando na observação dos registros da equipe de enfermagem em 385 sessões hemodialíticas.

Apresentam-se na Tabela 1 os dados de caracterização dos 48 pacientes pertencentes à amostra:

Tabela 1: Caracterização da amostra de pacientes submetidos à hemodiálise. Porto Alegre, 2015.

Variáveis	Total amostra (n=48)	
	n	%
Sexo		
Masculino	28	58,4
Feminino	20	41,6
Idade (anos)		
Média ± desvio padrão	53,9 ± 15,7	
Mediana (amplitude)	53,5 (28,0 – 86,0)	
Doença de base		
HAS	14	29,2
DM tipo 2	9	18,7
Rins policísticos	5	10,4
DM tipo 1	3	6,2
Lúpus eritematoso sistêmico	3	6,2
Glomerulopatias	2	4,2
Litíase renal	2	4,2
Lesão renal	2	4,2
Desconhecida	8	16,7
Tempo de diálise (meses)		
Média ± desvio padrão	76,6 ± 53,6	
Mediana (amplitude)	72,0 (5,0 – 276,0)	
Acesso vascular		
Fístula arteriovenosa	36	74
Enxerto arteriovenoso	6	12,5
Cateter venoso central (longa permanência)	6	12,5
Tempo de funcionalidade do acesso vascular (meses)		
Fístula arteriovenosa		
Média ± desvio padrão	45,6 ± 45,5	
Mediana (amplitude)	36,0 (2,0 – 156,0)	
Enxerto arteriovenoso		
Média ± desvio padrão	27,1 ± 40,3	
Mediana (amplitude)	12 (1,0 – 128,0)	
Cateter venoso central		
Média ± desvio padrão	14,5 ± 10,8	
Mediana (amplitude)	12 (6,0 – 36,0)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Como observado na Tabela 1, a proporção de homens foi de 58,4% (n=28) para 41,6% (n=20) mulheres. Estes foram distribuídos nas seguintes faixas etárias: 5 entre 20-30 anos (10,4%); 5 entre 31-40 anos (10,4%); 9 entre 41-50 anos (18,7%); 13 entre 51-60 (27,1%); 9 entre 61-70 anos (18,7%); 4 entre 71-80 anos (8,3%) e 3 entre 81-90 anos (6,2%). A idade média foi de 53,9 anos (DP=15,7), variando entre vinte e oito a oitenta e seis anos. A escolaridade mais frequente foi o segundo grau completo com 33,4% (n=16). Quanto à cor / raça, 77,1% (n=37) autodeclararam-se brancos.

A HAS foi o principal diagnóstico encontrado como doença de base para DRC (29,2%), seguido por DM tipo 2 (18,7%), rins policísticos (10,4%), lúpus eritematoso sistêmico (LES) (6,2%), DM tipo 1 (6,2%), litíase renal (4,2%) e glomerulopatias (4,2%). Apenas 4,2% foram diagnosticados com lesão renal, em um caso a lesão desenvolveu-se devido à toxicidade por anti-inflamatório não esteróide (AINE), e outro, em função de câncer renal. Em 16,7% dos prontuários o registro apontou etiologia desconhecida.

Tratando-se do tempo em que os pacientes submetem-se à hemodiálise, observou-se que, variando de 5 a 276 meses, a média é de 76,6 meses (DP=53,6), o equivalente a 6 anos e 4 meses em tratamento hemodialítico.

O acesso vascular mais utilizado é a FAV (74%), seguido por EAV (12,5%) e cateter venoso central (CVC) (12,5%) – na amostra, observou-se apenas o uso de CVC de longa permanência. Totalizando vinte e oito acessos no MSE (58,3%), doze no MSD (25%), quatro na VSCE (8,3%), dois no MID (4,2%) e dois na VJD (4,2%).

Observa-se que, quanto ao tipo e tempo de uso do acesso vascular, a média de funcionalidade da FAV ficou em 45,6 meses (DP=45,5), variando de 2 a 156 meses; a média de uso do EAV foi 27,1 meses (DP=40,3), variando de 1 a 108 meses; e a média de uso do CVC de longa permanência foi 14,5 meses (DP=10,8), variando de 6 a 36 meses.

Tabela 2: Caracterização dos registros de enfermagem sobre dor em pacientes submetidos à hemodiálise. Porto Alegre, 2015.

Variáveis	Total amostra (n=385)	
	n	%
Dor		
Não	300	77,9
Sim	62	16,1
Inconclusos	23	6,0
Registros incompletos	43	11,1
Sem caracterização da dor	24	6,2
Sem intensidade da dor	1	0,2
Sem local da dor	1	0,2
Sem reavaliação da dor após analgesia	17	4,4
Administração de analgesia	54	14,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Conforme a Tabela 2, registros de queixas algícas foram encontrados em 16,1% (n=62) dos documentos avaliados. Cabe ressaltar que nos registros em que constava apenas a avaliação da dor no início ou no final da sessão hemodialítica, respectivamente 4,7% (n=18) e 1,0% (n=4), foram contabilizados como inconclusos devido à falta de clareza dos dados sobre a variável dor. Quanto aos dados sobre o gerenciamento da dor, bem como da qualidade e adequação dos registros de enfermagem, observa-se que 11,1% (n=43) dos registros de enfermagem apresentaram algum tipo de inadequação, caracterizando-os como incompletos.

Observa-se que a ausência da caracterização da dor ocorreu em 6,2% (n=24) dos registros. As inadequações incluíam ainda, a não especificação da intensidade da dor em 0,2% (n=1) e a descrição do local em 0,2% (n=1).

Por tratar-se da avaliação de documentos pertencentes a prontuários tradicionais (papel), onde a equipe de enfermagem realiza seus registros manualmente, constataram-se inadequações também quanto à legibilidade (0,8%) e a inexistência do registro sobre a dose de analgesia administrada (1,5%).

Num total de 62 sessões hemodialíticas (n=385) em que os pacientes referiram dor, o registro de administração de medicação foi observado em apenas 54 documentos. Em 08 documentos, identificou-se nos registros de enfermagem a justificativa da não administração da medicação analgésica. Nestas situações, mesmo com queixas de dor alguns pacientes se negaram a receber medicação,

alegando ter feito uso de analgésico em casa; ou, em caso de dor crônica, que já estavam acostumados com a dor e por isso rejeitaram o manejo farmacológico.

Registros de enfermagem sobre dor e analgesia foram observados em 14,0% (n=54) dos documentos; no entanto, em 4,4% (n=17) destes casos houve o manejo farmacológico sem a presença da reavaliação da dor após a analgesia.

7 DISCUSSÃO

Com uma população predominantemente masculina e com média de idade de 54 anos, o presente trabalho reafirma o perfil epidemiológico encontrado em outras pesquisas desenvolvidas no Brasil por Cherchiglia et al (2010) e Szuster et al (2012).

Alguns autores (CHERCHIGLIA et al, 2010; SZUSTER et al, 2012; SMELTZER et al, 2009) trazem em seus estudos resultados semelhantes em relação à doença de base para DRC como os achados dessa pesquisa. HAS, DM tipo 1 e 2, rins policísticos, glomerulopatias, diagnóstico indeterminado, foram os principais diagnósticos de doença base identificados.

Como observado nos resultados, alguns pacientes permanecem em tratamento hemodialítico por mais de duas décadas. Este achado nos leva a compreender que a modernização das máquinas, a precisão dos exames, o acompanhamento clínico intensivo, a adequação dos parâmetros para diálise, são alguns dos fatores que proporcionam maior sobrevida. Estudo de Szuster et al (2012) afirma que o tempo de sobrevida de pacientes com DRC depende de alguns fatores como sexo, idade, índice de adequação da diálise (Kt/V), hemoglobina (Hb), por exemplo, e que potencializam-se os resultados de sobrevida dos indivíduos quando observa-se um cuidado integrado, realizado por equipes multiprofissionais.

De acordo com a Tabela 1, observou-se que a FAV é o acesso vascular para hemodiálise mais utilizado. Este resultado é confirmado por estudos de Linardi et al (2003), Souza et al (2011) e Pereira et al (2013) nos quais houve uma predominância no uso da FAV. Os autores afirmam que o acesso vascular ideal é aquele que proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta uma sobrevida adequada e tem baixo índice de complicações, características pertinentes à FAV, enquanto enxertos arteriovenosos e cateteres apresentam maior risco para trombose e infecções.

No presente estudo, a curta permanência do acesso venoso central pode ser justificada pelo maior risco de infecção quando comparado a FAV, como encontrado na pesquisa de Silva et al (2014). Tromboses e infecções foram as principais causas de diminuição da sobrevida de fístulas arteriovenosas e cateteres, respectivamente, apontadas em estudo de Souza et al (2011) realizado com crianças e adolescentes em tratamento hemodialítico. Quanto às complicações em FAV, observa-se que o correto manejo e as avaliações sistemáticas do acesso pela equipe assistencial,

minimizam o risco eventual de trombose e infecção, aumentando a sobrevida do acesso (NEVES JUNIOR et al, 2013).

Saça et al (2010) afirmam que a avaliação e registro da dor deve ocorrer simultaneamente com os outros sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), para o conhecimento de todos e direcionamento da conduta terapêutica. Para tanto, a avaliação e os registros de enfermagem sobre dor devem ser sistemáticos, contemplando a caracterização da dor, o local e a intensidade do sintoma, e ser registrado em instrumentos desenvolvidos pela instituição (FONTES; JAQUES, 2007). Considera-se que é possível avaliar as ações assistenciais de enfermagem por meio dos registros realizados, pois refletem a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho.

A instituição hospitalar estudada foi recentemente acreditada pela JCAHO, logo, o gerenciamento da dor, onde a queixa algica deve ser adequadamente avaliada, controlada e registrada, é um dos itens exigidos pela referida organização. No presente estudo observou-se que, embora a dor seja avaliada rotineiramente, os registros de enfermagem são frequentemente realizados de forma incompleta, onde a ausência da caracterização da dor, que se refere à qualidade do sintoma, é a inadequação mais comum. De forma geral, quando o registro é escasso, inadequado ou incompleto, a qualidade da assistência prestada é comprometida, afetando a segurança e a perspectiva de cuidado do paciente, bem como afeta a instituição e a equipe de enfermagem. Organizar, planejar e replanejar a gestão do cuidado, de acordo com as necessidades de cada paciente é fundamental, e registros adequados são essenciais para a continuidade da assistência prestada (SEIGNEMARTIN et al, 2013).

Inadequações quanto à legibilidade foram encontradas em 0,8% dos documentos avaliados. Segundo Vianna (2009) a legibilidade das anotações de enfermagem consiste em escrita legível, completa, objetiva e de fácil entendimento, contendo, no término do registro, nome, sobrenome e o número da inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do profissional responsável. Fontes et al (2006) afirmam que registros imprecisos podem ser interpretados como deficiência da assistência sem que seja verdadeiro, e que a ilegibilidade causa prejuízo ao paciente, desestimula a leitura e compreensão do prontuário por outros profissionais.

Na Tabela 2, observou-se que em 1,5% dos documentos avaliados, não foram encontrados registros de enfermagem referentes à dose da analgesia administrada. Registros incompletos podem conduzir o enfermeiro e sua equipe a tomarem decisões inadequadas, expondo o paciente a riscos. White e Fitzpatrick (2006) afirmam que na DRC a excreção de metabolitos de muitos medicamentos fica prejudicada devido à perda da função renal, elevando o risco de toxicidade. Com isso, as medicações analgésicas devem ser rigorosamente gerenciadas, observando principalmente as doses administradas.

Quanto aos registros de enfermagem com a justificativa de não administração de analgesia, verifica-se a necessidade da equipe assistencial estar ciente da sua responsabilidade frente ao paciente com dor. Medicação ou orientar o paciente a receber a medicação prescrita é essencial para impedir a amplificação do sintoma. O paciente com dor intensa e estresse associado pode ficar incapaz de respirar profundamente e ter um aumento da fadiga e diminuição da mobilidade (SAÇA et al, 2010). Assim, não se deve permitir que o paciente tente tolerar a dor, aguardando a remissão espontânea do sintoma.

A instituição em estudo norteia suas ações assistenciais e administrativas em protocolos operacionais padrão (POP), entre esses o Protocolo Assistencial de Dor em Adultos (HCPA, 2013), que visa normatizar o gerenciamento do cuidado da dor em pacientes adultos. O POP prevê a reavaliação da dor trinta minutos à uma hora após o manejo farmacológico, por meio da mensuração da intensidade (escala analógica visual ou escala numérica verbal). Também preconiza que o tratamento analgésico eficaz é aquele que reduz a intensidade da dor em pelo menos 50% (HCPA, 2013). Pedroso e Celich (2006) apontam que as escalas de dor, além de terem importância na avaliação inicial da intensidade da dor, também devem ser usadas na reavaliação após analgesia, verificando alterações na intensidade ou agravamento dos sintomas. Apesar da normatização da instituição, observou-se a inexistência da reavaliação da dor após analgesia em 4,4% (n=17) dos registros avaliados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar a qualidade dos registros de enfermagem quanto à avaliação da dor, observou-se que, embora a assistência seja prestada, o registro é realizado muitas vezes de forma incompleta ou inadequada.

Acredita-se na importância dos registros de enfermagem para a gestão do cuidado de enfermagem, ressaltando-se a necessidade de maior conscientização dos profissionais quanto ao seu papel diante do paciente com dor. Baseando-se na literatura e legislação, deve-se capacitar e orientar a equipe de enfermagem para registrar a assistência prestada de forma clara, objetiva, completa e legível.

O desenvolvimento deste estudo permitiu verificar que registros inadequados ou incompletos, como no caso da ausência da dose de analgesia administrada, podem comprometer a segurança do paciente, bem como afetar a instituição e a equipe de enfermagem. Assim, reafirma-se a importância de avaliações periódicas das anotações de enfermagem e discussões sobre os resultados encontrados com toda a equipe.

Aplicar a terapia analgésica adequada, reavaliar a dor após a analgesia, e registrar a assistência prestada ao paciente, devem ser atividades comuns em nossa rotina. Para tanto, é essencial prestarmos um cuidado de qualidade, realizando intervenções pertinentes e conduzindo à continuidade dos cuidados de enfermagem, sem prejuízos ao paciente e à equipe.

Conclui-se que embora a assistência seja prestada, o registro da avaliação da dor é muitas vezes realizado de forma incompleta ou inadequada. O estudo aponta a necessidade de capacitação permanente da equipe de enfermagem e investimentos em novas tecnologias, visando à otimização e qualidade dos registros de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, D. F. et al. Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 2, n. 19, p.117-122, fev. 2009. Disponível em: < TTP://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/111/92>. Acesso em: 03 mar. 2015.
- BORGES, P. R. R.; BEDENDO, J.; FERNANDES, C. A. M. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, 2013 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a11v26n5.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2015.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>>. Acesso em: 15 fev 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Insuficiência Renal (Doença Renal Aguda)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/insuficiencia-renal-doenca-renal-aguda/>>. Acesso em: 18 jan 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Insuficiência Renal (Doença Renal Crônica)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < TTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html>. Acesso em: 03 fev 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < TTP://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 fev 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro, RJ, 2001. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>. Acesso em: 15 jan 2015.
- CHERCHIGLIA, M. L. et al . Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 639-49, 2010. Disponível em: < TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- COFEN. Resolução COFEN Nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União (DOU). Brasília, DF, 8 jun 2012, pág. 288, Seção. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Res_429_2012_pag1.pdf>. Acesso em: 03 mar 2015.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, p.481-487, 2007. Disponível em: < http://pt.slideshare.net/kb_fontes/o-papel-da-enfermagem-frente-o-monitoramento-da-dor-como-quinto-sinal-vital>. Acesso em: 12 jan 2015.

FONTES, M. C. F. et al. Análise das anotações do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 3, n. 7, p.70-77, dez. 2006. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/752>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 26-31, 2012. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=323>. Acesso em: 21 jan 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA. Protocolo Assistencial de Dor em Adultos: PRT-009. Porto Alegre: HCPA, abr. 2013. Revisado em out. 2013.

LINARDI, F. et al. Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2003. Disponível em: < [TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 mar 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. T. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07>>. Acesso em: 15 jan 2015.

NEVES JUNIOR, M. A. et al. Acesso vascular para hemodiálise: O que há de novo?. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre , v. 12, n. 3, Sept. 2013 . Disponível em: < [TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492013000300221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492013000300221&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 mar 2015.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2>>. Acesso em: 18 mar 2015.

PEREIRA, M. R. S. et al. Papéis da enfermagem na hemodiálise. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 3, n. 2, p.26-36, jun. 2013. Disponível em: < [TTP://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2186/1670](http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2186/1670)>. Acesso em: 28 fev 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. T. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 3. T. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

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). **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010. Disponível em:< http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso em: 02 mar 2015.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.14, n.6, p.123-32, 2013. Disponível em:< <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352>>. Acesso em: 20 mar 2015.

SILVA, P. L. N. et al. Prevalência de infecções em cateter de duplo lúmen em um serviço de nefrologia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Pernambuco, v. 8, n.7, p.1882-7, 2014. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5577/9476>>. Acesso em: 22 mar 2015.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 109-18, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/13.pdf>>. Acesso em: 21 jan 2015.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner e Suddart, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.11. T. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, R. A. et al . Avaliação do acesso vascular para hemodiálise em crianças e adolescentes: um estudo de coorte retrospectivo de 10 anos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 422-30, 2011. Disponível em:< [TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar 2015.

SZUSTER, D. A. C. et al . Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, Mar. 2012 . Disponível em: < [TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 mar 2015.

TACLA, M. M.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 289-95, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a02v61n3.pdf>>. Acesso em 14 jan 2015.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 173-82, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2015.

VIANNA, A. E. **Auditoria em enfermagem: uma análise dos registros**. 2009. 50 f. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Auditoria em Saúde, Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – Facisa, Pelotas, 2009.

WHITE, Y.; FITZPATRICK, G.. Dialysis: prolonging life or prolonging dying? Ethical, legal and professional considerations for end of life decision making. **Journal Of Renal Care**, Malden, v. 2, n. 32, p.99-103, mar-apr. 2006. Disponível em: < [TTP://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00460.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-6686.2006.tb00460.x/pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2015.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Número (código):____

Idade: ____ anos e ____ meses. Sexo: (1) F (2) M

Cor / raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena

Escolaridade:

Tempo em hemodiálise: ____ anos e ____ meses.

Tipo de acesso: (1)FAV (2)EAV (3)Cateter

Localização do acesso: (1) MSD (2) MSE (3) MID (4) MIE (5) VJD
(6) VJE (7) VSCD (8) VSCE

Tempo de uso do acesso atual: ____ anos e ____ meses.

Patologia principal:

Outras patologias:

Modalidade de tratamento: HD ____x/sem.

Data: ____/____/____

Registros Prontuário / VARIÁVEIS DOR	SIM	NÃO	INCOMPLETO
Caracterização do local			
Intensidade			
Qualidade do sintoma			
Conduta analgésica			
Reavaliação			
Legibilidade			

ANEXO I – Aprovação pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Denise Tolfo Silveira

Dados Gerais:

Projeto Nº:	28244	Título:	REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE DOR E A GESTAO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	05/01/2015	Previsão de conclusão:	31/07/2015
Situação:	Projeto em Andamento				
	Não possui projeto pai		Não possui subprojetos		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado com linha temática: Enfermagem em Nefrologia			
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Avaliar a qualidade da avaliação da dor e dos registros de enfermagem sobre esta avaliação constantes no prontuário de pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital universitário de Porto Alegre.</p> </div>				

Palavras Chave:

DOR
HEMODIALISE
REGISTROS DE ENFERMAGEM

Equipe UFRGS:

Nome: DENISE TOLFO SILVEIRA
Coordenador - Início: 05/01/2015 Previsão de término: 31/07/2015

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 03/12/2014 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 22/11/2014

ANEXO II – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE DOR E A GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Denise Tolfo Silveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39599914.5.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 933.946

Data da Relatoria: 13/01/2015

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 06/01/2015 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Projeto cadastrado no sistema WebGPPG sob número 14-0649.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 16 de Janeiro de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

ANEXO III - Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE DOR E A GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	Cadastro no GPPG
---	-----------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Denise Tolfo Silveira	
Silvana Silva dos Santos	