

A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

Pain as 5th vital sign: role of the nursing staff in a private hospital with management of Basic Health Unit

Camila Simões Saça¹, Fernando Antero do Carmo¹, Juliana Priscila Silva Arbuleia¹, Regiane C. Xavier de Souza¹, Silvana Aparecida Alves¹, Beatriz Ângelo Rosa¹

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Jundiaí – SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Classificar a dor como 5º sinal vital sugere que sua avaliação seja automática, como outros sinais vitais. Sendo necessário que a equipe de enfermagem seja conhecedora de sua responsabilidade frente ao paciente com dor, avaliando, fazendo intervenções adequadas. O objetivo do estudo foi verificar se a dor é abordada sistematicamente como 5º sinal vital. **Métodos** – Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, exploratória, correlacional com abordagem quantitativa na unidade de clínica médica de um hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma cidade do interior de São Paulo. Os sujeitos foram 50 pacientes e 50 membros da equipe de enfermagem que concordaram em participar da pesquisa. Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados, dois para os pacientes e dois para a equipe de enfermagem. **Resultados** – Os resultados apontaram uma população predominante do sexo masculino com internação em clínica cirúrgica, evidenciou-se que eles consideram que são prontamente atendidos quando estão com dor, porém nunca foram avaliados sistematicamente. A equipe de enfermagem teve predominância pelo sexo feminino, auxiliares e técnicos de enfermagem, com média de tempo de formado de 5 anos, relatam que atendem prontamente o paciente com dor, o método mais utilizado para a avaliação da dor é o relato verbal, somente 52% a avalia juntamente com os SSVV. **Conclusões** – As instituições devem treinar e/ou criar comissões para o controle da dor, mostrando a importância de sua verificação junto com os SSVV diversas vezes ao dia, evitando o sofrimento do paciente.

Descritores: Dor; Medição da dor; Enfermagem; Papel do profissional de enfermagem; Recursos humanos de enfermagem no hospital

Abstract

Objective – Rating pain as the 5th vital sign suggests that pain assessment is automatic, as well as other vital signs. There is need for the nursing staff is cognizant of its responsibility towards the patient with pain, evaluating, making appropriate interventions to alleviate it and providing humane treatment. The aim of this study was to determine if the pain is addressed systematically as the 5th vital sign. **Methods** – This is a type of descriptive research, exploratory, correlational and quantitative approach to an emergency medical clinic of a private hospital with management of Basic Health Unit, a city in the interior of São Paulo. The subjects were 50 patients and 50 members of the nursing staff who agreed to participate. We used four instruments to collect data for two patients and two to the nursing staff. **Results** – Results show that the population is predominantly male, with internment in clinical, surgical instrument used in patients showed that they consider that they are readily seen when they are in pain, but have never been systematically evaluated in relation to the size of this pain. The nursing staff was predominantly adult female assistants and nursing technicians, with an average length of education for 5 years, report that readily meets the patient in pain, however, the predominant method of pain assessment is the verbal report, only 52% rate the pain along with the SSVV. **Conclusions** – The institutions should train and / or set up committees for pain control, thus showing the importance of verifying the pain along with the SSVV several times a day, this way the medical staff can determine the correct medication and dosage for the treatment adequate pain, avoiding the suffering of the patient.

Descriptors: Pain; Pain measurement; Nursing; Nurse's role; Nursing staff, hospital

Introdução

A palavra Dor tem origem do grego *algos* e do latim *dolor*, que originou os termos *dolore* em italiano, *doleur* em francês, *pain* em inglês e dor em português¹.

A dor é conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais, incluindo a participação de mecanismos relacionados a aspectos discriminativos, fatores emocionais e ao simbolismo das sensações em geral, não sendo aplicados a crianças em fase pré-verbal, indivíduos com transtornos cognitivos e outras condições particulares¹.

Desde os primórdios da civilização, a dor foi e continua sendo uma das maiores preocupações da humanidade. De acordo com registros gráficos da Pré-história e com vários documentos escritos posteriormente, o ser humano procura explicar as razões que justificam a ocorrência da dor e desenvolver uma metodologia destinada ao seu controle¹⁻².

Com o tempo os povos passaram, progressivamente a utilizar argumentos lógicos para justificar ambos os tipos de dores, a dor por causas externas e internas. A observação do que ocorria naturalmente proporcionou ao homem elementos para combater a dor e as doenças¹.

Observava-se que quando o ser humano ingeria certos tipos de frutas ou ervas, passavam a sentir sonolência ou excitação, assim induzindo o homem a utilizar manipulações dessas ervas, inicialmente, como instrumentos analgésicos².

Aristóteles entre 384-322 a.C. formou o conceito das sensações da dor e Platão, apontou cinco sensações: visão, audição, gustação, olfato e tato; a dor seria a paixão da alma. Imaginava-se que a dor era sentida no coração, seria uma paixão de espírito, um sentimento, uma vivência oposta ao prazer ou desprazer².

No século XX, foram realizados vários experimentos nos nervos periféricos para evidenciar a relação entre os tipos de receptores, calibre das fibras, duração, frequência, velocidade e amplitude dos potenciais de ação e a qualidade das experiências sensitivas induzidas no início deste século¹⁻².

Na década de 90, a medicina paliativa passou a se destacar. Durante os últimos 30 anos, sociedades médicas relacionadas à dor foram criadas, a Associação Internacional para o Estudo de Dor (International Association for the Study of Pain – IASP) em 1974 e a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) em 1984. As revistas especializadas passaram a ser editadas e publicadas a partir de 1975¹⁻².

Fundamentado em conceitos atuais, a IASP, fundada em 1974, passou a definir a dor como os conceitos da década de 90: “qualidade sensitiva e emocional desagradável, associada ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”, sendo que isso não se aplica a indivíduos nos períodos neonatal, pré-verbal ou anormalidades cognitivas³.

As sensações de dor são conduzidas ao longo de vias que se encontram mais claramente determinadas em certas áreas, enquanto ainda se encontram indefinidas em outras. Não há no organismo células ou órgãos específicos para dor. Ao invés disso o que ocorre é que uma rede emaranhada de terminações nervosas indiferenciadas recebe estímulos causadores de dor⁴.

As terminações nervosas sensoriais parecem ser diferencialmente sensíveis a estímulos dolorosos, isto é, algumas são mais sensíveis à dor que outras. Ocorre também que algumas áreas do corpo são bem supridas de terminações nervosas sensoriais livres sensíveis a estímulos dolorosos, enquanto que outras não são⁵.

A pele tem um suprimento abundante, assim como alguns dos órgãos internos, como as paredes arteriais, as articulações e o periósteo. Outros órgãos têm menos receptores sensíveis à dor: o cérebro e os alvéolos pulmonares não têm nenhum⁵.

A sensação é conduzida até as células do bolo cinzento posterior da medula espinhal, depois para o trato espinotalâmico e, eventualmente, para o córtex cerebral⁴⁻⁵.

A dor necessita de órgãos específicos para a detecção e informação ao sistema nervoso central denominado de nociceptores, um trocadilho com a palavra nociva⁵.

Quando um tecido sofre qualquer tipo de agressão as células liberam prostaglandinas uma substância que causa maior permeabilidade capilar atraindo células especializadas na fagocitose que aumentam a sensibilidade dos nociceptores, que hipersensibilizados transformam em dor qualquer impulso, mesmo que mínimo⁵.

A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autônomo, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada dessas substâncias produz alterações cardiovasculares (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco e pressão arterial) taquipnéia, retenção de hídrica, aumento do débito catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tônus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de náusea e vômito, aumenta o tônus do esfíncter vesical podendo levar à retenção urinária⁶.

A dor não controlada resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, predispondo o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e protéico, dificuldade na deambulação precoce, favorecendo o aparecimento de trombose venosa profunda – TVP, principalmente em idosos que foram submetidos a cirurgias externas, dentre esses fatores, também prejudica o sono, resultando em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento⁷.

A eficácia do tratamento e sua sequência dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida. Com uma mensuração adequada da dor torna-se possível definir se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite-se escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos⁸.

A Sociedade Americana para a Medicina de Emergência, em uma reunião anual realizada em 2001, também reconheceu a importância de se registrar e mensurar a percepção de dor tanto aguda quanto crônica⁸.

A abrangência da dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo comprometida por variáveis afetivo-motivacionais⁹.

Instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais, a avaliação é feita por Escalas Visuais Numéricas (EVN), graduadas de zero a dez e a Escala Visual Analógica (EVA), instrumento sensível que analisa continuamente a dor, indicando se é “ausência da dor” e na outra “pior dor imaginária”. Ambas as escalas têm vantagem no cuidado do paciente ao comparti-

lhar a intensidade da dor, e fornecer ao mesmo um instrumento que se faz entender¹⁰.

Existem escalas de múltiplas medidas ou multidimensionais como o Instrumento de Avaliação Inicial da Dor (Initial Pain Assessment Inventory – IPAI) que foi desenvolvida para obter informações a respeito das características da dor, a maneira como o paciente a expressa e os efeitos dela sobre seu cotidiano, Além disso, ela também possui uma escala para identificação da intensidade e um diagrama para localização da dor. O Desenho da Localização da Dor (Pain Drawing – PD) fornece uma representação gráfica do local onde o paciente está sentindo dor e sua distribuição¹¹⁻¹².

O Questionário McGill (McGill Pain Questionnaire – MPQ) avalia a experiência dolorosa nas dimensões sensorial, afetiva, e avaliativa, é baseada em palavras que são selecionadas pelos pacientes para descrever sua dor¹³.

Independentemente de sua natureza ou causa, a dor não tratada adequadamente apresenta efeitos lesivos, além do sofrimento que causa ao doente. A analgesia efetiva da dor pode resultar em uma recuperação mais rápida e resultados melhores no tratamento¹⁴.

A algesia significa sensibilidade à dor, que é uma sensação desagradável e mal definida provocada por estímulo interno ou externo. Analgesia é um estado onde a dor não é sentida, apesar do estímulo doloroso permanecer presente. Os fármacos que aliviam a dor como sintoma são nomeados analgésicos, mas não afetam sua causa, se dividem em dois grupos:

- Analgésicos opióides – narcóticos semelhantes à morfina, fentanil, tramadol.
- Analgésicos não opióides – não narcóticos semelhantes à aspirina, dipirona sódica, antipiréticos e anti-inflamatórios¹⁴⁻¹⁵.

Os opióides incluem elementos que aliviam dores moderadas a severas, visceral ou somática, devido a ações mediadas por receptores da superfície celular. Os opióides são definidos como compostos isolados a partir do ópio (morfina e codeína) que atuam nos receptores opióides. Muitos opióides são administrados por via parenteral, embora eles sejam absorvidos pelo TGI. Porém alguns opióides, como a morfina e o antagonista naloxona, sofrem metabolismo de primeira passagem hepática, reduzindo sua eficácia terapêutica na administração oral. Os opióides são metabolizados especialmente no fígado, onde geralmente se transformam em compostos polares mais ativos ou inativos. O perfil farmacocinético dos opióides é o principal determinante de seu uso terapêutico¹⁴.

De acordo com a ação no receptor, os opióides classificam-se em:

- Agonistas – morfina, meperidina, alfaprodina, fentanil, alfentanil, sufentanil, fenoperidina, codeína, hidromorfona, oximorfona, metadona e heroína.

- Antagonista – naloxona e naltrexona.
- Agonista parcial – buprenorfina.
- Agonista/Antagonista (agonista k/antagonista m) – nalbufina, nalorfin, levorfan, pentazocina, butorfanol e dezocina¹⁴⁻¹⁵.

O problema clínico mais sério no uso de opióide é a depressão respiratória, que chega a ser a principal causa de morte por intoxicação. A depressão respiratória leve causada por doses terapêuticas é normal e de pouca consequência clínica¹⁵.

Os analgésicos não opióides incluem os fármacos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) representados pela aspirina e acetaminofeno. Esses compostos aliviam dores leves a moderadas e possuem características antipiréticas e anti-inflamatórias (menos o acetaminofeno). São usados para tratar dores de estruturas não tegumentares como cefaléia, mialgia e outras dores pós-operatórias também usadas como antitérmico e promovem alívio da dor associada à inflamação. A maioria dos analgésicos antipiréticos tem boa biodisponibilidade via oral, variando de 80% a 100% com distribuição através do corpo. Outros AINEs são metabolizados pelas enzimas citocromo, assim como por outras vias do fígado geralmente por compostos inativos¹⁵⁻¹⁶.

Metade dos AINEs em uso clínico é eliminada do organismo rapidamente, tem meia vida de eliminação de seis horas, outros são maiores que oito horas¹⁵.

Entre os efeitos adversos no uso do AINE o mais comum são alterações no trato gastrointestinal – TGI, sendo clinicamente signifi-

cativos se tomado cronicamente, podendo resultar em ulcera péptica em 15% a 25% dos pacientes¹⁶.

Uma das formas de tratamento são as terapias complementares que tem apresentado grande avanço para o alívio da dor, sendo que essas terapias têm demonstrado eficácia quanto ao alívio do quadro doloroso, propiciando então um rico campo a ser explorado¹⁷.

Tais técnicas têm crescido em meio à enfermagem, uma vez que um único recurso terapêutico não tem se mostrado suficiente para o controle dos quadros algícos¹⁷.

As terapias complementares são realidade no universo da saúde humana, sendo utilizadas por centenas de anos, mas cabe aos pesquisadores comprovar cientificamente os benefícios destas terapias, para que possam ser somadas às terapêuticas farmacológicas existentes, já incorporadas ao sistema de saúde vigente. Mesmo com muito para ser pesquisado, os enfermeiros já utilizam algumas terapias para o controle da dor, como técnicas de relaxamento, estimulação cutânea (massagem, calor/frio, estimulação elétrica transcutânea), aromaterapia, imaginação guiada, terapias vibracionais e música¹⁷.

Entretanto a maioria das terapias complementares, também, leva os indivíduos a apresentarem a resposta de relaxamento. Tais técnicas estão relacionadas à interação existente entre dor, tensão muscular e ansiedade, o paciente com dor geralmente apresenta sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, principalmente da tensão muscular, pois a contração muscular contribui para a exacerbação da dor, atuando nas terminações nervosas¹⁷.

São técnicas que demonstram resultados positivos e que podem ser aplicadas no ambiente clínico e hospitalar pelo enfermeiro e sua equipe, a qual pode ser treinada para atuar nos procedimentos mais simples.

Desde 2000 a Joint Commission Accreditation on Healthcare Organization (JCAHO) e a Sociedade Americana de Dor (SAD) descrevem a dor como 5º sinal vital. Sendo assim sempre atentar a avaliação e registro da dor junto como os outros sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial para conhecimento de todos e conduta a ser tomada¹⁸.

Chamar a dor de 5º sinal vital sugere que a avaliação da dor deve ser automática, assim como os outros sinais vitais. Apesar de ser importante acreditar no paciente que refere à dor, é igualmente importante a atenção daqueles pacientes que negam a dor em situações que comumente seria encontrada¹⁹.

A hospitalização do indivíduo muitas vezes pode trazer algumas alterações psicológicas e sociais, não só para o paciente, mas também para a família. Assim os hospitalizados passaram a focar a humanização, cuidando do paciente como um todo, garantindo a comunicação do paciente, família e equipe. Muitas vezes os pacientes referem sentir dor para família e não para equipe, relacionando com o medo de que o tratamento seja doloroso¹⁸⁻¹⁹.

O paciente internado tem sua privacidade prejudicada, vive situações constrangedoras, não planejadas onde não pode controlar, gerando uma situação de estresse e desconforto.

A resposta ao estresse que ocorre com o trauma também ocorre com outras causas de dor intensa. As vastas mudanças endócrinas, imunológicas e inflamatórias que ocorrem com o estresse podem ter efeitos negativos significativos, sendo particularmente verdadeiro em pacientes comprometidos pela idade, doença ou por lesões²⁰.

Essa resposta pode aumentar o risco do paciente para distúrbios fisiológicos (isto é, infarto do miocárdio, infecção pulmonar). O paciente com uma dor intensa e estresse associado pode ficar incapaz de respirar profundamente e ter um aumento da fadiga e diminuição da mobilidade. Apesar de esses efeitos poderem ser tolerados por uma pessoa jovem e saudável, eles podem dificultar a recuperação de um idoso, de um debilitado ou de uma pessoa gravemente enferma. Um alívio eficaz da dor pode resultar em uma recuperação mais rápida e um retorno mais rápido às atividades prévias²⁰.

O quadro algíco é frequentemente detectado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Enfermarias tornando-se um estressor. Estressores podem ser definidos como estímulos ou situações que produzem uma resposta ao estresse, aos quais podem ter diferentes

origens somáticas, sociais ou mecânicas²⁰.

A dor é reconhecidamente o principal fator estressor dentro do hospital, a implantação de um protocolo de controle da dor, pode ser uma alternativa e ajuda a promover algumas intervenções, como: avaliação da ocorrência da dor em intervalos regulares de no mínimo a cada seis horas; utilização de escalas específicas para a avaliação da intensidade da dor como: a escala numérica que é a mais comum, ações não farmacológicas para controlar a dor, protocolos de analgesia estabelecidos em literatura²⁰.

O enfermeiro deve exercer seu papel no controle da dor, tem responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações sobre a dor do paciente, como membro da equipe de saúde²¹.

Para o manejo adequado da dor, os enfermeiros precisam ter o entendimento de cada um de seus componentes e apresenta os seguintes sentimentos como sendo desses profissionais com relação à dor: a dor é um resultado esperado de muitos procedimentos médicos, deste modo, o alívio da dor não necessita ser priorizado; o manejo da dor não é de sua responsabilidade já que são os médicos quem prescrevem as drogas analgésicas²¹⁻²².

Talvez o ponto crucial para melhorar o manejo da dor entre enfermeiros seja incentivando cada vez mais o conhecimento teórico e prático, mostrando a importância de uma avaliação desprovida de preconceitos e tabus, utilizando métodos precisos e apropriados para tal avaliação²².

Do ponto de vista do gerenciamento de enfermagem, é importante estabelecer-se o patamar aceitável de dor, em intensidade e em frequência, na instituição, considerando as condições clínicas ou patológicas. Esses parâmetros permitem estabelecer protocolos de assistência em dor e analgesia e propiciar treinamento da equipe no tema, desenvolvimento de instrumento para sua documentação e auditoria sistemática para análise da situação²².

Acredita-se que a adoção de um padrão de avaliação diária do doente, especificamente sobre dor, possa contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

Há necessidade que a equipe de enfermagem seja conhecedora de sua responsabilidade frente o paciente com dor, sendo que, tem um vasto campo de informações para determinar a extensão do problema, mas são necessárias técnicas sistematizadas de avaliação para que o enfermeiro possa fazer o diagnóstico de enfermagem e identificar as intervenções adequadas para alívio da dor, assim minimizando seus efeitos contribuirá para uma melhor evolução do paciente, lhe proporcionando um tratamento humanizado da dor.

Métodos

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, exploratória, correlacional, com abordagem quantitativa na unidade de clínica médica de um hospital privado com gestão SUS, de uma cidade do interior de São Paulo. Foram utilizados quatro instrumentos para coleta de dados, dois para os pacientes e dois para a equipe de enfermagem.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva: confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana) para dados do instrumento de caracterização sociodemográfica, e em gráficos para os dados dos instrumentos relativos à dor.

Resultados

Foram entrevistados 50 pacientes em regime de internação e 50 profissionais de enfermagem divididos entre auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros ativos em hospital privado com gestão SUS.

Os dados analisados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos com valores inteiros e descrições em porcentagens (Tabelas 1 e 2, Gráficos 1 a 12).

A Tabela 1 mostra que a média de idade dos sujeitos pacientes foi de 54,68 anos com uma variação observada 19-88 anos. Do sexo masculino 60% com média de escolaridade de 5,48 anos, com variação observada de 0-16 anos. A situação conjugal: 54% são casados, 20% são solteiros. Em relação aos filhos houve uma média de 2,54 filhos com uma variação observada é de 0-11 filhos por pessoa.

Em relação ao vínculo empregatício 68% são inativos, e a renda individual mensal em salários mínimos foi de 1,6 e a renda familiar mensal em salários mínimos é de 2,2. Quanto à crença religiosa 72% possuem crença religiosa.

Em relação ao motivo da internação, por doenças do sistema cardiocirculatório foram internados 24% dos pacientes, 16% por doenças do sistema digestório, 8% por doenças do sistema respiratório, 6% por doenças do sistema urinário e outras doenças 46%. Houve predominância no tipo de tratamento, 38% foram internados para tratamento cirúrgico, 40% para tratamento clínico e 22% para tratamento clínico/cirúrgico.

Foi prescrita uma média de 1,54 de analgésicos por paciente e a variação observada é de 0-3 analgésicos por paciente. A média do

tempo de internação foi de 7,62 dias e a variação observada é de 2-30 dias.

A Tabela 2 mostra que a média de idade dos sujeitos, equipe de enfermagem foi de 25,38 anos, com uma variação observada de 19-53 anos. O sexo feminino foi predominante com 78% dos sujeitos.

Em relação à categoria profissional 12% dos sujeitos eram enfermeiros e 88% auxiliares/técnicos. A média do tempo de formado dos enfermeiros é de 6,3 anos com uma variação observada de 1-21 anos e a média do tempo de formado dos auxiliares/técnicos é de 5,8 anos com uma variação observada de 3m-20 anos.

A autoavaliação da experiência com dor foi: 10% responderam que é pequena sua experiência, 62% responderam que é média e 28% responderam que é grande sua experiência com dor.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiaí – SP, 2009

	(% N)	Media	Mediana	Variação observada
Idade (em anos)		54,68	54	19-88
Sexo				
Masculino	60 (30/50)			
Feminino	40 (20/50)			
Escolaridade em anos		5,48		0-16
Situação conjugal				
Casado	54 (27/50)			
Solteiro	20 (10/50)			
Viúvo	12 (6/50)			
Separado/Divorciado	8 (4/50)			
União consensual	6 (3/50)			
Número de filhos		2,54	0-11	
Vínculo empregatício				
Ativo	32 (16/50)			
Não Ativo	68 (34/50)			
Renda Individual Mensal (salário mínimo)		1,6		
Renda Familiar Mensal (salário mínimo)		2,2		
Crença religiosa				
Sim	72 (36/50)			
Não	28 (14/50)			
Motivo da internação				
Doenças do Sistema Cardiocirculatório	24 (12/50)			
Doenças do Sistema Digestório	16 (8/50)			
Doenças do Sistema Respiratório	8 (4/50)			
Doenças do Sistema Urinário	6 (3/50)			
Outros	46 (23/50)			
Tipo de tratamento				
Cirúrgico	38 (19/50)			
Clínico	40 (20/50)			
Clínico,Cirúrgico	22 (11/50)			
Analgésicos prescritos		1,54	0-3	
Tempo de internação (em dias)		7,62	2-30	

(N = 50)

Fonte: Dados obtidos por aplicação do Questionário de caracterização sociodemográfico e clínicas

Tabela 2. Caracterização dos profissionais de enfermagem atuantes no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiaí – SP, 2009

	(% N)	Media	Mediana	Variação observada
Idade (em anos)		25,38	28	19-53
Sexo				
Masculino	22 (11/50)			
Feminino	78 (39/50)			
Categoria profissional		5,48		0-16
Enfermeiros	12 (6/50)			
Auxiliar/Técnico	88 (44/50)			
Tempo de formado (em anos)				
Enfermeiros		6,3		1-21 anos
Auxiliar/Técnico		5,8		3m-20 anos
Auto avaliação experiência com dor				
Pequena	10 (5/50)			
Média	62 (31/50)			
Grande	28 (14/50)			

Fonte: Dados obtidos por aplicação do Questionário de caracterização sociodemográfico e clínicas

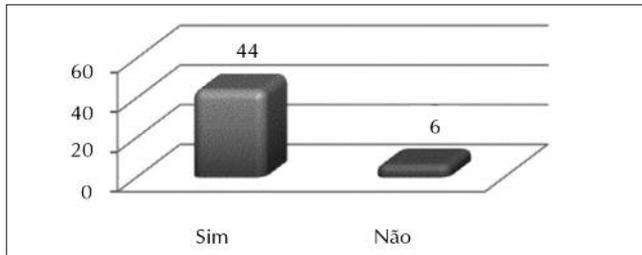


Gráfico 1. Respostas dos pacientes sobre o atendimento no quadro alérgico no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

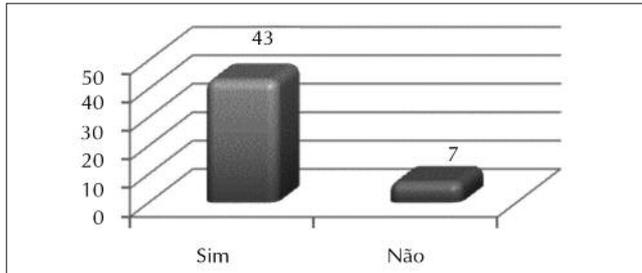


Gráfico 2. Respostas dos pacientes quanto à verificação de melhora após administração medicamentosa no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

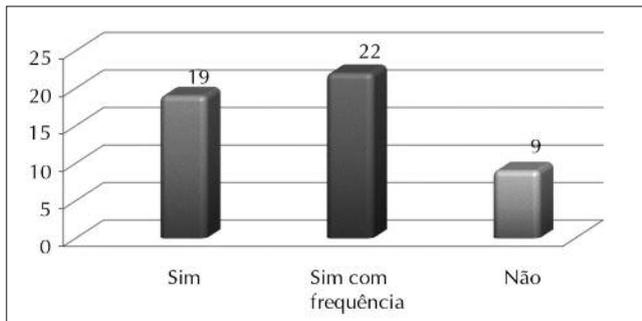


Gráfico 3. Resposta dos pacientes sobre assiduidade no questionamento da presença do quadro alérgico no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

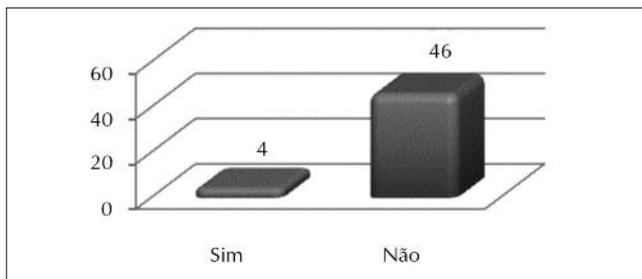


Gráfico 4. Resposta dos pacientes sobre a utilização de escalas na mensuração da dor no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

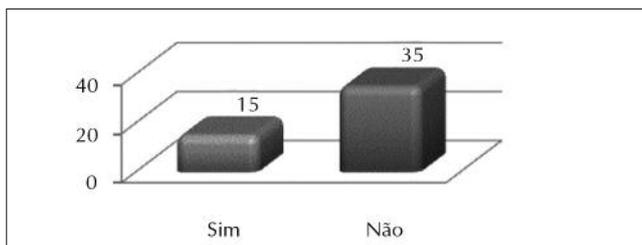


Gráfico 5. Resposta dos pacientes sobre alternativas para alívio da dor no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

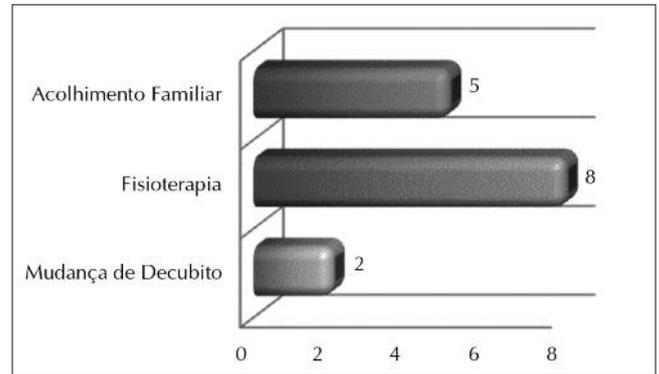


Gráfico 6. Resposta dos pacientes sobre alternativas utilizadas para o alívio da dor no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

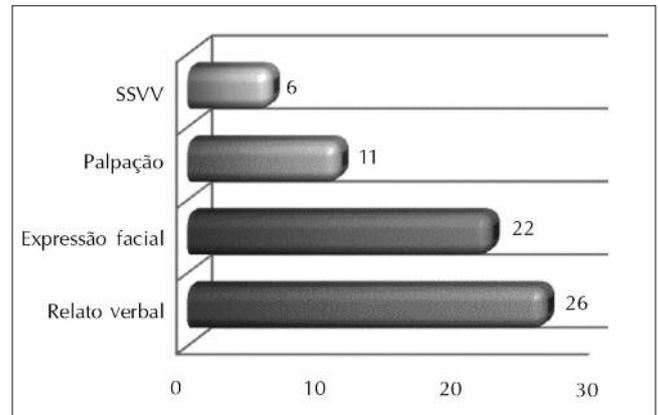


Gráfico 7. Métodos mais utilizados para avaliação da dor, segundo relato dos profissionais de enfermagem no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

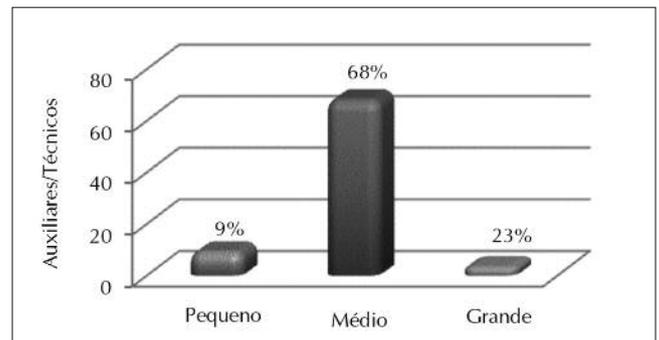


Gráfico 8. Pergunta aberta para a autoavaliação da experiência com a dor em auxiliares e técnicos de enfermagem no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

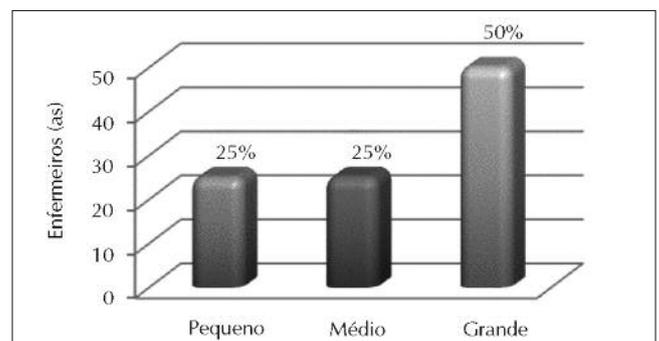


Gráfico 9. Pergunta aberta para a autoavaliação da experiência com a dor em enfermeiros no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá - SP, 2009 (N = 50)

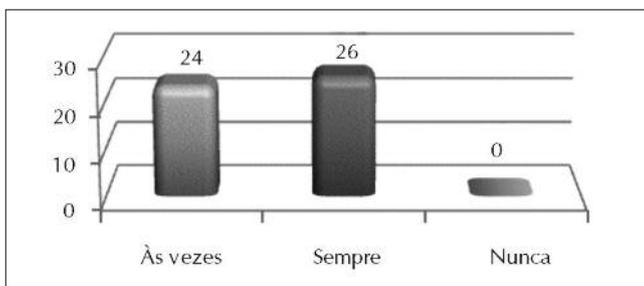


Gráfico 10. Resposta da equipe de enfermagem quanto à avaliação da dor como sinal vital no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá – SP, 2009 (N = 50)

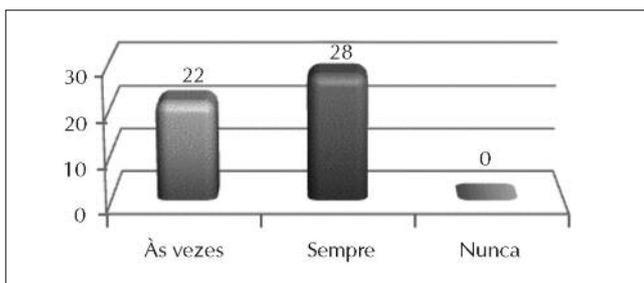


Gráfico 11. Resposta da equipe de enfermagem quanto à confiabilidade no relato verbal dos pacientes no hospital privado com gestão SUS de um município de Jundiá – SP, 2009 (N = 50)

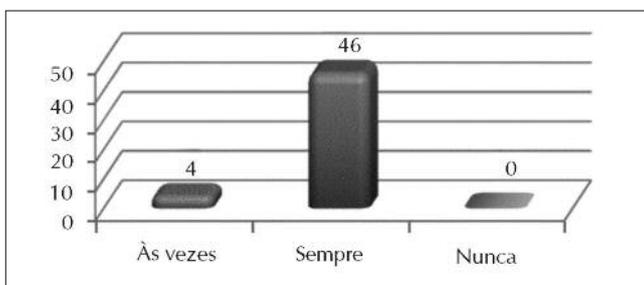


Gráfico 12. Resposta da equipe de enfermagem quanto ao retorno para verificação de melhora do quadro algíco

Discussão

Em uma população predominantemente masculina, cirúrgica, o instrumento aplicado nos pacientes evidenciou que eles consideram que são prontamente atendidos quando estão com dor, porém nunca foram avaliados sistematicamente em relação à dimensão desta dor.

Já a equipe de enfermagem caracterizada pelo sexo feminino, predominantemente de auxiliares e técnicos de enfermagem, com média de tempo de formado de 5 anos, relata que atende prontamente o paciente com dor, porém, o método mais utilizado para a avaliação da dor é o relato verbal, somente 52% avalia a dor juntamente com os SSVV.

Quanto à autoavaliação da experiência com a dor, dos 44 auxiliares/técnicos entrevistados, 9% relatou ter conhecimento pequeno, 23% relataram ter grande conhecimento, 68% relataram ter experiência média referente ao tema dor.

Dos enfermeiros entrevistados 50% relataram ter grande conhecimento relativo à experiência com dor, 25% experiência média, 25% experiência pequena.

A dor é uma experiência singular e universal, e durante anos vividos como uma fatalidade irresolúvel, que indica um problema orgânico ou a possibilidade de uma lesão²³.

A identificação dos fatores que intensificam e aqueles que diminuem a dor são muitas vezes esquecidos²³.

Alguns autores argumentam que a dor, não é corretamente tratada e documentada devido à inadequada avaliação inicial, tanto

por parte dos clínicos, quanto por parte do estafe que cuida do paciente²³⁻²⁴.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) e a Sociedade Americana de Dor (APS) estabeleceram diretrizes que a mensuração e registro da dor devem ser realizados com o mesmo rigor e seriedade que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, denominando assim a dor como “5º sinal vital”²³⁻²⁴.

Dessa forma evidencia-se que diante da subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa o primeiro desafio no combate ao quadro algíco inicia-se na sua mensuração²⁴.

Os termos mensuração e avaliação são comumente utilizados na literatura relacionada à dor, no entanto possuem algumas diferenças²⁴.

A mensuração refere-se ao escalonamento de um número ou valor que pode ser atribuído por intermédio de instrumentos unidimensionais, esses instrumentos podem ser rapidamente administrados e mensuram apenas a intensidade da dor. Já, a avaliação da dor é um processo mais complexo, uma vez que considera outros aspectos²⁴.

Porém somente o questionamento ao paciente quanto à sua dor diariamente, não contribui sistematicamente na avaliação da dor²⁴⁻²⁵.

A equipe de enfermagem deve saber reconhecer inícios da dor como choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor²⁴⁻²⁵.

Os estudos evidenciam que a dor, quando não aliviada, limita o indivíduo nas atividades de vida diária, altera o apetite, o padrão de sono, a deambulação, a movimentação, o humor, o lazer, as atividades profissionais, sociais e familiares²⁵.

A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: física, psicológica, social e espiritual²⁵.

A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixa algíca e a seleção de estratégias para seu controle²⁶.

A situação clínica, a natureza das informações que se quer obter e as habilidades cognitivas e perceptivas da equipe de enfermagem são fatores que influenciam na avaliação²⁶.

Os profissionais da saúde cuidam dos doentes de acordo com o que conhecem e acreditam, isto é, de acordo com seus conceitos e crenças²⁶.

Ficando evidente que uma equipe de enfermagem bem treinada no que se refere à avaliação da dor, é fundamental para alívio e possível extinção do quadro algíco, contribuindo para uma melhor recuperação do paciente, proporcionando um atendimento humanizado.

A enfermagem é integrante da equipe multidisciplinar, deve ser treinada para a avaliação e manejo da dor como 5º sinal vital, sendo de extrema importância para uma analgesia correta, amenizando assim o quadro algíco e nível de estresse que se instala no período de internação, assim podendo influenciar todo trabalho em equipe, portanto, o adequado preparo destes profissionais torna-se indispensável para que se alcance sucesso na analgesia e administração da dor.

Conclusões

Os dados obtidos no presente estudo possibilitam as seguintes conclusões:

O conceito da dor como 5º sinal vital para implantação nas instituições hospitalares, já completou dez anos, e na maioria dos hospitais, ela ainda não é prioridade para os profissionais da equipe multidisciplinar para o tratamento de pacientes internados.

Com este estudo conclui-se a não adesão da dor como 5º sinal vital na instituição estudada, a falta de instrumentos para avaliação da dor, a ausência de anotações e intervenções de enfermagem a respeito da dor. Percebe-se também que no momento das entrevistas mesmo com a explicação sobre o trabalho, a leitura do termo, houve certo receio ao responderem as questões propostas para os pacientes e funcionários, dificultando um pouco o resultado esperado.

As instituições deveriam treinar e/ou criar comissões para o controle da dor, mostrando assim a importância de se verificar a dor junto com os SSVV diversas vezes ao dia, desta forma a equipe médica poderá determinar a medicação e dosagem corretas para o tra-

tamento adequado da dor, evitando o sofrimento do paciente.

Portanto, o adequado preparo destes profissionais torna-se indispensável para que se alcance sucesso na administração da dor e a analgesia correta do paciente.

Referências

1. Alves Neto A, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.27-55, 145-71.
2. Kern E. Cultural historical aspects of pain. *Acta Neurochir Suppl (Wien)*. 1987;38:165-81.
3. Guyton AC, Hall JE. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
4. Fuerst E, Wolff L, Weitzel M. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1974.
5. Dugas BW. Enfermagem prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
6. Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):180-3.
7. Slullitel A, Sousa AM. Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em UTI. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1998;31(4):507-16.
8. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(3):446-7.
9. Pinto CMI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar de pacientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul, SP: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003.
10. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.231-49.
11. Knobel E, Laselva CR, Moura Junior DF. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006. p.511-6.
12. Sousa FAEF, Hortense P. Mensuração da dor. In: Chaves LD, Leão FR, editores. Dor: 5º sinal vital, reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p.75-84.
13. Scopel E, Alencar M, Cruz MR. Medidas de avaliação da dor. *Rev Digital*. 2007;11(105).
14. Minnerman KP, Wecker L, Larner J, Brody TM. Brody – farmacologia humana. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p.349-79.
15. Tripathi KD. Farmacologia médica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.367-79.
16. Gozzani JL. Opióides e antagonistas. *Rev Bras Anesthesiol*. 1994;44(1):65-73.
17. Eler GI, Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para alívio da dor. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2006;10(3):185-90.
18. Pedrosa RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(2):270-6.
19. Assis AR. Conceito de dor e humanização na experiência dolorosa: um estudo bibliográfico. Campinas; 2003.
20. Rosa BA. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: desempenho da versão brasileira do Environmental Stressor Questionnaire-ESQ [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
21. Rigotti AM, Ferreira MA. Intervenção de enfermagem frente ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
22. Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):300-7.
23. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(supl.2):481-7.
24. Silva BY, Pimenta MPC. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):109-18.
25. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9(4):44-9.
26. Garcia MD, Pimenta MPC, Cruz MLAD. Validação do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica – profissionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):636-44.

Endereço para correspondência:

Profª. Beatriz Ângelo Rosa
Universidade Paulista – Jundiaí
Av. Armando Giassetti, 577 – Vila Hortolândia
Jundiaí-SP, CEP 13214-525
Brasil

E-mail: enfermagemjundiai@unip.br

Recebido em 14 de dezembro de 2009

Aceito em 22 de fevereiro de 2010