

Luciana Bueno Xavier

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE
DA DOR AGUDA NA EMERGÊNCIA: UMA CONSTRUÇÃO
COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ermani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde – Área de Concentração: Cuidados Intensivos – Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação do Cuidado.

Orientadora: Prof^a Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dra.

Florianópolis

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Xavier, Luciana Bueno
PROPOSTA DE PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR
AGUDA NA EMERGÊNCIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA / Luciana
Bueno Xavier ; orientadora, Kátia Cilene Godinho
Bertoncello - Florianópolis, SC, 2013.
131 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Dor aguda . 3. Enfermagem e
Emergência. 4. Protocolo. 5. Cuidados de Enfermagem. I.
Bertoncello, Kátia Cilene Godinho . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

**“Proposta de protocolo de avaliação e controle da dor
aguda na emergência: uma construção coletiva”.**

Luciana Bueno Xavier

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello
Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello (Presidente)

Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento (Membro)

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante (Membro)

Prof. Dra. Raquel Kuerten de Salles (Membro)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas, me suprir em todas as minhas necessidades e por ter me concedido o dom do cuidar.

Ao meu amado Carlos Reich, pela dedicação, paciência e seus infinitos gestos de carinho durante o desenvolvimento deste trabalho.

À minha orientadora, Professora Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello que aceitou o desafio de orientar esta pesquisa e pelo acompanhamento e diretrizes em todas as etapas.

À banca examinadora, Enf^a Dra. Eliane Pereira do Nascimento, Dra. Lúcia Narazeth Amante, Dra. Raquel Kuerten Salles e Dra. Ana Furkin que se dispuseram a contribuir e a orientar possibilitando o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus pais...A vocês, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. Se aqui estou é porque tive, em vocês, meus primeiros e mais importantes professores.

À equipe de enfermagem e preceptores do setor de Emergência de Adultos pelo acolhimento e contribuição na prática do saber.

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”

Confúcio

XAVIER, L.B. **Proposta de protocolo de avaliação e controle da dor aguda na emergência:** uma construção coletiva. 2013. 104 p. Dissertação. (Mestrado). Pós-Graduação, modalidade Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncetto
Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação do Cuidado.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, que teve como objetivo geral desenvolver em conjunto com os enfermeiros e residentes de enfermagem do setor de Emergência do Hospital Universitário da UFSC, uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem para avaliação e controle da dor aguda à pacientes adultos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu em entrevistas semi-estruturada com 15 profissionais a partir da seguinte pergunta norteadora: quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo assistencial específico em ambiente de emergência à pacientes adultos com dor aguda? A segunda etapa constituiu-se por discussões em grupo a partir de um encontro com a participação de 10 profissionais. O encontro foi agendado conforme o horário de preferência e disponibilidade dos participantes. A realização da discussão em grupo teve a finalidade de socializar os resultados obtidos nas entrevistas e eleger de forma coletiva os cuidados para compor uma proposta de protocolo de cuidados à paciente com dor aguda em emergência. Os resultados e discussão desta investigação foram apresentados por meio de dois manuscritos intitulados “Proposta de protocolo para avaliação da dor aguda em emergência: uma construção coletiva” e “Proposta de protocolo para o controle da dor aguda em emergência: uma construção coletiva”. A análise dos dados referentes às duas etapas de coleta sugere que os profissionais,

possuem algum conhecimento acerca da temática da dor, contudo, foram identificadas limitações no que tange a prática rotineira dos cuidados mencionados, o que demonstra a necessidade de estratégias que propiciem sua efetivação. Assim, acredita-se que a implantação da proposta de protocolo construído coletivamente por esses profissionais possa auxiliar a prática assistencial, contribuindo para a otimização e qualificação do processo de assistência de enfermagem ao paciente com queixas de dor aguda em unidades de emergência.

Palavras chave: Dor aguda. Enfermagem e Emergência. Protocolo. Cuidados de Enfermagem.

XAVIER, L.B. **Proposed evaluation protocol and control acute pain in emergency**: a collective construction. 2013. 104 p. Dissertation. (Masters). Graduate, Professional Master mode to Associate Residency Multidisciplinary Health, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013

Advisor: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Line of research: Technology and Innovation of Care.

ABSTRACT

This is a qualitative study of the convergent type, which aimed to develop together with nurses and nursing residents in the Emergency Room of the University Hospital of UFSC, a proposed protocol for evaluating nursing care and control adult patients with acute pain. Data collection occurred between the months of September to December 2012 and was organized in two stages. The first phase consisted of semi-structured interviews with 15 professionals from the following guiding question: what nursing care are needed to make a specific protocol for the emergency environment in adult patients with acute pain? The second stage is constituted by group discussions from a meeting with the participation of 10 professionals. The meeting was scheduled as the time preference and the availability of participants. The completion of the group discussion aimed to socialize the results obtained from the interviews and elect collectively care to compose a draft protocol to patient care with acute pain in emergency. The results and discussion of this research were presented through two manuscripts entitled "Proposed protocol for assessment of acute pain in emergency: a collective" and "Proposed protocol for the control of acute pain in emergency: a collective." The analysis of data relating to the two phases of collection suggests that professionals possess some knowledge about the topic of pain, however, were identified limitations regarding the practice routine care referred to, which demonstrates the need for strategies that provide its effectiveness. Thus, it is believed that the implementation of the proposed protocol built collectively by these professionals can assist healthcare practice, contributing to the optimization and

qualification process of nursing care to patients complaining of acute pain in emergency rooms.

Keywords: Acute Pain. Nursing and emergency. Protocol. Nursing Care.

XAVIER, LB **Protocolo de evaluación propuesto y el control del dolor agudo en situaciones de emergencia: una construcción colectiva.** 2013. 104 p. Disertación. (Masters). Graduados, el modo Master Profesional Asociado para la Salud de Residencia multidisciplinario, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013

Asesor: Dra. Katia Cilene Bertoncetto Godinho
Línea de Investigación: Tecnología e Innovación del Cuidado.

RESUMÉN

Se trata de un estudio cualitativo de tipo convergente, cuyo objetivo era desarrollar junto con las enfermeras y los residentes de enfermería en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la UFSC, un proyecto de protocolo para la evaluación de los cuidados de enfermería y control pacientes adultos con dolor agudo. La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de septiembre a diciembre de 2012 y se organizó en dos etapas. La primera fase consistió en entrevistas semi-estructuradas con 15 profesionales de las siguientes preguntas orientadoras: ¿qué cuidados se necesitan para hacer un protocolo específico para el entorno de emergencia en pacientes adultos con dolor agudo? La segunda etapa está constituida por grupos de discusión de una reunión con la participación de 10 profesionales. La reunión estaba programada como la preferencia en el tiempo y la disponibilidad de los participantes. La conclusión de la discusión en grupo tuvo como objetivo socializar los resultados obtenidos de las entrevistas y elegir colectivamente cuidar a componer un proyecto de protocolo para la atención del paciente con dolor agudo en situaciones de emergencia. Los resultados y la discusión de esta investigación fueron presentados a través de dos manuscritos titulados "Proyecto de protocolo para la evaluación del dolor agudo en urgencias: un colectivo" y la "Propuesta de protocolo para el control del dolor agudo en situaciones de emergencia: a. Construcción" El análisis de los datos relativos a las dos fases de la colección sugiere que los profesionales posean algún conocimiento sobre el tema del dolor, sin embargo, se identificaron limitaciones en cuanto a la atención de rutina de la práctica se refiere, lo que demuestra la necesidad de estrategias

que proporcionen su eficacia . Por lo tanto, se cree que la aplicación del protocolo propuesto construido colectivamente por estos profesionales pueden ayudar a la práctica asistencial, contribuyendo a la optimización y el proceso de calificación de los cuidados de enfermería a los pacientes que consultan por dolor agudo en las salas de emergencia.

Palabras clave: Protocolo de Dolor Agudo. Enfermería y Emergencia. Atención de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO 2

Figura 1: Diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante o encontro para discussão em grupo75

MANUSCRITO 3

Figura 1:Diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante o encontro para discussão em grupo99

LISTA DE QUADROS

MANUSCRITO 1

Quadro 1 – Distribuição das publicações localizados nas revistas, no período de 2002 a 2012, segundo ano, título, autores, objetivos, métodos, resultados e local de publicação. Florianópolis- SC, 2013.....38

MANUSCRITO 2

Quadro 1 – Proposta de protocolo para avaliação da dor aguda em emergência.....86

MANUSCRITO 3

Quadro 1 – Proposta de protocolo para controle da dor aguda em emergência.....110

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO O TEMA	22
1.1	OBJETIVO GERAL.....	26
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2	APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA	28
2.1	MANUSCRITO 1: Avaliação e controle da dor aguda em emergência: revisão integrativa da literatura ¹	28
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	50
3.1	Pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial.....	51
3.2	Trajatória da Pesquisa Convergente Assistencial	51
3.2.1	Fase de Concepção	51
3.2.2	Fase de Instrumentação.....	52
3.2.3	Fase de Perscrutação.....	57
3.2.4	Fase de Análise.....	62
3.2.5	Fase de Interpretação.....	63
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1	MANUSCRITO 2: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA Avaliação da dor aguda em emergência: uma construção coletiva ¹	67
4.2	MANUSCRITO 3: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA o controle DA DOR AGUDA NA EMERGÊNCIA: uma construção coletiva ¹⁹¹	
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	116
	APENDICE	124
	ANEXOS.....	130

1 INTRODUZINDO O TEMA

A dor aguda é um dos principais motivos da busca pelos serviços de emergência, configurando-se num verdadeiro problema de saúde pública e caracterizando um sintoma valioso na investigação e definição do diagnóstico do paciente.

O fenômeno doloroso vem ganhando destaque na última década, denotando a importância da temática frente ao processo assistencial realizado pela equipe de enfermagem.

Contudo, o atendimento adequado ao paciente com queixas álgicas ainda configura um desafio, resultando no subtratamento da dor, uma vez que o ato de medir o fenômeno álgico está intimamente relacionado em observar e ouvir atentamente, e, sobretudo, acreditar na queixa dolorosa que o paciente refere (MORAIS, et. al, 2009, p. 76).

Oliveira, Silva e Leitão (2010, p. 54) colocam que o controle ineficaz da dor tem como fator chave a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, que frequentemente, demonstram concepções inadequadas em relação à avaliação, mensuração e manejo adequado da dor.

Dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos” (IASP, 1979 apud PEDROSO; CELICH, 2006, p. 271).

A North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2008), ao definir dor como um Diagnóstico de Enfermagem (DE), guarda consonância com a IASP, atribuindo-lhe duas classificações para esta etapa da metodologia assistencial: dor aguda (que pode findar antecipada ou previsivelmente, no período de até seis meses) e dor crônica. Essa situação temporal é expressa por diversos autores para classificar a dor em dois momentos distintos.

Entende-se por dor aguda aquela que possui início súbito relacionado a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Espera-se que desapareça após intervenção na causa, com a cura da lesão, imobilização ou em resposta a medicamentos (INCA, 2001, p. 17).

Optou-se por estudar a dor aguda, uma vez que esta é responsável por mais de dois terços das procuras aos departamentos de emergência (IASP, 2011), seja de forma aguda propriamente dita ou de maneira crônica, porém agudizada.

O tema proposto vem sendo discutido com maior ênfase a partir de 1996, quando James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor - American Pain Society) introduziu a frase “dor como o quinto sinal vital”, enfatizando a importância de avaliar a dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais, pressão arterial, temperatura, frequências respiratória e cardíaca (SOUSA; SILVA, 2005, p. 489).

Estas autoras afirmam que, desde 2003 a Direção Geral de Saúde, em Portugal, instituiu como normas de boa prática nos serviços portadores de cuidados à saúde o registro sistemático da intensidade da dor, elevando-a como o quinto sinal vital.

Pedroso e Celich (2006, p. 87), ao buscarem identificar o conhecimento de uma equipe de enfermagem sobre a avaliação da dor em clientes de UTI, observaram o desconhecimento da equipe sobre a consideração da dor como quinto sinal vital e acrescentam a necessidade da educação continuada no aprimoramento dos profissionais, e que, devem-se orientar constantemente as equipes quanto à norma que institui a dor como sinal vital, pois introduzir esta temática no cotidiano do profissional reflete em um comprometimento para assistência qualificada ao ser humano e portanto, com o seu bem estar.

A avaliação da dor é uma atividade assistencial imperativa da equipe de enfermagem, importante para a qualidade da assistência prestada ao paciente de forma global. Para isso, a equipe requer “suporte educacional, conhecimento e instrumentos que contribuam para a compreensão da dor” (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI; 2010, p. 335), uma vez que é esta que permanece o maior tempo em contato com o paciente, tornando suas ações decisivas para o alívio do fenômeno algíco.

No Brasil, o interesse das instituições na acreditação e certificação de qualidade de serviços hospitalares por programas como os propostos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pela Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), evidenciou a importância da

segurança e qualidade nos cuidados oferecidos aos pacientes, incluindo aqueles relativos ao controle efetivo da dor (JCAHO; 2001 apud SECOLI et al., 2009, p. 1245).

Os autores retratam ainda que nos Estados Unidos, os profissionais que atuam nos hospitais preocupam-se com a avaliação do controle da dor e com a ocorrência de eventos adversos das terapias analgésicas, por ser a dor um dos sintomas mais frequentes, e um indicador de qualidade da assistência.

A natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ação nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente.

Ao citar McCaffery e Pasero, Dal Ponte (et al., 2008, p. 1346) coloca que “a dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência”.

O meu primeiro contato com o tema proposto foi durante a graduação, onde desenvolvi um estudo analisando a vivência e a percepção dos profissionais de enfermagem de uma clínica de internação cirúrgica frente à dor. Os resultados mostraram que o manejo da dor pelos profissionais de saúde é frequentemente inadequado, contudo, após discussão sobre o tema com a equipe e realização de oficinas de sensibilização, notou-se que a grande maioria já percebeu a dor como um processo subjetivo e individual que interfere nas atividades da vida diária do paciente e prolonga o processo de internação hospitalar.

Após ingressar em 2010, na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, atuando no setor de emergência de adultos do Hospital Universitário – HU, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o interesse pela pesquisa sobre assuntos que permeiam a dor continuou e aumentou, pois se trata de um setor que trabalha constantemente com este sintoma.

Desta maneira, ao observar a dinâmica de atendimento do setor de Emergência de Adultos (SEA) do HU, percebia algumas dificuldades existentes no processo de manejo da dor aguda, devido ao fato de não existir nenhum instrumento que avalie este fenômeno, e por muitas vezes as medidas

analgésicas utilizadas serem parcimoniosas, prejudicando a recuperação do paciente e prolongando sua permanência no setor.

Durante este processo de pesquisa, tive a percepção da importância da avaliação adequada da queixa algica, da necessidade de elaboração de protocolos, dos registros das ações de enfermagem e da importância da educação continuada sobre a temática da dor.

A pesquisa desenvolvida para o trabalho de conclusão de curso (TCC) do Programa de Residência objetivou analisar a resposta da aplicação do Instrumento de avaliação e controle da dor aguda, proposto por McCaffery e Beebe. Neste estudo, os resultados mostraram a necessidade de um registro sistemáticos e periódico que acompanhe o paciente em situação de dor a fim de realizar os ajustes necessários ao tratamento, bem como nos permitiu conhecer as facilidades e dificuldades encontradas na avaliação e controle da dor através de um instrumento de registro analítico em unidades emergência, percebendo-se que existem muitos desafios relacionadas ao tema para superar.

Assim, a continuidade deste trabalho justifica-se pela necessidade de estabelecer uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda no SEA à luz de uma construção coletiva, visando à contribuição da construção do conhecimento, através da prática do cuidado, e respeitando as características deste serviço, uma vez que as respostas às terapias analgésicas necessitam ser regularmente avaliadas e documentadas, já que as condições dos pacientes são dinâmicas e a necessidade de alívio da dor pode variar frequentemente.

Entendo que a elaboração desta proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com queixas algicas no setor de emergência, além de sistematizar e uniformizar as condutas na assistência prestada ao paciente com dor aguda compreenderá uma possibilidade de reavaliar o paradigma assistencial da enfermagem no manejo ao paciente com dor nos serviços de emergência. Assim, com este trabalho pretendo responder à seguinte questão de pesquisa: quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo assistencial específico em ambiente de emergência à pacientes adultos com dor aguda?

Desta forma, considerando o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, e que desempenha papel fundamental para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, inclusive no manejo da dor, estabeleceu-se os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver, em conjunto com os enfermeiros e residentes de enfermagem do setor de Emergência do Hospital Universitário da UFSC, uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem para avaliação e controle da dor aguda à pacientes adultos.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar os cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros para avaliação e controle da dor aguda aos pacientes adultos da Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ermani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina e
- 2) Construir coletivamente uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem para avaliação e controle da dor aguda à pacientes adultos no setor de Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ermani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

2 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA

2.1 MANUSCRITO 1: AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

¹ Este manuscrito de revisão será encaminhado para Revista Cogitare da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

EVALUACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO EN CASO DE EMERGENCIA: integradora de la literatura¹

ARTIGO DE REVISÃO

Luciana Bueno Xavier²

Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

Resumo: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que teve como objetivo sintetizar a contribuição das pesquisas realizadas sobre os cuidados de enfermagem ao paciente adulto com dor aguda na emergência, publicado na literatura nacional e internacional no período de 2002 a 2012. As bases eletrônicas foram MEDLINE, SCIELO e BDNF e utilizaram-se os mesmos descritores em todas. A amostra selecionada foram 15 publicações que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Dentre os artigos selecionados, a maior parte foi produzido em periódicos nacionais e discorrem em sua maioria sobre dor torácica e analgesia em situações e unidades de emergência. Por ser uma revisão integrativa dos últimos 10 anos, considerou-

¹Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, da Enfermeira Luciana Bueno Xavier orientado pela Profª Drª Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

²Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Urgência e Emergência. Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199, CEP 88040-970 - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil. Endereço para correspondência: Sv. Maria Francisca da Natidade, 116 – Ribeirão da Ilha – CEP 88064-747 – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. Email: Luciana_bx@hotmail.com

³Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II, do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Vice-líder do Grupo de Pesquisa GEASS/PEN/UFSC. Rua Hipólito Mafra, 203 Apto 307ª – Edifício Mirante Sul – Saco dos Limões - CEP: 88040-410 - Florianópolis – Santa Catarina - Brasil. Email: kbertoncello@yahoo.com.br - Cel: (048) 99199084.

se pouco expressivo o número de publicações sobre o tema, o que reforça a necessidade de mais estudos, em especial de pesquisas, já que a importância da dor, como 5º sinal vital, é debatido desde 1996. A identificação destas informações é valiosa para planejar um cuidado individualizado que proporcione um atendimento adequado ao paciente com dor aguda na emergência.

Palavras-chave: Dor aguda. Enfermagem e emergência. Cuidados de enfermagem.

Abstract: It is an integrative literature review aimed to summarize the contribution of research on nursing care to adult patients with acute pain in the emergency, published in national and international literature from 2002 to 2012. The electronic databases were MEDLINE, SciELO and BDNF and used the same descriptors in all. The sample were 17 publications that met the inclusion and exclusion criteria. Among the selected articles, the majority was produced in national discourse and mostly about chest pain and analgesia in emergency situations and units. Being an integrative review of the past 10 years, it was considered somewhat significant number of publications on the subject, which reinforces the need for more research, especially research, since the importance of pain as the 5th vital sign, is discussed since 1996. The identification of this information is valuable for planning individualized care to provide adequate care to patients with acute pain in the emergency.

Keywords: Acute pain. Nursing and emergency care. Nursing care.

Resumén: Se trata de una revisión integradora de la literatura destinada a resumir la contribución de la investigación en la atención de enfermería a pacientes adultos con dolor agudo en la emergencia, publicados en la literatura nacional e internacional desde 2002 hasta 2012. Las bases de datos electrónicas fueron MEDLINE, SciELO y BDNF y utilizó los mismos descriptores en total. La muestra fueron 17 publicaciones que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Entre los artículos seleccionados, la mayoría se produjo en el discurso nacional y

sobre todo de dolor en el pecho y analgesia en situaciones de emergencia y unidades. Ser una revisión integradora de los últimos 10 años, se consideró poco significativo número de publicaciones sobre el tema, lo que refuerza la necesidad de una mayor investigación, especialmente la investigación, ya que la importancia del dolor como el quinto signo vital, se deduce desde 1996. La identificación de esta información es valiosa para la planificación de la atención individualizada para proporcionar una atención adecuada a los pacientes con dolor agudo en la emergencia.

Palabras-clave: Tratamiento del dolor. Agudo de enfermería y de emergencia. Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

O fenômeno doloroso vem ganhando destaque na última década, denotando a importância da temática frente ao processo assistencial realizado pela equipe de enfermagem.

O tema proposto vem sendo discutido com maior ênfase a partir de 1996, quando James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor - American Pain Society) introduziu a frase “dor como o quinto sinal vital”, enfatizando a importância de avaliar a dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais (SOUSA; SILVA, 2005, p. 489).

Nota-se que apesar de estudos sobre esta temática serem cada vez mais frequentes e divulgados, ainda há pouco conhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre a dor, avaliação e seu tratamento, estabelecendo um desafio para a promoção do conforto nessa situação, uma vez que não se justifica, pois há disponível um arsenal de drogas e técnicas para o alívio da dor.

A dor é “uma experiência humana universal necessária, pois protege o indivíduo de lesões, tendo em vista a indução para a remoção ou afastamento da fonte lesiva” (FREITAS, et al. 2009, p. 57).

Sousa e Silva (2005, p. 488), afirmam que “a dor é usualmente associada com lesão ou a um processo fisiopatológico que causa uma experiência desconfortável, desagradável, e é geralmente descrita em tais termos”.

Para McCferry (1989 apud May, 2003) “a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”, afirmando a ideia de que é imprescindível acreditar na dor que o cliente refere já que esta é uma sensação pessoal e intransferível, ou seja, cada um sente de maneiras e intensidades diferentes.

Antigamente, a dor era definida como um fenômeno da mente e estava associada a punições espirituais e a presença de demônios no indivíduo que a referia (MAY, 2003, p. 135).

Originária do latim poena ou punição, a dor é citada nos relatos históricos mais antigos que trazem evidências em preces e encantamentos (KIPEL, 2004, p. 97).

Ao debater esta questão, May (2003, p. 138) relata que haviam duas formas distintas de origem da dor, sendo estas internas e externas. A autora ainda aponta que para as causas internas, cuja explicação não existia, o conforto da dor se dava através de orações e obras divinas. Aquelas cuja causa era externa como “queimaduras e fraturas, utilizavam-se artifícios naturais como emplastos medicinais, imposição de mãos, toque de curandeiros, aplicação de calor e fricção, salientando que alguns destes manejos são utilizados até hoje”.

Atualmente, grande parte dos estudos abordam a dor na sua subjetividade e multidimensionalidade, confirmando conceitos nos quais consideram toda dor real e que se manifestam através de fatores fisiológicos, sensorial, afetivo, cognitivo, comportamental e sociocultural (SOUSA; SILVA, 2005, p. 462).

Manejar a dor é tarefa complexa nas diversas instituições de saúde nacionais e internacionais. Sua completa avaliação serve para guiar a conduta terapêutica apropriada, o que permitirá um tratamento eficaz e um acompanhamento do paciente de forma confiável. Para tanto, devem estar envolvidos nessa tarefa todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, pois eles são os que mais frequentemente avaliam a dor, a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010, p. 60).

A dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto-socorro, porém muitas vezes este sintoma

não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência.

Calil e Pimenta (2005) afirmam que a dor na emergência é a menos investigada em nosso meio, e relacionam este fato devido a dinâmica deste ambiente, onde há grande número de pacientes que são atendidos e permanecem diariamente nesse setor.

A International Association for Study of Pain (IASP, 1994) afirma que a dor aguda vem sendo negligenciada ao redor do mundo, causando sofrimento incalculável a milhares de pacientes nos últimos vinte anos.

A revisão integrativa é um dos instrumentos da Prática Baseada em Evidências, que é definida como o cuidado guiado pelos resultados de pesquisa, consenso de especialistas ou combinação de ambos. Esta abordagem pode contribuir para a tomada de decisões na assistência prestada aos pacientes adultos com dor aguda na emergência (BEYEA; NICOLL, 1998, p.878).

Por isso, a pesquisa em enfermagem “é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de poder identificar o impacto da dor aguda e do cuidado na vida destes pacientes” (MADIGAN, 1998, p. 412).

Essas considerações justificam o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a esta produção científica em enfermagem, para a interpretação do conhecimento produzido na área e com o propósito de auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações.

Sendo assim, estipulou-se como questão desta pesquisa: os artigos publicados pela enfermagem sobre os cuidados ao paciente adulto com dor aguda na emergência estão contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento e cuidado de enfermagem?

Desta forma, este estudo teve como objetivo geral: sintetizar a contribuição de pesquisas realizadas sobre o paciente adulto com dor aguda na emergência. E como objetivos específicos: realizar o levantamento das produções científicas desenvolvidas pela enfermagem acerca do paciente adulto com dor aguda na emergência nos últimos 10 anos; identificar os tipos de pesquisas, a coerência teórico-metodológica dos artigos e os resultados e analisar descritivamente os resultados das

pesquisas produzidas para a construção do conhecimento na área.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura é definida como “uma revisão de pesquisas já realizadas e que são resumidas por meio de uma extração geral das conclusões de muitos estudos” (BROOME, 1993, p.209).

A revisão integrativa da literatura propicia “a síntese de conhecimento produzido sobre um determinado assunto, permite a visualização de lacunas de evidências na prática profissional e viabiliza a contextualização do pesquisar em determinada temática” (BEZERRA, 2007, p. 111).

O processo de elaboração da revisão integrativa deve cumprir criteriosamente seis etapas: seleção de hipóteses ou questões para a revisão; seleção das pesquisas que irão compor a amostra da revisão; definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados (GANONG, 1987, p. 11).

Nesta revisão integrativa foram seguidas as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese ou questão de revisão e objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão dos artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; seleção dos artigos; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão.

Entretanto para o refinamento adequado da pesquisa, foi definida uma amostra, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos nacionais e internacionais na área de paciente adulto com dor aguda em emergência; indexados nas bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF); no período de 2002 a 2012 e estarem disponíveis na íntegra eletronicamente ou no acervo da biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina. Utilizou-se para a localização dos artigos os mesmos termos dos Descritores em

Ciência da Saúde (DeCS): dor aguda, enfermagem e emergência; cuidado; protocolo; cuidados de enfermagem.

Utilizaram-se como critérios de exclusão os artigos científicos que abordassem trabalhos experimentais com animais, que não estavam na íntegra, que não atendiam os descritores selecionados, e publicados em outros idiomas que não o português e o inglês.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi utilizado o instrumento adaptado de Bertolin, et al. (2007, p. 182), que contém os seguintes dados: título ano de publicação; título da pesquisa; autor (es); objetivos; metodologia, resultados e o periódico de publicação.

Os dados foram analisados, segundo seus conteúdos e quanto à relação dos dados com o objeto de interesse em cada estudo. Após a leitura, os artigos e instrumentos foram fixados, organizados em uma pasta e catalogados em ordem numérica crescente por ano de publicação.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, as publicações sobre o estudo da dor se concentraram nos anos de 2002 a 2012, período em que foram encontrados 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente.

Dentre os artigos selecionados, 80% (12) foram produzidos em periódicos nacionais.

Em relação ao tipo de periódico, sete foram publicados em periódicos de enfermagem, quatro artigos em periódicos de medicina, sendo três internacionais e um nacional, no qual um é de emergência, quatro em periódicos de cardiologia, um em periódico de reumatologia e um em revista interdisciplinar.

O Quadro 1, apresentado a seguir, mostra um panorama geral dos artigos analisados.

Quadro 1: Distribuição das publicações localizadas, no período de 2002 a 2012, segundo ano, título, autores, objetivos, métodos, resultados e local de publicação. Florianópolis – SC, 2013.

Ano/Título/Autor	Objetivos / Métodos	Resultados /Periódicos
2002/ I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência / Volschan, A. et al.	Levar ao médico que atua na sala de emergência ou em centros de pronto-atendimentos os conceitos mais modernos e cientificamente aceitos e recomendados para o apropriado manejo diagnóstico e terapêutico de pacientes que procuram estes locais devido à dor ou desconforto torácico / -	As recomendações aqui formuladas se aplicam aos pacientes com dor aguda ou de início recente, de curta ou longa duração, podendo estar a dor presente ou não no momento deste atendimento. As recomendações não se aplicam aos pacientes com dor torácica com duração de alguns dias e que são atendidos em consultório ou ambulatório. / Arq. Bras. Cardiol
2005 / Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. / Calil,A.M.; Pimenta, C.A.M.	Conhecer os conceitos de Médicos e enfermeiros de um serviço de emergência sobre indicação e contra-indicação da analgesia no trauma, critérios para se avaliar a eficácia analgésica, e ênfase dada à analgesia no trauma / Estudo exploratório	Na opinião dos profissionais, baixa prioridade é dada ao controle da dor no trauma. / Rev. esc. enferm. USP
2005 / Intensidade da dor e adequação de analgesia / Calil,A.M.; Pimenta, C.A.M.	Caracterizar a intensidade dolorosa, o uso de analgesia e avaliar a adequação da analgesia no paciente traumatizado, vítima de acidente de transporte. visa-se a melhoria da assistência às vítimas de causas externas em relação à avaliação e ao alívio da dor no setor	A dor foi presente em 90,0% dos casos; 56,0% referiram dor intensa na primeira avaliação e, após três horas de observação, 26,0% permaneceram com dor intensa e 38,0% com dor moderada. Uma significativa parte da população do estudo permaneceu sem

	de emergência. / Estudo prospectivo descritivo	analgesia durante o período de observação. Números expressivos de inadequação analgésica foram encontrados demonstrando a reduzida importância conferida a analgesia no trauma em nosso meio. / Rev. Latino-Am. Enfermagem
2005 / Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência: o uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento / Lima, S.G. et al	Comparar a resposta terapêutica dos pacientes atendidos no setor de emergência com sintomas e pressão arterial (pa) elevada, ao tratamento com medicação sintomática ou anti-hipertensiva. / Ensaio clínico randomizado	Cefaléia, dor torácica tipo D (não anginosa) e dispnéia foram as queixas mais frequentes. A proporção de pacientes tratados com medicação sintomática que atingiu o critério de alta foi semelhante àquela de pacientes medicados com anti-hipertensivo. Uma maior proporção (não significativa) de pacientes tratados com medicação sintomática obtiveram redução da PA aquém dos níveis estabelecidos no critério de alta e tornaram-se assintomáticos após o período de observação. / Arq. Bras. Cardiol
2005 / A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: conduta e evolução. / Santos, J.J.; Pellanda, L.C.; Castro, I.	Avaliar o diagnóstico de dor torácica em mulheres atendidas em um serviço de emergência em relação à evolução clínica, descrevendo sua influência sobre o manejo terapêutico, quando comparadas aos homens. / Estudo de coorte contemporâneo	Comparando a acurácia diagnóstica da dor torácica na SE entre mulheres e homens, não houve diferença significativa quanto ao número de exames realizados, mas a hospitalização foi menos indicada e o manejo terapêutico cardiológico foi menos intenso entre o sexo feminino. A evolução clínica evidenciou incidência igual de desfechos entre os dois sexos, o que

		<p> sinaliza para a necessidade de atenção ao sintoma dor torácica independentemente do sexo. / Rev Assoc Med Bras</p>
<p>2007 / Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. / Araújo, R.D.; Marques, I.R.</p>	<p>Descobrir o significado da dor torácica sugestiva de isquemia em pacientes quando estão na sala de emergência. / Estudo qualitativo</p>	<p>O conhecimento obtido sobre os significados da dor pode contribuir para que os profissionais de enfermagem entendam melhor o que se passa com os pacientes no momento da ocorrência desta dor na sala de emergência. Estratégias para a amenização destes sentimentos deverão fazer parte de estudos futuros, evitando assim, que estes sentimentos influenciem ainda mais o quadro clínico do paciente. / Rev. bras. Enferm</p>
<p>2008 / Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. / Calil, A.M.</p>	<p>Enfatizar os efeitos nocivos da permanência da dor no organismo de um paciente póstrauma, pontuar os benefícios da analgesia e apresentar instrumentos de avaliação da dor aguda. / -</p>	<p>Constatou-se que a dor aguda na emergência é um tema pouco explorado em nosso meio, representando uma lacuna importante relacionada à assistência e à pesquisa. / Rev. gaúcha. Enfermagem.</p>
<p>2009 / Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. / Cyrillo, R.M.Z; Dalri, M.C.B.C.; Silvia, R. M; Carvalho, E.C.; Lourencini, R.R.</p>	<p>Identificar os diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço avançado móvel de urgência (samu) do interior do estado de São Paulo. / Estudo descritivo de caráter prospectivo</p>	<p>Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco para infecção (91%), Risco para trauma (82%), Dor aguda (74%), Integridade tissular prejudicada (65%), Volume de líquidos deficiente (43%) e Risco para volume de líquido deficiente (43%). Este estudo permitiu identificar os principais</p>

		diagnósticos de enfermagem nesta clientela específica, os quais poderão fornecer importantes subsídios para futuras investigações, sobretudo abordando intervenções de enfermagem. / Rev. eletrônica enferm
2010 / Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. / Calil, A.M.; Pimenta, C.A.M.	Conhecer a medicação antiálgica utilizada em pacientes que sofreram acidentes de transporte, o padrão analgésico e pontuar a intensidade da dor. / Estudo descritivo, exploratório e longitudinal com abordagem quantitativa.	A dor foi identificada em 90,0% dos pacientes, sendo as de forte e média intensidade as mais frequentes; não se encontrou prescrição antiálgica em 48% dos casos. Maior uso medicamentoso foi encontrado em vítimas com lesões em membros e nos sete casos em que a dor foi totalmente aliviada, 5 (66,7%) foram utilizados opióides. / Acta paul. enferm.
2011 / A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. / Ferreira, A.M.C.; Madeira, M.Z.A.	Revisar na literatura científica temas relacionados à assistência sistematizados a dor torácica no serviço de emergência. / Pesquisa bibliográfica exploratória	Um modelo sistematizado de atendimento, utilizando um fluxograma ou algoritmo é importante para a adequada seleção dos pacientes com dor torácica em subgrupos de maior e menor probabilidade de doenças; A avaliação do tipo de dor é um dado importante para se estabelecer um diagnóstico; Apesar do eletrocardiograma ser um exame pouco sensível para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio, este deve ser indicado em todos os pacientes com vigência de dor torácica; A dosagem seriada dos marcadores de necrose

		<p>miocárdica dever ser mensurada em todos os pacientes com suspeita clínica de Síndrome Coronária Aguda; Uma vez afastado o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio ou angina instável de alto risco, o paciente pode ser submetido a uma prova de esforço 6 a 48 h após a chegada ao hospital, permitindo uma alta hospitalar precoce e com segurança; Pacientes que são submetidos à investigação sistematizada da causa da sua dor torácica saem do hospital com um diagnóstico estabelecido (ou pelo menos, afastado), evitando os problemas decorrentes da não determinação da causa da mesma (melhoria da qualidade assistencial). Portanto, avaliação de pacientes acometido por dor torácica no serviço de emergência exige a adoção de protocolos sistematizados para evitar erros de detecção da síndrome coronariana aguda, sendo relevante na redução de morbidade e mortalidade e nos custos hospitalares a esses atendimentos. / Revista Interdisciplinar NOVAFAP</p>
<p>2011 / <i>Dosing and titration of intravenous Opioid analgesics administered to ED patients in acute severe pain.</i> / Bijur, P.; Esses, D; Chang, A.K.;</p>	<p>Descrever a dose de opióides e incidência de titulação para tratamento da dor aguda em pacientes do departamento de emergência, avaliando a associação entre o alívio</p>	<p>Houve apenas uma baixa associação entre as alterações de dor e de doses administradas. Estes achados sugerem que oligoanalgesia continua a ser um problema, apesar das</p>

Gallagher, J.	da dor e a dose. / Ensaios clínicos randomizados	melhorias ao longo dos últimos 20 anos. / <i>American Journal of Emergency Medicine</i>
2011 / Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de Atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência / Martinez, J.E; Grassi, D.C.; Marques, L.G.	Avaliar a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação de dor em três ambientes hospitalares. / Análise de variância de Friedman	No pronto-socorro e na enfermaria, a duração foi menor para a EVA e maior para o MPQ. A duração para a EVA foi menor e não diferiu com relação aos locais. Na enfermaria e no pronto-socorro, a preferência dos pacientes recaiu pelo BPI sendo que, na enfermaria, a EVA foi segunda opção. No ambulatório, a preferência dos pacientes recaiu sobre o BPI (80%) seguido do MPQ e os entrevistadores se dividiram igualmente entre esses mesmos questionários. No pronto-socorro, a preferência dos entrevistadores foi pelo BPI (40%), os restantes foram divididos igualmente. Houve uma prevalência maior de concordância do que de discordância das preferências entre pacientes e entrevistadores. Os instrumentos multidimensionais para avaliação da dor têm limitações em sua aplicabilidade no cotidiano da assistência hospitalar à saúde. / Rev Bras Reumatol
2012 / Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento / Sallum, A.M.C;Sousa,R.M.C.	Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras 6 horas, após o evento traumático e verificar a	Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco de Infecção (84,5%), Integridade da pele prejudicada (77,9%), Dor

	relação desses diagnósticos com a mortalidade. / Análise quantitativa.	aguda (71,5%), Conforto prejudicado (68,3%) e Integridade tissular prejudicada (54,1%). A associação entre diagnósticos de enfermagem e mortalidade foi observada em 28 (66,7%) dos diagnósticos identificados / Acta paul. enferm
2012 / Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department / Cantrill, S.V; Brown, M.D; Carlisle, R.J; Delaney, K.A; Hays D.P.; Nelson L.S.; O'connor, R.E., Papa, A., Sporer K.A.; Todd, K.H	Avaliar a prescrição de opióides para pacientes adultos tratados na unidade de Emergência / Revisão da literatura	Embora opióides representam uma modalidade de tratamento que tem sido muito utilizado no tratamento do paciente, é claro pela falta de respostas definitivas para as questões colocadas neste documento e do número significativo de questões de pesquisa futuras que ainda há muito trabalho a ser feito para esclarecer melhor uso de opióides no tratamento de pacientes. / AnnualEmergency Medicine
2012 / How useful are the Heart Foundation risk criteria for assessment of emergency department patients with chest pain? / Kelly, A.M.	Investigar a utilidade do protocolo de classificação de riscos da Fundação do Coração (Heart Foundation - Austrália) em uma população com dor torácica na unidade de emergência. / Estudo prospectivo Observacional.	A classificação de risco da Fundação do Coração (Heart Foundation) mostra apenas o desempenho justo preditivo para MI, 7 e 30 dias MACE. Com especificidade em torno de 50%, a recomendação para a admissão de cuidados coronários para todos os pacientes de alto risco é difícil de justificar. / Emerg Med Australas.

Dos artigos utilizados nesta revisão, a maior parte deles foram desenvolvidos nos anos de 2005 (23%) e 2012 (23%). Em relação às variáveis estudadas nos artigos, seis (35%) trazem

pesquisas sobre dor torácica e quatro sobre (23%) analgesia em situações e unidades de emergência; três (18%) discorrem acerca da dor e analgesia em situações de trauma; um (6%) sobre avaliação da dor em unidades de emergência; um (6%) traz reflexões sobre a eficácia de medicações aos pacientes hipertensos atendidos em emergência e dois (12%) falam indiretamente da dor discutindo diagnósticos de enfermagem ao paciente vítima de trauma.

No que se refere à metodologia utilizada nos artigos avaliados, nota-se uma distribuição heterogênea de metodologia de estudos, sendo a pesquisa prospectiva descritiva a metodologia mais utilizada nos artigos levantados nesta revisão, representado em três (18%) pesquisas. Quanto aos objetivos dos artigos analisados, a maioria (29%) tinha como alvo a adequação analgésica e avaliação da eficácia analgésica no manejo da dor, principalmente em atendimento de emergência pré-hospitalar.

Entre os artigos selecionados, 14 estudos tiveram objetivos com descrição clara e alcançáveis através da metodologia proposta. A maioria dos estudos, traz como resultado a reduzida importância dada à analgesia pelos profissionais de saúde para o alívio da dor, bem como o déficit de conhecimento da equipe de saúde diante do tema abordado, além da percepção de que o assunto é pouco explorado de maneira geral, e a importância de protocolos, voltados principalmente para a identificação e manejo da dor torácica, concluindo ainda que a assistência adequada ao paciente com dor estar diretamente relacionada à redução da morbi/mortalidade.

DISCUSSÃO

Por ser uma revisão integrativa dos últimos 10 anos, considerou-se pouco expressivo o número de publicações sobre o tema, o que reforça a necessidade de mais estudos, em especial de pesquisas, já que a importância da dor, como 5º sinal vital, é debatido desde 1996.

Para uma melhor discussão dos achados sobre dor aguda em emergência, dividiu-se em três categorias:

- **Dor em situações e unidades de emergência:**

A dor é uma das principais queixas de entrada em serviços de emergência, seja a sua origem clínica ou cirúrgica, sendo “as dores de intensidade moderada e forte as mais comuns, contudo, a dor em emergência ainda é subavaliada e subtratada, advindo dessa situação o termo oligoanalgesia” (CALIL, 2008, p.311).

O tratamento da dor no setor de emergência é complexo, e isso se deve a fatores como “a subjetividade do fenômeno, as diferenças quanto ao sexo e raça, local, tipo e gravidade da lesão, intensidade e local de dor, e tipo e quantidade de medicamentos, entre outros” (CALIL; PIMENTA, 2005, p. 326).

A maioria dos autores afirmam que a dor deve ser, no mínimo, aliviada no setor de emergência, pois com os recursos diagnósticos existentes atualmente, não se justificaria deixar um paciente permanecer com dor até a conclusão diagnóstica.

Martinez, Grassi e Marques (2011) revelam que vários estudos demonstram que, apesar do desenvolvimento de numerosos medicamentos analgésicos, muitos pacientes ainda vivenciam dores intensas.

- **Avaliação da dor em Emergência:**

A maioria dos estudos discute a importância quanto a utilização dos instrumentos de avaliação da dor apresentados para padronizar a interpretação do fenômeno doloroso, com o intuito de realizar aferições frequentes, facilitar a avaliação e a ação dos fármacos, documentar o processo e diminuir enganos, danos e frustrações irreversíveis para o paciente e toda a equipe multidisciplinar (CALIL, 2008; CALIL; PIMENTA, 2010; MARTINEZ, GRASSI; MARQUES, 2011).

Em alguns artigos, os autores colocam que a adequada avaliação, controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deve se constituir parte vital da assistência imediata ao paciente, visando contribuir para a manutenção de funções fisiológicas básicas e deve evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor (MARTINEZ, GRASSI; MARQUES, 2011).

A intensidade dolorosa é componente de grande expressão da experiência dolorosa e o mais aferido na prática

clínica e de pesquisa, sendo indispensável para o planejamento da terapia antálgica e verificação da adequação do esquema proposto” (GALLASCH; ALEXANDRE, 2007, p. 215).

Para aferição da intensidade dolorosa, têm sido recomendadas escalas numéricas e descritoras verbais. As escalas numéricas são graduadas de zero a dez, onde zero significa ausência de dor e dez significa a pior dor imaginável. Apesar de simples, essa escala é muito utilizada para o reajuste terapêutico. Além disso, apresenta como vantagem “a facilidade do uso, necessitando apenas de um pouco de cooperação do paciente, pois é de fácil compreensão” (CALIL, 2008, p. 312).

- **Adequação analgésica no alívio da dor aguda:**

Grande parte dos estudos elencados discutem sobre a importância do conhecimento do enfermeiro frente às terapias medicamentosas, uma vez que se faz necessário o reconhecimento da indicação, mecanismos de ação e efeitos adversos de fármacos diante dos tipos de dor existentes.

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu em 1996 uma maneira sistematizada frente a escolha da analgesia, onde a escolha do analgésico ideal para controle da dor corresponde a uma escada analgésica progressiva, composta por três degraus, nos quais as medicações analgésicas são administradas de acordo com a intensidade da dor.

Calil e Pimenta (2005) trazem que estudiosos em analgesia são enfáticos ao afirmar que a oligoanalgesia e subtratamento da dor levam a situações de inadequação analgésica frente à dor referida pelo paciente e que serão necessárias mudanças radicais de atitude em relação à utilização de analgésicos pelas equipes de saúde.

As autoras colocam ainda que a adequação da analgesia, sempre precedida de uma avaliação minuciosa, pode levar a inúmeros benefícios, sobretudo nos sistemas circulatório e respiratório.

A maioria dos artigos consultados comentaram, ou pelo menos citaram o alívio da dor como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas

também de uma questão ética que envolve todos os profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão constatou que a dor aguda na emergência é um tema pouco explorado em nosso meio, representando uma lacuna importante relacionada à assistência e à pesquisa.

O manejo da dor aguda em emergência requer uma avaliação criteriosa e a adoção de condutas padronizadas para a melhor assistência ao paciente em unidades de emergência.

O presente estudo denotou que de todas as publicações, nenhuma estava relacionada diretamente com os métodos de avaliação e controle específico de enfermagem na dor aguda em emergência, o que mostra a necessidade de um maior investimento de pesquisas de campo no sentido de avançar o conhecimento nesta área.

Sugerem-se estudos voltados para a atuação do enfermeiro, como por exemplo, a criação de protocolos que orientem a assistência prestada ao paciente.

A participação do enfermeiro nessa jornada manter-nos-á atualizado e na linha de frente no desenvolvimento de pesquisas que revertam em benefícios à sociedade, permitam uma visão mais individualizada de cada paciente e contribuam para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente com dor aguda em unidade de emergência.

REFERÊNCIAS

1. BERTOLIN, D.C.; *et al.* Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.** 2008;21(Número Especial):179-86.
2. BEZERRA, Isis Menezes. **Assistência de Enfermagem ao estomizado intestinal**: revisão integrativa de literatura. 2007. 93 f. Dissertação de Mestrado (Mestre) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007

3. BEYEA, S.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.** 1998;67(4): 877-80.
4. BROOME, M.E. **Integrative literature reviews in the development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993. p. 193-215.
5. CALIL, A.M.; PIMENTA, C. A. M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev Esc Enferm USP.** 2005; 39(3):325-32.
5. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2005 setembro-outubro; 13(5):692-9
6. CALIL, A.M. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):308-13.
7. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. **Acta Paul Enferm.** 2010;23(1):53-9
8. FREITAS, C.C.; et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor,** 2009; 10: 1: 56-62
9. GALLASCH, C.H.; ALEXANDRE, N.M.C. The measurement of musculaokeletal pain intensity: a comparison of four methods. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2007, 28(2):260-5.
10. GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.** 1987; 10(1):1-11.
11. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **Consensus development conference statement:** the integrated approach to the management of pain, 1994;6(3):491-529.

12. KIPEL, A.G.B. Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.2, p. 303- 308, abr-jun. 2004
13. MADIGAN, E.A. Evidence-based practice in home healthcare. A springboard for discussion. **Home Healthc Nurse.** 1998;16(6): 411-5.
14. MARTINEZ, J.E; GRASSI, D.C.; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol.** 2011;51(4):299-308
15. MAY, L. E. A atuação da enfermagem frente à dor do cliente em pós- operatório – uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2003.
16. OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.** 2010 Jul/Set;4(3):53-6
17. SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 6, n.1, Jan/Mar. 2005.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Câncer pain relief: with a guide to opioid availability.** 2 ed. Geneva, 1996. p.1-63.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Nesse estudo, foi utilizado como referencial metodológico a pesquisa qualitativa do tipo Convergente-Assistencial (PCA). Essa modalidade de pesquisa foi desenvolvida por duas enfermeiras, inspiradas na pesquisa-ação de Kurt Lewin, e no processo de Enfermagem, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática.

Quando desenvolveram essa metodologia, as autoras pensaram em sua utilização na área de enfermagem, contudo, esse método pode ser empregado pelas demais profissões, principalmente nas que tiverem uma prática profissional que envolva diretamente as pessoas da comunidade (TRENTINI; PAIM, 2004).

As principais características da PCA consistem em sua articulação com a prática assistencial, participação ativa dos sujeitos da pesquisa, e intencionalidade de resolução/minimização de problemas ou introdução de inovações na prática assistencial. Ou seja, neste tipo de investigação o tema da pesquisa deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador, e assim sendo, estará relacionado à situação problema da prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

Entretanto, as mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas, e para que isso ocorra é providencial a participação deles em todo o processo de pesquisa. Na PCA, os participantes não assumem apenas a condição de informante, mas constituem parte integrante do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Diante desses fatores, considerou-se oportuno a realização de uma PCA na pesquisa em questão, uma vez que coerente com o que essa metodologia propõe o tema e o problema do estudo, emergiram de situações práticas cotidianas em que a pesquisadora se insere, havendo interação com o cenário e sujeitos pesquisados. Além disso, ainda em consonância com os pressupostos da PCA a presente pesquisa buscou a resolução/ minimização dos problemas identificados, que nesse caso foi identificar quais os cuidados que os

Enfermeiros atuantes na Emergência de Adultos do HU prestam ao paciente com dor aguda e a partir dessa identificação elege coletivamente esses cuidados para a construção de uma proposta de protocolo de cuidados ao paciente com dor aguda em emergência.

3.1 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas em superação, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber-pensar ao saber-fazer.
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no campo da investigação científica.
- A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo que se beneficie com o acesso franco às informações procedentes deste contexto.
- O profissional da saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual do trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA apresenta cinco fases ou procedimentos, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação. Essas compõem um sub-processo com vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.1 Fase de Concepção

Compreende a fase inicial da pesquisa, nela estão incluídos: a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo e a revisão de literatura, já apresentados anteriormente (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.2 Fase de Instrumentação

Corresponde às seguintes decisões metodológicas: escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes e dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.2.1 Espaço físico da pesquisa

Para Trentini e Paim (2004) a escolha do cenário da pesquisa é compreendido como aquele onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa.

A investigação foi realizada em um Hospital Universitário (HU) da região sul do Brasil. O referido hospital foi inaugurado em 1980 e é o único de Santa Catarina totalmente público, sendo referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte. Atua com o objetivo de ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e outras, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e dos departamentos de ensino, que nele efetivamente atuam; prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária, estando de acordo com o Sistema Nacional de Saúde vigente (UFSC, 1992).

O hospital tem capacidade para 250 leitos de internação, distribuídos nas áreas médicas, cirúrgicas, tratamento intensivo, pediatria, ginecologia e obstetrícia, neonatologia e alojamento conjunto. Além dessas unidades de internação, possui ainda uma unidade de tratamento dialítico, unidade de emergência adulto e pediátrico, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de esterilização e um ambulatório especializado em média e alta complexidade e outros setores de apoio.

O serviço de emergência adulto do HU possui uma demanda de atendimento por volta de 147 pacientes ao dia, 178

internações por mês⁴ e atende principalmente casos clínicos e em menor proporção casos cirúrgicos, por não ser referência aos serviços de neurocirurgia e ortopedia.

O setor é dividido em três áreas de assistência: Acolhimento com Classificação de Riscos, Serviço de Emergência Interno (SEI) e Repouso.

Em agosto de 2011, o SEA do HU reativou o acolhimento com classificação de risco com vistas ao disposto na Política Nacional de Humanização na Política Nacional de Atendimento as Urgências (PNAU). Funciona diariamente das sete da manhã a meia-noite em consultório próprio. Conta com uma enfermeira em cada turno, que realiza a classificação de risco fundamentada no Protocolo de Manchester adaptado que foi adotado pela instituição como ferramenta de trabalho na identificação do grau de risco do usuário que busca o SEA do HU.

No SEI são atendidos os pacientes encaminhados e referenciados das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento, bem como aqueles que chegam através de serviços móveis de urgência, tais como Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Bombeiros.

Neste espaço, os pacientes permanecem aguardando em macas nos corredores, ou em poltronas na sala de medicação, constituindo em torno de 25 pacientes em observação e, eventualmente, internados. Possui, ainda, uma sala cirúrgica para pequenos procedimentos e uma sala de reanimação para atendimento a pacientes graves. Por fim, no Repouso estão dispostos 13 leitos, sendo um de isolamento, onde os pacientes aguardam liberação de vagas nas unidades de internação ou a própria alta.

As demandas geradas em virtude das queixas álgicas contemplam grande parte dos pacientes atendidos no setor. Dentre as principais causas de queixas frente ao fenômeno doloroso, estão incluídas as dores lombares, abdominal, torácica e cefaléias, seguidas das mialgias e artralguas (XAVIER; BERTONCELLO, 2012).

⁴Dados disponibilizados pelo setor de Estatísticas do HU-UFSC em DEZ-2012.

A equipe deste serviço é composta por 24 médicos (entre clínicos e cirurgiões), oito auxiliares de enfermagem, 42 técnicos, 18 enfermeiros e seis enfermeiras residentes, além de cinco bolsistas, seguranças, copeiros e auxiliares de limpeza. Passam, ainda, pelo setor, em caráter de rodízio, médicos residentes, acadêmicos de Enfermagem, do Serviço Social e da Medicina.

A enfermagem possui um modelo assistencial baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, que norteia a sistematização da assistência de enfermagem da instituição, garantindo a organização e individualização da assistência ao cliente. Desta forma o enfermeiro executa o histórico de enfermagem identificando as necessidades do cliente e realiza a prescrição e evolução de enfermagem diária.

3.2.2.2 Participantes

De acordo com Trentini e Paim (2004), na PCA a amostra deverá ser constituída por sujeitos envolvidos no problema de pesquisa, e entre esses, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo. Considerando o exposto, foram convidados a participar do presente estudo, todos os enfermeiros de todos os turnos, inclusive enfermeiras residentes do setor de Emergência de Adultos do Hospital Universitário – HU/UFSC, que aceitaram participar da pesquisa através da concordância formal com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ressaltar que estes procedimentos só ocorreram após a aprovação de um parecer consubstanciado (Anexo C) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina para a extensão do projeto aprovado com o protocolo favorável sob nº 2023 (Anexo D).

Não foi estipulado, um número fixo de participantes, uma vez que conforme Trentini e Paim (2004) em pesquisa qualitativa, o pesquisador inicia a coleta de informações sem predeterminação do número de participantes, pois quando ocorre repetição de informações, geralmente a amostra é considerada

adequada, ou seja, quando há saturação dos dados, pode-se encerrar a coleta.

3.2.2.3 Métodos para a coleta e análise dos dados

APCA não estabelece técnicas específicas de coleta e análise das informações. Nessa modalidade de pesquisa, podem-se utilizar as mais variadas técnicas, desde que essas tenham consonância com os critérios da PCA os quais incluem: ter como propósito a resolução/ minimização de problemas, introduzir inovações no campo da prática e ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, como método, foi realizada uma prática assistencial com entrevistas e discussões em grupo.

Conforme Trentini e Paim (2004), as entrevistas objetivam obter informações fidedignas por meio da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana. Nessa pesquisa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, a qual pode combinar perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de transcorrer sobre o tema abordado sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2008).

Quanto às discussões em grupo, essas propiciaram a geração e expressão de opiniões, à possibilidade de consenso entre os participantes e a resolução de problemas no grupo. O moderador do grupo possui papel de direcionador, determinando o início e o fim da discussão, bem como introduzir novas perguntas para um aprofundamento do tema (FLICK, 2004).

A condução das discussões em grupo pode ser feita pelo próprio pesquisador ou por outra pessoa, que será o moderador do grupo, cujo papel é proporcionar uma atmosfera favorável ao debate, promover a participação de todos e controlar o tempo evitando dispersão dos objetivos da discussão (TEIXEIRA; MACIEL, 2009). As mesmas autoras acrescentam que para registro das discussões podem ser utilizadas gravações (áudio e/ou vídeo), anotações escritas e fotografia. As

discussões em grupo tiveram a finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas e, a partir disso, em conjunto com os enfermeiros participantes desenvolver uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem para o paciente adulto com dor aguda no setor de emergência do HU/UFSC.

No que tange ao ambiente dos encontros esse deve ser agradável, onde os participantes se sintam à vontade, favorecendo a livre expressão, sem inibições (TEIXEIRA; MACIEL, 2009).

A fase de análise consiste em decidir que métodos e técnicas foram utilizados para analisar informações, uma vez que a PCA investiga fenômenos do contexto da prática assistencial de enfermagem, podendo assim ser utilizados métodos de análise quantitativos, qualitativos, ou ambos. Neste estudo, como citado anteriormente o método adotado foi o qualitativo.

Na pesquisa convergente-assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 91 e 92).

Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**, que através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), “é um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”.

A técnica do **Discurso do Sujeito Coletivo** busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (Lefèvre; Lefèvre, 2003 p.11).

Lefèvre e Lefèvre (2003) propõem quatro figuras metodológicas para a confecção dos DSCs, quais sejam: **as expressões chaves (ECHs), as ideias centrais (IC), a ancoragem (AC) e o DSC.**

As **ECHs** são pedaços, trechos ou transcrições contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. Devem ser destacadas pelo pesquisador, e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.

As **IC** são expressões linguísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECHs e que vão dar origem ao DSC.

A **AC** é a expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa adotada pelo autor do discurso e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

O **DSC** é uma agregação, ou soma, não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo, é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das ECHs que têm a mesma IC ou ancoragem.

3.2.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase são eleitas as estratégias utilizadas para a obtenção dos dados, descrevendo suas particularidades. As estratégias nascem da criatividade do pesquisador e têm que ter aderência ao método. O que garante as estratégias utilizadas é o

caráter de convivência e intimidade, ou seja, de familiaridade com os dados e os registros. Ela deve dar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas de informações de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esta fase apresenta como foi operacionalizada a utilização dos instrumentos de coleta de dados durante a PCA.

As estratégias apresentadas foram cumpridas de acordo com as necessidades e realidade da prática, ou seja, de acordo com o processo de desenvolvimento da PCA.

Qualquer estratégia, que seja declarada face a face com os grupos ou face a face individual, o que as garante são não-eventualidade, o não-espontaneísmo, o não-espontâneo e sim, o caráter de convivência e intimidade com os dados e os registros. Dada essa familiaridade, tão necessária na assistência como na pesquisa convergente-assistencial, as estratégias têm aderência ao método, porém viabilizam o enfrentamento da sensibilidade, do não-dito, da sensação, da emoção, da intuição, elementos presentes na prática da entrevista (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 85-6).

Assim, a prática assistencial se deu concomitantemente com a pesquisa e foi vivenciada durante todo o processo. A todo o momento o resgate do referencial metodológico da PCA foi imprescindível. Como destaca Trentini e Paim, (2004, p.72) é necessária uma dança que envolva “movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência”.

Durante a prática houve constantemente o compartilhar com os enfermeiros, dos resultados que emergiam das estratégias, permitindo avaliações e readequações nas ações propostas. Acredito que este ir e vir proporcionado pela PCA foi imprescindível, para provocar as mudanças efetivas na realidade investigada.

“A principal característica da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 26). Assim, as ações desenvolvidas serviram de informação para a pesquisa. As discussões em grupo, caracterizadas como um processo educativo permitiu a construção coletiva do conhecimento, direcionando neste momento a prática assistencial dos enfermeiros do setor de Emergência do HU/UFSC.

3.2.3.1 Entrevistas

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada em duas etapas: entrevistas e discussão em grupo.

A primeira se constituiu por meio de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B) as quais foram agendadas previamente e realizadas individualmente mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Deu-se preferência a locais que oferecessem privacidade, objetivando que não ocorressem interrupções, embora a maior parte dos participantes terem optado por realizar as entrevistas em seu horário de serviço, sendo utilizadas salas anexas ao setor de emergência para realização das entrevistas. Participaram dessa etapa 15 profissionais enfermeiros. A não abrangência da totalidade de profissionais nas entrevistas se deu devido a cinco destes profissionais estarem de férias, dois em licença especial, um não conciliou os horários disponíveis para a entrevista e um optou por não fazer parte do estudo. Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, foi solicitado permissão dos participantes para que as entrevistas fossem registradas num microgravador, e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Com relação ao tempo de cada entrevista, estas tiveram duração média de 15 minutos, a partir das seguintes perguntas:

1) Quais os cuidados de enfermagem que você presta ao paciente que chega à emergência com dor aguda?

2) Quais os cuidados de enfermagem você considera necessário para compor um protocolo de cuidado de enfermagem para avaliação e controle de dor aguda no setor de emergência?

A partir desse questionamento, a entrevista foi conduzida de modo que os participantes pudessem discorrer sobre o tema e associar sua prática assistencial e o conhecimento prévio acerca dos cuidados ao paciente com queixa de dor aguda. No final da entrevista, foi reforçado o convite a participar da etapa dois, ou seja, dos encontros para a elaboração do protocolo de cuidados de enfermagem.

3.2.3.2 Discussão em Grupo

A segunda etapa foi realizada por meio de discussão em grupo e teve como finalidade socializar as informações obtidas nas entrevistas e, a partir disso, em conjunto com os enfermeiros participantes, desenvolver uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda na emergência, fundamentado na prática do cuidado, no conhecimento dos participantes frente ao fenômeno álgico e nas evidências científicas.

Essa atividade foi organizada da seguinte forma: foi realizado um calendário com as possibilidades de datas de cada participante, e partir das preferências foi organizado com a participação de 10 profissionais.

O encontro foi áudio registrado em um microgravador, sob consentimento prévio dos participantes. O objetivo da gravação de áudio foi garantir que todas as informações fossem registradas, uma vez que várias opiniões foram emitidas por cada um dos integrantes do grupo.

Com relação ao local do encontro, este foi realizados na sala de aula da clínica médica 2 (CM2), onde foi convidado aos 10 participantes presentes a se acomodarem em círculo promovendo um ambiente agradável e propício para discussão, os cinco outros enfermeiros justificaram sua indisponibilidade devido a outro emprego.

No que tange ao tempo de duração do encontro foi registrado três horas e meia de duração.

A dinâmica adotada se deu da seguinte forma:

- No horário combinado previamente com os participantes, os mesmos foram recepcionados na sala de aulas da CM2 e depois de acomodados, explicado o objetivo da realização do encontro. Além disso, foi novamente elucidado sobre a

liberdade de participação de cada um e solicitado à permissão para gravação do áudio do encontro.

- Na sequência foi entregue a cada um dos participantes uma folha impressa, com a síntese dos resultados das entrevistas, onde foi discutido as sugestões registradas.
- As ideias centrais para elaboração do protocolo foram divididas por aproximação e afinidade das respostas. Os relatos deram origem a seis discursos que tiveram como ideias centrais: Avaliação multidimensional da dor; uso de recurso medicamentoso para o alívio da dor; uso de métodos alternativos para o alívio da dor; dor como sintoma de prioridade na classificação de risco; escalas de dor como ferramenta de avaliação e controle da dor; dificuldades para implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor no ambiente de emergência. Foi explicado como foram construídos os discursos com as informações das entrevistas e foi solicitado que cada um lesse em voz alta o que havia recebido.
- Seguindo a leitura foram projetados slides que traziam uma lista síntese de todos os cuidados que foram aludidos nos seis discursos, lidos pelos participantes. Dando continuidade foi apresentada uma breve exposição das evidências científicas disponíveis acerca de todos os cuidados mencionados, já trazidos pela pesquisadora.
- Durante a exposição das evidências dos cuidados, foi aberto para discussões. Nesse momento os participantes puderam expor suas opiniões e também foi um momento educativo, onde o confronto dos cuidados com a literatura trouxe esclarecimentos para alguns participantes.
- Após essas discussões foram apresentadas aos participantes as justificativas científicas dos cuidados nos quais estes elegeram importantes para compor um protocolo de cuidados para avaliação e controle de dor aguda no ambiente de emergência.
- Nesse momento então foi novamente mostrado a lista de cuidados que emergiram das entrevistas e suas respectivas justificativas científicas e questionado quais poderiam

efetivamente ser realizados por eles, a partir de critérios de viabilidade, compromisso de aplicação e eficácia comprovada.

- No final do encontro foi apresentada uma síntese das discussões e construções coletivas realizadas nesse espaço. Foi explicada no final do encontro que a proposta de elaboração do protocolo é uma junção dos cuidados elegidos pelos profissionais que compuseram o encontro à luz dos relatos das entrevistas com todos os profissionais participantes, ou seja, seria o resultado validado consensualmente de todos.
- Finalizou-se o encontro depois de três horas e meia, com o comprometimento da pesquisadora em fazer pequenos ajustes necessários e enviar a todos os participantes, o processo final da construção coletiva da proposta de um protocolo de cuidados de enfermagem voltados à avaliação e controle da dor aguda no indivíduo adulto atendido no ambiente de emergência do HU/UFSC.

3.2.4 Fase de Análise

Esta fase permeou todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, culminando com a construção coletiva da proposta de um protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente adulto com dor aguda na emergência.

A versatilidade da PCA de envolver processos de assistência e pesquisa simultâneos transforma constantemente a realidade estudada (TRENTINI; PAIM, 2004). Desta forma, a análise dos resultados ocorre durante o processo de coleta das informações, e é descrita evidenciando as intervenções na realidade durante a prática assistencial.

Para a análise, foram utilizadas três das quatro figuras metodológicas da proposta de Lefèvre e Lefèvre (2003): ECHs, IC e DSC.

Os procedimentos de construção do DSC foram realizados seguindo as seguintes etapas:

- a) agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema,
- b) extração das ECHs dos discursos individuais,

- c) agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar,
- d) extração da IC de cada agrupamento de ECHs
- e) construção do DSC com as ECHs relacionados a cada IC.

Para construir o DSC segue-se uma esquematização clássica, do tipo começo, meio e fim, e do mais geral para mais particular. As partes do discurso ou parágrafos são ligados por meio de conectivos que proporcionem a coesão do discurso, eliminando-se dados particularizantes, tais como sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas etc. e as repetições de ideias (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Para esta etapa foram adotadas as etapas propostas por Morse e Field (1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004): a) processo de apreensão: iniciou com a coleta de informações provenientes das entrevistas; b) processo de síntese: constituiu-se do estudo das informações obtidas nas entrevistas, analisando as associações, variações de informações e síntese; c) processo de teorização: nesta fase foi realizada a construção da proposta do protocolo de cuidados, que aconteceu nas discussões em grupo, aproximando as informações coletadas com o referencial da literatura; d) a transferência dos resultados não é a de generalizações e sim de socialização. Todavia nada impede que o protocolo construído possa ser transferido para outros cenários/contextos semelhantes.

3.2.5 Fase de Interpretação

Esta fase compromete-se com o resultado da pesquisa e compreende três processos: síntese, teorização e transferência.

A síntese examina subjetivamente as associações e variações das informações. A teorização é o desenvolvimento de esquema teórico intelectual. Nesta etapa surge a formulação de novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo. O processo de transferência constitui a socialização dos resultados, contextualizando em situações similares (MORSE; FIELD, 1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004). A síntese neste estudo está retratada nas análises dos discursos com a fundamentação teórica. A teorização encontra-se na parte final desta apresentação.

A transferência seria a socialização dos resultados. Na PCA existem sempre duas classes de resultados: uma ligada ao problema de pesquisa focado, e a outra a ampliação do resultado em processo de modo a interferir na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Os resultados encontrados nesse estudo poderão servir ou ter significado em contextos similares, sem que o processo utilizado seja configurado como tendo poder de generalização como referem as autoras do método de PCA.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 13 de janeiro de 2012, sob o certificado nº 2023 (Anexo D). Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e na Declaração de Helsinki (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964), cumprindo os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O presente estudo respeitou os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem, através da resolução COFEN 311/2007 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2008).

Os aspectos éticos assumidos durante o desenvolvimento deste trabalho foram os seguintes:

- o estudo foi desenvolvido mediante a autorização dos responsáveis pela instituição, bem como o consentimento para revelar o nome da mesma;

- o trabalho a ser desenvolvido, bem como seus objetivos foram apresentados para todos os enfermeiros do setor de emergência do HU/UFSC;

- as entrevistas e discussões em grupo somente tiveram início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da UFSC e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) pelos enfermeiros, sem que tivesse utilizado qualquer tipo de coação;

- o respeito ao direito de participar ou não do trabalho foi garantido, bem como a desistência, independente da etapa em que se encontrava o estudo;

- o anonimato foi garantido, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes;

- em todas as situações do desenvolvimento do estudo, estive disponível para dúvidas e questionamentos e também aceitando críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício do crescimento profissional de todos os envolvidos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta investigação serão apresentados por meio de dois manuscritos número 2 e 3.

O segundo se intitula: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA: uma construção coletiva.

O terceiro tem como título: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O CONTROLE DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA: uma construção coletiva.

4.1 MANUSCRITO 2: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA¹

¹ Este manuscrito trata da construção coletiva da proposta de protocolo para avaliação da dor aguda em emergência propriamente dita. Nesse artigo são enfatizados os dados referentes a Discussões em Grupo, mas também menciona os dados das entrevistas, uma vez que as duas etapas se complementaram para o resultado final da construção coletiva.

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA: uma construção coletiva¹

PROPOSED PROTOCOL FOR EVALUATION OF ACUTE PAIN IN EMERGENCY: A construction coletiva

PROTOCOLO DE PROPUESTO PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO EN CASO DE EMERGENCIA: una construcción coletiva

ARTIGO ORIGINAL

Luciana Bueno Xavier²
Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

Resumo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA) realizada com enfermeiros da emergência geral um hospital público de ensino de Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada através da participação de 15 enfermeiros nas entrevistas semi-estruturadas e 10 enfermeiros na discussão de grupo, com o objetivo de eleger de forma coletiva os cuidados para a construção de uma proposta de protocolo de cuidados para o controle da dor aguda em emergência.

¹ Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, da Enfermeira Luciana Bueno Xavier orientado pela Prof^a Dr^a Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

² Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Urgência e Emergência. Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199, CEP 88040-970 - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil. Endereço para correspondência: Sv. Maria Francisca da Natidade, 116 – Ribeirão da Ilha – CEP 88064-747 – Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. Email:luciana_bx@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II, do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Vice-líder do Grupo de Pesquisa GEASS/PEN/UFSC. Rua Hipólito Mafra, 203 Apto 307^a – Edifício Mirante Sul – Saco dos Limões - CEP: 88040-410 - Florianópolis – Santa Catarina - Brasil. Email: kbertoncello@yahoo.com.br - Cel: (048) 99199084.

Para análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Da análise das entrevistas associado à discussão em grupo, emergiram três eixos de cuidados para o desenvolvimento da proposta de protocolo de dor aguda em emergência:

Avaliação multidimensional da dor como cuidado prestado ao paciente com dor aguda; A dor como sintoma de prioridade para atendimento na classificação de riscos e Escalas de dor como ferramenta de avaliação da dor.

O processo da construção da proposta de protocolo propiciou aos enfermeiros a oportunidade de repensar a prática do cuidado ao paciente com dor aguda na unidade de emergência, bom como possibilitará novos estudos na área para validação de instrumentos afim de sistematizar a assistência, orientando as ações necessárias para o cuidado.

Palavras-Chave: dor aguda, enfermagem e emergência; protocolo; cuidados de enfermagem.

Abstract: This is a qualitative type Convergent Care (PCA) conducted with nurses from a public hospital emergency general teaching of Santa Catarina. Data collection occurred between the months of September to December 2012 and was organized with the participation of 15 nurses in semi-structured interviews and 10 nurses in the group discussions, with the goal of electing collectively care for building a proposal for a specific protocol of care to patients with acute pain in emergency. To analyze the data obtained in the interviews used the methodological process of the Collective Subject Discourse (CSD). From the analysis of the interviews associated with group discussion revealed three axes of care for the development of the proposed protocol for acute pain in emergency: Evaluation multidimensional pain as care provided to patients with acute pain, pain as a symptom of priority for care in risk rating scales and pain as pain assessment tool. The process of construction of the proposed protocol led to nurses the opportunity to rethink the practice of care for patients with acute pain in the emergency department, good as new studies in the area allow for validation of instruments in order to systematize the assistance, guiding the actions necessary for care.

Keywords: acute pain, nursing and emergency care; protocol; nursing care.

Resumén: Este es un tipo cualitativo Convergente Asistencial (PCA) realizado con enfermeras de la emergencia pública docente hospital general de Santa Catarina. La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de septiembre a diciembre de 2012 y fue organizada con la participación de 15 enfermeras en entrevistas semi-estructuradas y 10 enfermeras en las discusiones de grupo, con el objetivo de elegir colectivamente cuidado para la construcción de una propuesta para un protocolo específico de atención a los pacientes con dolor agudo en situaciones de emergencia. Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas utilizadas del proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). A partir del análisis de las entrevistas relacionadas con discusión en grupo reveló tres ejes de atención para el desarrollo de la propuesta de protocolo para el dolor agudo en situaciones de emergencia: dolor de Evaluación multidimensional como la atención prestada a los pacientes con dolor agudo, dolor como un síntoma de prioridad para la atención en escalas de calificación de riesgo y el dolor como herramienta de valoración del dolor. El proceso de construcción del proyecto de protocolo dirigido a las enfermeras la oportunidad de repensar la práctica de la atención para los pacientes con dolor agudo en el servicio de urgencias, las buenas como nuevos estudios en la zona permiten la validación de los instrumentos con el fin de sistematizar la asistencia, guiando las acciones necesarias para la atención.

Palabras-Clave: tratamiento del dolor agudo, de enfermería y de emergencia; protocolo, atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

O fenômeno doloroso vem ganhando destaque na última década, denotando a importância da temática frente ao processo assistencial realizado pela equipe de enfermagem.

O tema proposto vem sendo discutido com maior ênfase a partir de 1996, quando James Campbell (Presidente da

Sociedade Americana de Dor - *American Pain Society*) introduziu a frase “dor como o quinto sinal vital”, enfatizando a importância de avaliar a dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais (SOUSA; SILVA, 2005).

Nota-se que apesar de estudos sobre esta temática serem cada vez mais frequentes e divulgados, ainda há pouco conhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre a dor, avaliação e seu tratamento, estabelecendo um desafio para a promoção do conforto nessa situação, uma vez que não se justifica, pois há disponível um arsenal de drogas e técnicas para o alívio da dor.

A dor é “uma experiência humana universal necessária, pois protege o indivíduo de lesões, tendo em vista a indução para a remoção ou afastamento da fonte lesiva” (FREITAS, et al. 2009, p. 57).

Sousa e Silva (2005, p. 488), afirmam que “a dor é usualmente associada com lesão ou a um processo fisiopatológico que causa uma experiência desconfortável, desagradável, e é geralmente descrita em tais termos”.

Para McCferry (1989 apud May, 2003) “a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”, afirmando a ideia de que é imprescindível acreditar na dor que o cliente refere já que esta é uma sensação pessoal e intransferível, ou seja, cada um sente de maneiras e intensidades diferentes.

Antigamente, a dor era definida como um fenômeno da mente e estava associada a punições espirituais e a presença de demônios no indivíduo que a referia (MAY, 2003, p. 135).

Originária do latim *poena* ou punição, a dor é citada nos relatos históricos mais antigos que trazem evidências em preces e encantamentos (KIPEL, 2004, p. 97).

Ao debater esta questão, May (2003, p. 138) relata que haviam duas formas distintas de origem da dor, sendo estas internas e externas. A autora ainda aponta que para as causas internas, cuja explicação não existia, o conforto da dor se dava através de orações e obras divinas. Aquelas cuja causa era externa como “queimaduras e fraturas, utilizavam-se artifícios naturais como emplastos medicinais, imposição de mãos, toque de curandeiros, aplicação de calor e fricção, salientando que alguns destes manejos são utilizados até hoje”.

Atualmente, grande parte dos estudos abordam a dor na sua subjetividade e multidimensionalidade, confirmando conceitos nos quais consideram toda dor real e que se manifestam através de fatores fisiológicos, sensorial, afetivo, cognitivo, comportamental e sociocultural (SOUZA; SILVA, 2005, p. 462).

Manejar a dor é tarefa complexa nas diversas instituições de saúde nacionais e internacionais. Sua completa avaliação serve para guiar a conduta terapêutica apropriada, o que permitirá um tratamento eficaz e um acompanhamento do paciente de forma confiável. Para tanto, devem estar envolvidos nessa tarefa todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, pois eles são os que mais freqüentemente avaliam a dor, a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010, p. 60).

A dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto-socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência.

Entre as dores agudas, a dor na emergência é a menos investigada em nosso meio. Tal fato é preocupante, visto o grande número de vítimas que são atendidas e permanecem diariamente nesse setor (CALIL; PIMENTA; 2005).

A International Association for Study of Pain (IASP, 1994) afirma que a dor aguda vem sendo negligenciada ao redor do mundo, causando sofrimento incalculável a milhares de pacientes nos últimos vinte anos.

Após ingressar em 2010, na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, atuando no setor de emergência de adultos do Hospital Universitário – HU, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o interesse pela pesquisa sobre assuntos que permeiam a dor continuou e aumentou, pois se trata de um setor que trabalha constantemente com este sintoma.

Desta maneira, ao observar a dinâmica de atendimento do setor de Emergência de Adultos (SEA) do HU, percebia algumas dificuldades existentes no processo de manejo da dor aguda, devido ao fato de não existir nenhum instrumento que avalie este fenômeno, e por muitas vezes as medidas

analgésicas utilizadas serem parcimoniosas, prejudicando a recuperação do paciente e prolongando sua permanência no setor.

Durante este processo de pesquisa, tive a percepção da importância da avaliação adequada da queixa algica, da necessidade de elaboração de protocolos, dos registros das ações de enfermagem e da importância da educação continuada sobre a temática da dor.

A pesquisa desenvolvida para o trabalho de conclusão de curso (TCC) do Programa de Residência objetivou analisar a resposta da aplicação do Instrumento de avaliação e controle da dor aguda, proposto por McCaffery e Beebe. Neste estudo, os resultados mostraram a necessidade de um registro sistemáticos e periódico que acompanhe o paciente em situação de dor a fim de realizar os ajustes necessários ao tratamento, bem como nos permitiu conhecer as facilidades e dificuldades encontradas na avaliação e controle da dor através de um instrumento de registro analítico em unidades emergência, percebendo-se que existem muitos desafios relacionadas ao tema para superar (XAVIER; BERTONCELLO, 2012).

Assim, a continuidade deste trabalho justifica-se pela necessidade de estabelecer uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda no SEA à luz de uma construção coletiva, visando à contribuição da construção do conhecimento, através da prática do cuidado, e respeitando as características deste serviço, uma vez que as respostas às terapias analgésicas necessitam ser regularmente avaliadas e documentadas, já que as condições dos pacientes são dinâmicas e a necessidade de alívio da dor pode variar frequentemente.

Entendo que a elaboração desta proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com queixas algicas no setor de emergência, além de sistematizar e uniformizar as condutas na assistência prestada ao paciente com dor aguda compreenderá uma possibilidade de reavaliar o paradigma assistencial da enfermagem no manejo ao paciente com dor nos serviços de emergência. Assim, com este trabalho pretendo responder à seguinte questão problema: ***quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo***

assistencial de enfermagem para a avaliação da dor aguda à pacientes adultos com dor ambiente de emergência?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA) realizada com enfermeiros da emergência geral um hospital público de ensino de Santa Catarina. As principais características da PCA consistem em participação ativa dos sujeitos da pesquisa, intencionalidade de resolução e/ou minimização de problemas e introdução de inovações na prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004). A pesquisa foi aprovada pelo após deferimento do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina solicitando a extensão do trabalho de pesquisa aprovado sob o certificado nº 2023, seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996).

Estabeleceu-se, como critérios de inclusão dos participantes: autorizar o uso de gravador, permitir a divulgação dos dados resguardando seu anonimato e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para determinar o término da coleta de dados o princípio da saturação das informações.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada em duas etapas:

A primeira etapa consistiu em entrevistas semi-estruturadas a partir da seguinte pergunta norteadora: **quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo assistencial específico para a avaliação da dor aguda à pacientes adultos em ambiente de emergência?**

A partir desse questionamento, as entrevistas foram conduzidas de modo que os participantes pudessem discorrer sobre o tema e associar sua prática assistencial e conhecimento prévio acerca dos cuidados frente à avaliação e controle da dor aguda na emergência. Aqueles que concordaram tiveram a entrevista agendada conforme sua disponibilidade de horário em sala anexa a unidade. Para análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) o qual corresponde a um discurso

síntese, elaborado com recortes dos discursos individuais utilizando-se a primeira pessoa do singular. A segunda etapa utilizou a técnica de grupos focais. Todos os profissionais que participaram das entrevistas foram convidados para os encontros. Os profissionais que se dispuseram a participar dessa etapa participaram de um encontro. O encontro foi agendado conforme o horário de preferência e disponibilidade dos participantes, sendo que este encontro foi composto por 10 profissionais. A realização da discussão em grupo, teve a finalidade de socializar os resultados obtidos nas entrevistas e eleger de forma coletiva os cuidados para a construção de uma proposta de protocolo de cuidados ao paciente com dor aguda em emergência. A proposta de protocolo de cuidados foi resultado da junção dos cuidados elegidos pelos profissionais que compuseram as entrevistas.

Para melhor contextualização de todo o processo de construção do protocolo de cuidados, é apresentado a seguir um diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros realizadas durante a discussão em grupo, como uma síntese da experiência vivenciada:

Figura 1: Diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante o encontro para discussão em grupo



Fonte: Próprio autor

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos resultados abrangem inicialmente o perfil dos participantes deste estudo e na seqüência a exposição e discussão dos resultados obtidos nas entrevistas e no encontro de Discussão em Grupo. Na primeira etapa da pesquisa, que consistiu em entrevistas individuais, participaram 15 profissionais enfermeiros, do sexo feminino, do setor de emergência de adultos, com idade entre 25 e 50 anos. A maior parte dos participantes (9) tinham entre um e cinco anos de serviço na área da saúde de igual proporção, na área de emergência.

Utilizou-se para identificação das expressões chaves de cada um o código por numeração de ordem de execução, por exemplo: E1, E2 e assim sucessivamente.

Da análise das entrevistas emergiram três DSC: 1) *Avaliação multidimensional da dor como cuidado prestado ao paciente com dor aguda*; 2) *A dor como sintoma de prioridade para atendimento na classificação de riscos*; 3) *Escalas de dor como ferramenta de avaliação da dor*. Estes deram origem aos discursos coletivos representados por DSC1, DSC2, DSC3, para diferenciá-los, de acordo com as expressões.

Tema 1 – AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA

Ideia Central (IC): avaliação multidimensional da dor como cuidado prestado ao paciente com dor aguda.

Expressões-chave (ECHs):

“Primeiramente avalio o tipo desta dor, local, intensidade, duração, quando começou; verificado sinais vitais, possível causa...” (E1).

“Eu busco abordar ele questionando primeiro o local da dor, a intensidade da dor média forte fraca e a quanto tempo esta dor se começou agora, e se tem algum fator que aumenta a dor...” (E8).

“Bom no primeiro momento a gente pergunta onde é que é a dor, o tipo de dor, onde tá localizada, quanto tempo começou esta dor, se é de fisgada, se é latejante, se já teve esta dor outra vez... isso é ate importante para avaliar e tá passando para o médico...” (E9).

“... Então eu acho que o primeiro passo, pra gente, pra mim pelo menos, é tentar acalmar este paciente e identificar da melhor maneira possível que tipo de dor é essa e as características de quando começou enfim, para que a gente possa encaminhar da maneira correta para o que vai ser mais necessário...” (E13).

DSC 1: “Primeiramente avalio o tipo desta dor, identificar da melhor maneira possível que tipo de dor é essa e as características, se é de fisgada, se é latejante, se já teve esta dor outra vez, local, intensidade, duração, quando começou, verificado sinais vitais, possível causa, e se tem algum fator que aumenta a dor, para que a gente possa encaminhar da maneira correta para o que vai ser mais necessário”.

Observa-se no discurso que a avaliação da dor é realizada pelos enfermeiros de modo multidimensional, ou seja, são observados fatores fisiológicos, sensoriais, cognitivos e comportamentais no momento da assistência ao paciente.

Alguns autores confirmam essa prática ao colocarem que a avaliação da dor aguda consiste na localização, intensidade, início, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes e outros sintomas associados, e que a avaliação destes parâmetros auxilia na escolha da melhor analgesia e observação da eficácia do método de alívio proposto face a problemática da dor (CALIL; PIMENTA, 2005; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Sakata (2008, p. 27), afirma que existem variadas formas para realizar a avaliação da dor, e descreve que a mesma pode ser medida “por meio do relato do cliente, por escalas, pela

quantidade de analgésico que o paciente solicita e pela necessidade de complementação analgésica”.

A verificação dos sinais vitais também se destaca dentre as condutas realizadas para avaliação da dor pelos profissionais.

Denominam-se como sinais vitais as medidas de pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória e temperatura corpórea. A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue no interior das artérias (TIMBY, 2007). Seus valores podem ser tecnicamente mensuráveis com o auxílio de esfigmomanômetros e estetoscópios.

Conforme V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), as medidas de PA, em pessoas a partir de 18 anos, são satisfatórias quando a pressão sistólica (a que demonstra a contração miocárdica) apresenta-se em valores entre 130-139 mmHg e quando a pressão diastólica (que representa o relaxamento cardíaco no enchimento de sangue pelo coração) oscila em até 85-89 mmHg.

A avaliação dos valores de frequência respiratória (FR) é baseada na quantidade de ventilações apresentadas na pessoa durante um minuto, sendo aceitáveis quando, no adulto, esses resultados se mostram na faixa de 14-18 movimentos respiratórios (mrpm) para homens e 16-20 (mrpm) para mulheres.

A temperatura corpórea externa (T) refere-se ao calor produzido pelo organismo para manter a homeostase corporal, que admite valores adequados para pessoas adultas entre 35,8°C a 37,4°C (medida axilar), tendo como centro de regulação da temperatura o hipotálamo (TIMBY, 2007).

A frequência cardíaca (FC) é avaliada pela sensação ondular palpada em artérias periféricas, produzida pelas contrações ventriculares em um minuto, que, no adulto encontram-se normalmente na faixa de 60-100 batimentos por minuto (TIMBY, 2007).

A dor aguda possui uma causa identificável, que desaparece quando é afastado o estímulo nocivo que a ocasionou, como apontam Leão e Chaves (2004). Ela está relacionada a afecções traumáticas, inflamatórias ou infecciosas, havendo a expectativa de sua finitude associada à cura da lesão. Associadas ainda a essa sensação, são percebidas respostas neurovegetativas, como elevação da pressão arterial,

taquicardia, taquipnéia, além de ansiedade e agitação psicomotora como sinal biológico indicativo sobre a agressão a que o organismo está submetido (RIGOTTI e FERREIRA, 2005).

Assim, é imprescindível relacionar os níveis de dor com a apreciação dos registros vitais, favorecendo o embasamento do enfermeiro para o cuidado clínico ao paciente que sente dor aguda, partindo de uma avaliação precisa de todas as variáveis envolvidas neste processo.

Ideia Central (IC): Ador como sintoma de prioridade para atendimento na classificação de riscos.

Expressões-chave (ECHs):

“Então a dor pelo menos pra mim aqui no acolhimento é uma situação de prioridade. Se o paciente está com queixa de dor ele vai para o amarelo... se for uma dor intensa, faces de dor também...” (E6).

“Então, quando o paciente chega em qualquer instituição de saúde é preciso que o profissional avalie as prioridades do atendimento. Então em uma emergência isso não é diferente. E quando o caso é de dor aguda as prioridades são as medidas para ceder essa dor...” (E12).

“Primeiro que ele chega pela classificação de riscos, e de acordo com cada fluxograma dependendo da localização da dor...se no caso for uma dor aguda a gente vai classificar ele como atendimento prioritário amarelo ou laranja, então ele vai ter um atendimento já de no máximo 1 hora, pelo protocolo que a gente segue...” (E13).

“Um primeiro cuidado é priorizar o atendimento, avaliar com o doente se aquilo é dor que ele está sentindo, e o tipo de dor que ele está sentindo. Há ele tem cólica renal, então você sabe que a dor da cólica renal é uma dor aguda e uma dor forte, então você tenta priorizar e ver a questão facial da pessoa, os sinais que ele tem, se ele realmente tem sinais de que realmente está com dor se ele está fazendo uma simulação para priorizar o atendimento” (E15).

DSC 2: “Então, quando o paciente chega em qualquer instituição de saúde é preciso que o profissional avalie as prioridades do atendimento. Então em uma emergência isso não é diferente, e de acordo com cada fluxograma dependendo da localização da dor...se no caso for uma dor aguda a gente vai classificar ele como atendimento prioritário amarelo ou laranja. Há ele tem cólica renal, então você sabe que a dor da cólica renal é uma dor aguda e uma dor forte, então você tenta priorizar e ver a questão facial da pessoa, os sinais que ele tem, se ele realmente tem sinais de que realmente está com dor se ele está fazendo uma simulação para priorizar o atendimento”.

Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, observa-se um grande fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Prontos-Socorros, aumentando a demanda por atendimento. Na tentativa de reverter este quadro, os serviços de saúde recorreram à implementação do sistema de classificação de risco sendo os usuários identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e, desta maneira, encaminhados ao profissional de saúde de acordo com os diferentes graus de especificidade de tratamento (BRASIL, 2004).

Observa-se no DSC 2 que a dor é percebida como um alerta importante do organismo, e que os profissionais valorizam a queixa algica como um sintoma prioritário para o atendimento, contudo ainda há o conceito de que as queixas de dor podem ser supervalorizadas.

Sousa (2002) reforça esta ideia ao colocar que a dor pode ser um indicador fundamental de alerta para possíveis complicações do estado de saúde do indivíduo sendo, portanto, relevante a abordagem da mesma como quinto sinal do Sistema de Classificação de Risco.

May (2003), ao citar McCaffery, relata que “a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”, afirmando a minha ideia de que é imprescindível acreditar na dor que o cliente refere.

A experiência da dor é individual, ou seja, cada um sente da sua maneira, de acordo com suas experiências, cultura e conforme a sensibilidade do seu organismo. Corroborando com esta questão, Turk (1983) afirma que o modelo cognitivo comportamental considera que os valores, as atitudes, as crenças, entre outros fatores, determinam a experiência de dor. Nesse sentido as crenças pessoais interferem na manifestação da dor e no seu tratamento.

Talvez a maior dificuldade seja realmente medir a dor que está intimamente relacionada em observar e ouvir atentamente e, sobretudo, acreditar na queixa do paciente.

Muitas vezes se percebe outras pessoas respondendo pelo paciente, ou alegações do tipo “ele se comporta assim para chamar atenção ou por carência afetiva”. Cabe ao enfermeiro avaliar as reais necessidades do paciente amenizando sua dor, oferecendo-lhe conforto e, sobretudo não subjugar e/ou subtratar a dor referida.

Ideia Central (IC): Escalas de dor como ferramenta de avaliação e controle da dor.

Expressões-Chave (ECHs):

“Olha no primeiro momento a gente avalia o nível de consciência dele, questiona em relação a intensidade da dor, procura fazer uma “escalinha de 01 a 10, considerando que 10 é a nota máxima de dor que ele já sentiu, qual a nota máxima que ele daria para a dor neste momento...” (E2).

“Então a gente tenta ver qual é o grau da dor pra tentar entender, como a dor é muito subjetiva tentar ver qual é a classificação, tentar classificar esta dor através de números também...” (E4).

“Aqui no acolhimento...pelo menos é o primeiro momento que a gente recebe este paciente que o enfermeiro tem este

primeiro contato, e a gente não usa as escalas de dor aqui eu acho que elas seriam importantes...” (E10)

“Avaliar a dor é muito difícil a gente costuma acaba, focando na expressão, na atenção que a pessoa presta no que a gente está falando, pessoa com dor não consegue focar muito ela tá é preocupada com a dor, enfim. Então assim pra gente fazer uma avaliação da dor eu acho muito complicado, tem a régua da dor, a gente tenta usar...” (E11).

“Então a primeira coisa que a gente faz é estratificar a dor através da régua da dor que a gente tem na classificação de riscos...” (E13).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 5:

“Então a primeira coisa que a gente faz é estratificar a dor através da régua da dor que a gente tem na classificação de riscos, como a dor é muito subjetiva tentar ver qual é a classificação, tentar classificar esta dor, tem a régua da dor, a gente tenta usar, procura fazer uma “escalinha de 01 a 10, considerando que 10 é a nota máxima de dor que ele já sentiu, qual a nota máxima que ele daria para a dor neste momento...”.

De acordo com o discurso acima, os enfermeiros utilizam escalas de dor para mensurar a intensidade da dor referida, e percebem a dor como um sintoma subjetivo e pessoal.

Em relação ao uso de escala de dor, os resultados estão de acordo com a literatura sendo que as escalas verbal e numérica são as mais utilizadas, provavelmente pela praticidade e melhor resultados. Essas escalas são conhecidas como unidimensionais designadas para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia (MORAIS, et al., 2009).

A escala numérica/ verbal, proposta nos rigores da IASP (disponível em: <http://www.dor.org.br/dor_intro.asp>, novembro, 2008 (ANEXO B), indica a intensidade da dor quanto ao relato da pessoa, de acordo com a pontuação de 0 a 10: nota zero: ausência de dor; nota de um a três: dor de fraca intensidade; nota entre quatro e seis: dor de intensidade moderada; nota de sete a nove: dor de forte intensidade e dor com nota dez: insuportável.

Com essa escala, também é possível caracterizar a dor em leve, moderada, intensa e muito intensa, de expressividade qualitativa satisfatória, possibilitando que os profissionais conheçam a intensidade da dor em cada paciente.

A intensidade dolorosa é componente de grande expressão da experiência dolorosa e o mais aferido na prática clínica e de pesquisa, sendo indispensável para o planejamento da terapia antálgica e verificação da adequação do esquema proposto. Para aferição da intensidade dolorosa, têm sido recomendadas escalas numéricas e descritores verbais (CALIL, 2008).

A avaliação qualificada e o controle do processo doloroso são condutas indispensáveis na assistência ao paciente, uma vez que as evidências existentes apontam que o alívio inadequado da dor acelera a evolução para o óbito devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigênio pelo miocárdio (FINE e LOW, 2006)

O profissional enfermeiro desempenha importante papel na avaliação da dor em toda a sua complexidade. Esta ação exige por parte do profissional a compreensão e valorização do fenômeno doloroso, entendendo que ela se manifesta diferentemente de uma pessoa para outra, por ser um processo individual

A literatura aponta que utiliza-se uma grande variedade de escalas unidimensionais que avaliam a intensidade da dor. Deve-se escolher a escala de acordo com o perfil do cliente e sua capacidade de entendimento em relação à mesma, para que seja coletada a melhor informação acerca da dor que o cliente está sentindo naquele momento (RIGOTTI, FERREIRA, 2005).

Segundo Gatti e Avasi (2007, p. 421), entendemos o serviço de emergência como um local dinâmico e que exige facilitadores para viabilizar o atendimento, fazendo-se necessário a utilização de um instrumento objetivo que possa auxiliar a equipe de enfermagem na avaliação e acompanhamento do indivíduo com dor aguda, registrando de maneira sistemática a evolução do quadro algico e as intervenções de enfermagem, associadas ao tratamento farmacológico.

Desta forma, as autoras afirmam que para quantificar este sintoma, a Escala Numérica Verbal (ENV) graduada de 0 a 10, é o instrumento mais adequado dentro de serviços de emergência, uma vez que possibilita o questionamento e resposta direta, sem que haja necessidade de análise e interpretação, otimizando o tempo de identificação da intensidade dolorosa resultando no manejo mais rápido do controle da dor.

Quadro 1 - Proposta de protocolo para avaliação da dor aguda em emergência*.

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA	
A - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA DOR AGUDA	
<p>Cuidados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acreditar na queixa referida pelo paciente; 2. Classificar a dor do paciente quanto a localização, tipo e intensidade da dor; 3. Verificar os sinais vitais; 4. Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com 	<p>Justificativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. É imprescindível acreditar na dor que o cliente refere já que esta é uma sensação pessoal e intransferível, ou seja, cada um sente de maneiras e intensidades diferentes. 2. A aferição da intensidade da dor é fundamental para o planejamento e a verificação da terapia proposta. Deve ser verificada na admissão do doente, após um

<p>eficiência.</p>	<p>procedimento doloroso, com o aparecimento de uma nova queixa álgica e, rotineiramente, em intervalos regulares, dependendo da natureza e magnitude da Dor; a localização e o tipo da dor auxilia muitas vezes em um diagnóstico diferencial, determinando condutas direcionadas para cada tipo de dor;</p> <p>3. A dor aguda resulta em hiperatividade simpática, com aumento da frequência cardíaca, da resistência periférica e da pressão arterial, com aumento do trabalho cardíaco e do consumo de oxigênio pelo miocárdio;</p> <p>4. O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o doente, para poder ajudá-lo. A observação permite ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente que são concretos e observáveis, tais como reações comportamentais do doente à dor: qual a sua expressão facial: se chora; como é que ele a expressa verbalmente; como é que a encara; como reage (tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insônias...)</p> <p>5.</p>
<p align="center">B – DOR COMO SINTOMA DE PRIORIDADE NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</p>	

<p>Cuidados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar escala de dor; 2. Priorizar atendimento quando escore de dor corresponder à dor moderada/intensa; 	<p>Justificativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A escolha de instrumentos como “escalas” para avaliação da dor, constituiu-se em consenso como a melhor opção na avaliação da intensidade e gravidade da dor. 2. A avaliação qualificada e o controle do processo doloroso são condutas indispensáveis na assistência ao paciente, uma vez que as evidências existentes apontam que a demora no alívio da dor acelera a evolução para o óbito devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigênio pelo miocárdio
<p>C – ESCALAS DE DOR COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA DOR</p>	
<p>Cuidados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar a Escala Numérica Verbal antes e após o atendimento. 	<p>Justificativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A Escala Numérica Verbal (ENV) graduada de 0 a 10, é o instrumento mais adequado dentro de serviços de emergência,

	<p>uma vez que possibilita o questionamento e resposta direta, sem que haja necessidade de análise e interpretação, otimizando o tempo de identificação da intensidade dolorosa resultando no manejo mais rápido do controle da dor.</p>
--	--

*As justificativas do protocolo construído foram baseadas nas referências ^(1; 11; 14; 18).

CONCLUSÃO

Observou-se no presente estudo que grande parte da equipe de enfermeiros sentem-se sensibilizados e realizam algum tipo de avaliação da dor aguda ao paciente assistido na emergência, conhecimento na natureza multidimensional da dor...

Percebeu-se ainda a aproximação da equipe com o assunto, no sentido de exercerem a prática da assistência de enfermagem na avaliação da dor, e que a dor é um sintoma que caracteriza indicação de prioridade no atendido ao paciente com dor.

Muitos profissionais aplicam de alguma maneira escalas que dimensionam a dor, contudo ainda existem dúvidas e dificuldades para sistematizar e uniformizar tais condutas, principalmente devido ao sentimento de imparcialidade na tentativa de mensurar a dor.

Calil (2008), em estudo sobre a avaliação da dor e analgesia no atendimento pré hospitalar, cita estudos que reforçam a importância da padronização de condutas analgésicas no atendimento inicial aos pacientes e apontam como iatrogenia o não alívio da dor, os efeitos colaterais advindos da mesma e a possibilidade de novas lesões resultantes da agitação psicomotora causada pela dor.

O processo da construção do protocolo propiciou aos enfermeiros a oportunidade de repensar e reforçar a prática do cuidado ao paciente com dor aguda na unidade de emergência, bom como possibilitará novos estudos na área para validação de instrumentos afim sistematizar a assistência, orientando as

ações necessárias para o cuidado além do que poderá servir para dar visibilidade ao papel do enfermeiro emergencista.

Espera-se também que a experiência vivenciada neste estudo, pelos enfermeiros do setor de emergência, sirva como estímulo para a realização de novas pesquisas no sentido de modificar, aprimorar e de instrumentalizar a enfermagem para a avaliação adequado ao pacientes com dor aguda.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, E.V.; BARBOSA, M.H.; BARICHELLO, E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paul Enferm.** 2010;23(2):224-9.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos:** Res. CNS nº 196/96 e outras. 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.29-52. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2012.
3. CALIL, A.M. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):308-13.
4. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. Esc. Enf. da USP,** São Paulo, v. 39, n.3, p. 325-32, 2005
5. CHAVES, L.D.; LEÃO, E.R. **Dor: 5º sinal vital – Reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Editora Maio, 2004
6. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de cardiologia, Sociedade Brasileira de hipertensão, Sociedade Brasileira de nefrologia. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006.

7. FINE, P.G.; LOW, C.M. Principles of Effective Pain Management at the End of Life. Medscape CME/CE. Disponível em <http://www.medscape.com/viewprogram/6079>
8. FREITAS, C.C.; et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor**, 2009; 10: 1: 56-62
9. GATTI, M.F.Z.; AVANSI, P.A. Dor em emergência. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. p. 408-423.
10. KIPEL, A.G.B. Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.2, p. 303- 308, abr-jun. 2004.
11. MAY, L. E. A atuação da enfermagem frente à dor do cliente em pós- operatório – uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado Humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003
12. MORAIS, et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009.
13. OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**. 2010 Jul/Set;4(3):53-6
14. RIGOTTI; M. A.; FERREIRA; A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v.12, n.1, p.50-4. 2005.
15. SAKATA, R.K. Medida da intensidade da dor. In: SAKATA, R.K.; ISSY, A.M. Guia de **medicina ambulatorial e hospitalar**: dor. São Paulo: Manole, 2008. p. 27-41.

16. SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2002, mai-jun; 10(3):446-7
17. SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 6, n.1, Jan/Mar. 2005.
18. TIMBY, Bárbara Kuhn. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
19. TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
20. TURK, D.C.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. **Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective**. New York: Guilford;1983.
21. XAVIER, L.B. **Dor aguda na emergência: avaliação e controle através do instrumento de MacCaffery e Beebe**. 2012. 77 p. Monografia. (Especialização). Pós-Graduação, modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

4.2 MANUSCRITO 3: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O CONTROLE DA DOR AGUDA NA EMERGÊNCIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA¹

¹ Este manuscrito trata da construção coletiva da proposta de protocolo para o controle da dor aguda em emergência propriamente dita. Nesse artigo são enfatizados os dados referentes a Discussões em Grupo, mas também menciona os dados das entrevistas, uma vez que as duas etapas se complementaram para o resultado final da construção coletiva.

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O CONTROLE
DA DOR AGUDA NA EMERGÊNCIA: uma construção
coletiva¹**

**PROPOSED PROTOCOL FOR THE CONTROL OF
ACUTE PAIN IN THE EMERGENCY: a construction coletiva¹**

**PROTOCOLO DE PROPUESTO PARA EL CONTROL
DEL DOLOR AGUDO EN LA EMERGENCIA: una
construcción coletiva**

ARTIGO ORIGINAL

Luciana Bueno Xavier²

Kátia Cilene Godinho Bertoncello³

Resumo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA) realizada com enfermeiros da emergência geral um hospital público de ensino de Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada através da participação de 15 enfermeiros nas entrevistas semi-estruturadas e 10 enfermeiros na discussões de grupo, com o objetivo de eleger de forma coletiva os cuidados para a construção de uma proposta de protocolo de cuidados para o controle da dor aguda em emergência.

¹ Recorte da Dissertação de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, da Enfermeira Luciana Bueno Xavier orientado pela Profª Drª Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

² Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Urgência e Emergência. Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199, CEP 88040-970 - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Endereço para correspondência: Sv. Maria Francisca da Natidade, 116 - Ribeirão da Ilha - CEP 88064-747 - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Email: luciana_bx@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II, do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Vice-líder do Grupo de Pesquisa GEASS/PEN/UFSC. Rua Hipólito Mafrá, 203 Apto 307ª - Edifício Mirante Sul - Saco dos Limões - CEP: 88040-410 - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil. Email: kbertoncello@yahoo.com.br - Cel: (048) 99199084.

Para análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Da análise das entrevistas associado à discussão em grupo, emergiram três eixos de cuidados para o desenvolvimento da proposta de protocolo: O uso de fármacos para o alívio da dor; O uso de intervenções não medicamentosas para o controle da dor; Dificuldades para implementar medidas não farmacológicas para o controle da dor em ambiente de emergência. O processo da construção da proposta de protocolo propiciou aos enfermeiros a oportunidade de repensar a prática do cuidado ao paciente com dor aguda na unidade de emergência, bom como possibilitará novos estudos na área para validação de instrumentos afim de sistematizar a assistência, orientando as ações necessárias para o cuidado.

Palavras-chave: Dor aguda. Enfermagem e emergência. Protocolo. Cuidados de enfermagem.

Abstract: This is a qualitative type Convergent Care (PCA) conducted with nurses from a public hospital emergency general teaching of Santa Catarina. Data collection occurred between the months of September to December 2012 and was organized with the participation of 15 nurses in semi-structured interviews and 10 nurses in the group discussions, with the goal of electing collectively care for building a proposal for a care protocol for the evaluation of acute pain in emergency. To analyze the data obtained in the interviews used the methodological process of the Collective Subject Discourse (CSD). From the analysis of the interviews associated with group discussion revealed three axes of care for the development of the proposed protocolo: The use of drugs for pain relief, use of non-drug interventions for pain control; Difficulties to implement measures not pharmacological for pain control in emergency setting. The process of construction of the proposed protocol led to nurses the opportunity to rethink the practice of care for patients with acute pain in the emergency department, good as new studies in the area allow for validation of instruments in order to systematize the assistance, guiding the actions necessary for care.

Keywords: Acute pain.Nursing and emergency protocol. Nursing care.

Resumén: Este es un tipo cualitativo Convergente Asistencial (PCA) realizado con enfermeras de la emergencia pública docente hospital general de Santa Catarina. La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de septiembre a diciembre de 2012 y fue organizada con la participación de 15 enfermeras en entrevistas semi-estructuradas y 10 enfermeras en las discusiones de grupo, con el objetivo de elegir colectivamente cuidado para la construcción de una propuesta de un protocolo de atención para la evaluación del dolor agudo en situaciones de emergencia. Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas utilizadas del proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). A partir del análisis de las entrevistas relacionadas con discusión en grupo reveló tres ejes de atención para el desarrollo de la propuesta protocolo: El uso de medicamentos para aliviar el dolor, el uso de las intervenciones no farmacológicas para el control del dolor, las dificultades para poner en práctica las medidas no farmacológico para el control del dolor en situaciones de emergencia. El proceso de construcción del proyecto de protocolo dirigido a las enfermeras la oportunidad de repensar la práctica de la atención para los pacientes con dolor agudo en el servicio de urgencias, las buenas como nuevos estudios en la zona permiten la validación de los instrumentos con el fin de sistematizar la asistencia, guiando las acciones necesarias para la atención.

Palabras-clave: Protocolo de dolor agudo. De enfermería y de emergência. Atención de enfermeira.

INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno universal, uma experiência subjetiva e singularmente vivida. Sentir dor caracteriza uma das maiores preocupações da humanidade e ainda hoje são enormes os esforços para a compreensão de seu mecanismo de ação, assim como o desenvolvimento de métodos para seu controle.

O fenômeno doloroso vem ganhando destaque na última década, denotando a importância da temática frente ao processo assistencial realizado pela equipe de enfermagem. O tema proposto vem sendo discutido com maior ênfase a partir de 1996, quando James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor - *American Pain Society*) introduziu a frase “dor como o quinto sinal vital”, enfatizando a importância de avaliar a dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais (SOUSA; SILVA, 2005).

Nota-se que apesar de estudos sobre esta temática serem cada vez mais frequentes e divulgados, ainda há pouco conhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre a dor, avaliação e seu tratamento, estabelecendo um desafio para a promoção do conforto nessa situação, uma vez que não se justifica, pois há disponível um arsenal de drogas e técnicas para o alívio da dor.

A dor é “uma experiência humana universal necessária, pois protege o indivíduo de lesões, tendo em vista a indução para a remoção ou afastamento da fonte lesiva” (FREITAS, et al. 2009, p. 57).

Sousa e Silva (2005, p. 488), afirmam que “a dor é usualmente associada com lesão ou a um processo fisiopatológico que causa uma experiência desconfortável, desagradável, e é geralmente descrita em tais termos”.

Para McCferry (1989 apud May, 2003) “a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”, afirmando a ideia de que é imprescindível acreditar na dor que o cliente refere já que esta é uma sensação pessoal e intransferível, ou seja, cada um sente de maneiras e intensidades diferentes.

Antigamente, a dor era definida como um fenômeno da mente e estava associada a punições espirituais e a presença de demônios no indivíduo que a referia (MAY, 2003, p. 135).

Originária do latim *poena* ou punição, a dor é citada nos relatos históricos mais antigos que trazem evidências em preces e encantamentos (KIPEL, 2004, p. 97).

Ao debater esta questão, May (2003, p. 138) relata que haviam duas formas distintas de origem da dor, sendo estas internas e externas. A autora ainda aponta que para as causas internas, cuja explicação não existia, o conforto da dor se dava

através de orações e obras divinas. Aquelas cuja causa era externa como “queimaduras e fraturas, utilizavam-se artifícios naturais como emplastos medicinais, imposição de mãos, toque de curandeiros, aplicação de calor e fricção, salientando que alguns destes manejos são utilizados até hoje”.

Atualmente, grande parte dos estudos abordam a dor na sua subjetividade e multidimensionalidade, confirmando conceitos nos quais consideram toda dor real e que se manifestam através de fatores fisiológicos, sensorial, afetivo, cognitivo, comportamental e sociocultural (SOUZA; SILVA, 2005, p. 462).

Manejar a dor é tarefa complexa nas diversas instituições de saúde nacionais e internacionais. Sua completa avaliação serve para guiar a conduta terapêutica apropriada, o que permitirá um tratamento eficaz e um acompanhamento do paciente de forma confiável. Para tanto, devem estar envolvidos nessa tarefa todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, pois eles são os que mais freqüentemente avaliam a dor, a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010, p. 60).

A dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto-socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência.

Entre as dores agudas, a dor na emergência é a menos investigada em nosso meio. Tal fato é preocupante, visto o grande número de vítimas que são atendidas e permanecem diariamente nesse setor(CALIL; PIMENTA; 2005).

A International Association for Study of Pain (IASP, 1994) afirma que a dor aguda vem sendo negligenciada ao redor do mundo, causando sofrimento incalculável a milhares de pacientes nos últimos vinte anos.

Após ingressar em 2010, na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, atuando no setor de emergência de adultos do Hospital Universitário – HU, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o interesse pela pesquisa sobre assuntos que permeiam a dor continuou e aumentou, pois se trata de um setor que trabalha constantemente com este sintoma.

Desta maneira, ao observar a dinâmica de atendimento do setor de Emergência de Adultos (SEA) do HU, percebia algumas dificuldades existentes no processo de manejo da dor aguda, devido ao fato de não existir nenhum instrumento que avalie este fenômeno, e por muitas vezes as medidas analgésicas utilizadas serem parcimoniosas, prejudicando a recuperação do paciente e prolongando sua permanência no setor.

Durante este processo de pesquisa, tive a percepção da importância da avaliação adequada da queixa algica, da necessidade de elaboração de protocolos, dos registros das ações de enfermagem e da importância da educação continuada sobre a temática da dor.

A pesquisa desenvolvida para o trabalho de conclusão de curso (TCC) do Programa de Residência objetivou analisar a resposta da aplicação do Instrumento de avaliação e controle da dor aguda, proposto por McCaffery e Beebe. Neste estudo, os resultados mostraram a necessidade de um registro sistemáticos e periódico que acompanhe o paciente em situação de dor a fim de realizar os ajustes necessários ao tratamento, bem como nos permitiu conhecer as facilidades e dificuldades encontradas na avaliação e controle da dor através de um instrumento de registro analítico em unidades emergência, percebendo-se que existem muitos desafios relacionadas ao tema para superar (XAVIER; BERTONCELLO, 2012).

Assim, a continuidade deste trabalho justifica-se pela necessidade de estabelecer uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda no SEA à luz de uma construção coletiva, visando à contribuição da construção do conhecimento, através da prática do cuidado, e respeitando as características deste serviço, uma vez que as respostas às terapias analgésicas necessitam ser regularmente avaliadas e documentadas, já que as condições dos pacientes são dinâmicas e a necessidade de alívio da dor pode variar frequentemente.

Entendo que a elaboração desta proposta de protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com queixas algicas no setor de emergência, além de sistematizar e uniformizar as condutas na assistência prestada ao paciente com dor aguda compreenderá uma possibilidade de reavaliar o paradigma

assistencial da enfermagem no manejo ao paciente com dor nos serviços de emergência. Assim, com este trabalho pretendo responder à seguinte questão problema: ***quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo assistencial de enfermagem para o controle da dor aguda à pacientes adultos em ambiente de emergência?***

MEDOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial (PCA) realizada com enfermeiros da emergência geral um hospital público de ensino de Santa Catarina. As principais características da PCA consistem em participação ativa dos sujeitos da pesquisa, intencionalidade de resolução e/ou minimização de problemas e introdução de inovações na prática assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004). A pesquisa foi aprovada pelo após deferimento do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina solicitando a extensão do trabalho de pesquisa aprovado sob o certificado nº 2023, seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996).

Estabeleceu-se, como critérios de inclusão dos participantes: autorizar o uso de gravador, permitir a divulgação dos dados resguardando seu anonimato e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para determinar o término da coleta de dados o princípio da saturação das informações.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2012 e foi organizada em duas etapas:

A primeira etapa consistiu em entrevistas semi-estruturadas a partir da seguinte pergunta norteadora: ***quais os cuidados de enfermagem são necessários para compor um protocolo assistencial de enfermagem para o controle da dor aguda à pacientes adultos em ambiente de emergência?***

A partir desse questionamento, as entrevistas foram conduzidas de modo que os participantes pudessem discorrer sobre o tema e associar sua prática assistencial e conhecimento prévio acerca dos cuidados frente à avaliação e controle da dor aguda na emergência. Aqueles que concordaram tiveram a

entrevista agendada conforme sua disponibilidade de horário em sala anexa a unidade. Para análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) o qual corresponde a um discurso síntese, elaborado com recortes dos discursos individuais utilizando-se a primeira pessoa do singular. A segunda etapa utilizou a técnica de grupos focais. Todos os profissionais que participaram das entrevistas foram convidados para os encontros. Os profissionais que se dispuseram a participar dessa etapa participaram de um encontro. O encontro foi agendado conforme o horário de preferência e disponibilidade dos participantes, sendo que este encontro foi composto por 10 profissionais. A realização da discussão em grupo, teve a finalidade de socializar os resultados obtidos nas entrevistas e eleger de forma coletiva os cuidados para a construção de uma proposta de protocolo de cuidados ao paciente com dor aguda em emergência fundamentando esses cuidados com os critérios de práticas baseadas em evidências (PBE). A proposta de protocolo de cuidados foi resultado da junção dos cuidados elegidos pelos profissionais que compuseram as entrevistas.

Para melhor contextualização de todo o processo de construção do protocolo de cuidados, é apresentado a seguir um diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros realizadas durante a discussão em grupo, como uma síntese da experiência vivenciada:

Figura 1 - Diagrama representativo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante o encontro para discussão em grupo



Fonte: Próprio autor

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos resultados abrangem inicialmente o perfil dos participantes deste estudo e na seqüência a exposição e discussão dos resultados obtidos nas entrevistas e no encontro de Discussão em Grupo. Na primeira etapa da pesquisa, que consistiu em entrevistas individuais, participaram 15 profissionais enfermeiros, do sexo feminino, do setor de emergência de adultos, com idade entre 25 e 50 anos. A maior parte dos participantes (9) tinham entre um e cinco anos de serviço na área da saúde de igual proporção, na área de emergência.

Utilizou-se para identificação das expressões chaves de cada um o código por numeração de ordem de execução, por exemplo: E1, E2 e assim sucessivamente.

Da análise das entrevistas emergiram três DSC: 1) *Avaliação multidimensional da dor como cuidado prestado ao paciente com dor aguda*; 2) *A dor como sintoma de prioridade para atendimento na classificação de riscos*; 3) *Escalas de dor como ferramenta de avaliação da dor*. Estes deram origem aos discursos coletivos representados por DSC1, DSC2, DSC3, para diferenciá-los, de acordo com as expressões.

Tema 1 – AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA

Ideia Central (IC): avaliação multidimensional da dor como cuidado prestado ao paciente com dor aguda.

Expressões-chave (ECHs):

“Primeiramente avalio o tipo desta dor, local, intensidade, duração, quando começou; verificado sinais vitais, possível causa...” (E1).

“Eu busco abordar ele questionando primeiro o local da dor, a intensidade da dor média forte fraca e a quanto tempo esta dor se começou agora, e se tem algum fator que aumenta a dor...” (E8).

“Bom no primeiro momento a gente pergunta onde é que é a dor, o tipo de dor, onde tá localizada, quanto tempo começou esta dor, se é de fisgada, se é latejante, se já teve esta dor outra vez... isso é até importante para avaliar e tá passando para o médico...” (E9).

“... Então eu acho que o primeiro passo, pra gente, pra mim pelo menos, é tentar acalmar este paciente e identificar da melhor maneira possível que tipo de dor é essa e as características de quando começou enfim, para que a gente possa encaminhar da maneira correta para o que vai ser mais necessário...” (E13).

DSC 1: “Primeiramente avalio o tipo desta dor, identificar da melhor maneira possível que tipo de dor é essa e as características, se é de fisgada, se é latejante, se já teve esta dor outra vez, local, intensidade, duração, quando começou, verificado sinais vitais, possível causa, e se tem algum fator que aumenta a dor, para que a gente possa encaminhar da maneira correta para o que vai ser mais necessário”.

Observa-se no discurso que a avaliação da dor é realizada pelos enfermeiros de modo multidimensional, ou seja, são observados fatores fisiológicos, sensoriais, cognitivos e comportamentais no momento da assistência ao paciente.

Alguns autores confirmam essa prática ao colocarem que a avaliação da dor aguda consiste na localização, intensidade, início, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes e outros sintomas associados, e que a avaliação destes parâmetros auxilia na escolha da melhor analgesia e observação da eficácia do método de alívio proposto face a problemática da dor (CALIL; PIMENTA, 2005; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Sakata (2008, p. 27), afirma que existem variadas formas para realizar a avaliação da dor, e descreve que a mesma pode ser medida “por meio do relato do cliente, por escalas, pela

quantidade de analgésico que o paciente solicita e pela necessidade de complementação analgésica”.

A verificação dos sinais vitais também se destaca dentre as condutas realizadas para avaliação da dor pelos profissionais.

Denominam-se como sinais vitais as medidas de pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória e temperatura corpórea. A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue no interior das artérias (TIMBY, 2007). Seus valores podem ser tecnicamente mensuráveis com o auxílio de esfigmomanômetros e estetoscópios.

Conforme V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), as medidas de PA, em pessoas a partir de 18 anos, são satisfatórias quando a pressão sistólica (a que demonstra a contração miocárdica) apresenta-se em valores entre 130-139 mmHg e quando a pressão diastólica (que representa o relaxamento cardíaco no enchimento de sangue pelo coração) oscila em até 85-89 mmHg.

A avaliação dos valores de frequência respiratória (FR) é baseada na quantidade de ventilações apresentadas na pessoa durante um minuto, sendo aceitáveis quando, no adulto, esses resultados se mostram na faixa de 14-18 movimentos respiratórios (mrpm) para homens e 16-20 (mrpm) para mulheres.

A temperatura corpórea externa (T) refere-se ao calor produzido pelo organismo para manter a homeostase corporal, que admite valores adequados para pessoas adultas entre 35,8°C a 37,4°C (medida axilar), tendo como centro de regulação da temperatura o hipotálamo (TIMBY, 2007).

A frequência cardíaca (FC) é avaliada pela sensação ondular palpada em artérias periféricas, produzida pelas contrações ventriculares em um minuto, que, no adulto encontram-se normalmente na faixa de 60-100 batimentos por minuto (TIMBY, 2007).

A dor aguda possui uma causa identificável, que desaparece quando é afastado o estímulo nocivo que a ocasionou, como apontam Leão e Chaves (2004). Ela está relacionada a afecções traumáticas, inflamatórias ou infecciosas, havendo a expectativa de sua finitude associada à cura da lesão. Associadas ainda a essa sensação, são percebidas respostas neurovegetativas, como elevação da pressão arterial,

taquicardia, taquipnéia, além de ansiedade e agitação psicomotora como sinal biológico indicativo sobre a agressão a que o organismo está submetido (RIGOTTI e FERREIRA, 2005).

Assim, é imprescindível relacionar os níveis de dor com a apreciação dos registros vitais, favorecendo o embasamento do enfermeiro para o cuidado clínico ao paciente que sente dor aguda, partindo de uma avaliação precisa de todas as variáveis envolvidas neste processo.

Ideia Central (IC): Ador como sintoma de prioridade para atendimento na classificação de riscos.

Expressões-chave (ECHs):

“Então a dor pelo menos pra mim aqui no acolhimento é uma situação de prioridade. Se o paciente está com queixa de dor ele vai para o amarelo... se for uma dor intensa, faces de dor também...” (E6).

“Então, quando o paciente chega em qualquer instituição de saúde é preciso que o profissional avalie as prioridades do atendimento. Então em uma emergência isso não é diferente. E quando o caso é de dor aguda as prioridades são as medidas para ceder essa dor...” (E12).

“Primeiro que ele chega pela classificação de riscos, e de acordo com cada fluxograma dependendo da localização da dor...se no caso for uma dor aguda a gente vai classificar ele como atendimento prioritário amarelo ou laranja, então ele vai ter um atendimento já de no máximo 1 hora, pelo protocolo que a gente segue...” (E13).

“Um primeiro cuidado é priorizar o atendimento, avaliar com o doente se aquilo é dor que ele está sentindo, e o tipo de dor que ele está sentindo, há ele tem cólica renal, então você sabe que a dor da cólica renal é uma dor aguda e uma dor forte, então você tenta priorizar e ver a questão facial da pessoa, os sinais que ele tem, se ele realmente tem sinais de que realmente está com dor se ele está fazendo uma simulação para priorizar o atendimento” (E15).

DSC 2:“Então, quando o paciente chega em qualquer instituição de saúde é preciso que o profissional avalie as prioridades do atendimento. Então em uma emergência isso não é diferente, e de acordo com cada fluxograma dependendo da localização da dor...se no caso for uma dor aguda a gente vai classificar ele como atendimento prioritário amarelo ou laranja. Há ele tem cólica renal, então você sabe que a dor da cólica renal é uma dor aguda e uma dor forte, então você tenta priorizar e ver a questão facial da pessoa, os sinais que ele tem, se ele realmente tem sinais de que realmente está com dor se ele está fazendo uma simulação para priorizar o atendimento”.

Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, observa-se um grande fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Prontos-Socorros, aumentando a demanda por atendimento. Na tentativa de reverter este quadro, os serviços de saúde recorreram à implementação do sistema de classificação de risco sendo os usuários identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e, desta maneira, encaminhados ao profissional de saúde de acordo com os diferentes graus de especificidade de tratamento (BRASIL, 2004).

Observa-se no DSC 2 que a dor é percebida como um alerta importante do organismo, e que os profissionais valorizam a queixa algíca como um sintoma prioritário para o atendimento, contudo ainda há o conceito de que as queixas de dor podem ser supervalorizadas.

Sousa (2002) reforça esta ideia ao colocar que a dor pode ser um indicador fundamental de alerta para possíveis complicações do estado de saúde do indivíduo sendo, portanto, relevante a abordagem da mesma como quinto sinal do Sistema de Classificação de Risco.

May (2003), ao citar McCaferry, relata que “a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a

pessoa diz que existe”, afirmando a minha ideia de que é imprescindível acreditar na dor que o cliente refere.

A experiência da dor é individual, ou seja, cada um sente da sua maneira, de acordo com suas experiências, cultura e conforme a sensibilidade do seu organismo. Corroborando com esta questão, Turk (1983) afirma que o modelo cognitivo comportamental considera que os valores, as atitudes, as crenças, entre outros fatores, determinam a experiência de dor. Nesse sentido as crenças pessoais interferem na manifestação da dor e no seu tratamento.

Talvez a maior dificuldade seja realmente medir a dor que está intimamente relacionada em observar e ouvir atentamente e, sobretudo, acreditar na queixa do paciente.

Muitas vezes se percebe outras pessoas respondendo pelo paciente, ou alegações do tipo “ele se comporta assim para chamar atenção ou por carência afetiva”. Cabe ao enfermeiro avaliar as reais necessidades do paciente amenizando sua dor, oferecendo-lhe conforto e, sobretudo não subjugar e/ou subtrair a dor referida.

Ideia Central (IC): Escalas de dor como ferramenta de avaliação e controle da dor.

Expressões-Chave (ECHs):

“Olha no primeiro momento a gente avalia o nível de consciência dele, questiona em relação a intensidade da dor, procura fazer uma “escalinha de 01 a 10, considerando que 10 é a nota máxima de dor que ele já sentiu, qual a nota máxima que ele daria para a dor neste momento...” (E2).

“Então a gente tenta ver qual é o grau da dor pra tentar entender, como a dor é muito subjetiva tentar ver qual é a classificação, tentar classificar esta dor através de números também...” (E4).

“Aqui no acolhimento...pelo menos é o primeiro momento que a gente recebe este paciente que o enfermeiro tem este primeiro contato, e a gente não usa as escalas de dor aqui eu acho que elas seriam importantes...” (E10)

“Avaliar a dor é muito difícil a gente costuma acaba, focando na expressão, na atenção que a pessoa presta no que a gente está falando, pessoa com dor não consegue focar muito ela tá é preocupada com a dor, enfim. Então assim pra gente fazer uma avaliação da dor eu acho muito complicado, tem a régua da dor, a gente tenta usar...” (E11).

“Então a primeira coisa que a gente faz é estratificar a dor através da régua da dor que a gente tem na classificação de riscos...” (E13).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 5:

“Então a primeira coisa que a gente faz é estratificar a dor através da régua da dor que a gente tem na classificação de riscos, como a dor é muito subjetiva tentar ver qual é a classificação, tentar classificar esta dor, tem a régua da dor, a gente tenta usar, procura fazer uma “escalinha de 01 a 10, considerando que 10 é a nota máxima de dor que ele já sentiu, qual a nota máxima que ele daria para a dor neste momento...”.

De acordo com o discurso acima, os enfermeiros utilizam escalas de dor para mensurar a intensidade da dor referida, e percebem a dor como um sintoma subjetivo e pessoal.

Em relação ao uso de escala de dor, os resultados estão de acordo com a literatura sendo que as escalas verbal e numérica são as mais utilizadas, provavelmente pela praticidade e melhor resultados. Essas escalas são conhecidas como unidimensionais designadas para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia (MORAIS, et al., 2009).

A escala numérica/ verbal, proposta nos rigores da IASP (disponível em: <http://www.dor.org.br/dor_intro.asp>, novembro, 2008 (ANEXO B), indica a intensidade da dor quanto ao relato da

pessoa, de acordo com a pontuação de 0 a 10: nota zero: ausência de dor; nota de um a três: dor de fraca intensidade; nota entre quatro e seis: dor de intensidade moderada; nota de sete a nove: dor de forte intensidade e dor com nota dez: insuportável.

Com essa escala, também é possível caracterizar a dor em leve, moderada, intensa e muito intensa, de expressividade qualitativa satisfatória, possibilitando que os profissionais conheçam a intensidade da dor em cada paciente.

A intensidade dolorosa é componente de grande expressão da experiência dolorosa e o mais aferido na prática clínica e de pesquisa, sendo indispensável para o planejamento da terapia antálgica e verificação da adequação do esquema proposto. Para aferição da intensidade dolorosa, têm sido recomendadas escalas numéricas e descritores verbais (CALIL, 2008).

A avaliação qualificada e o controle do processo doloroso são condutas indispensáveis na assistência ao paciente, uma vez que as evidências existentes apontam que o alívio inadequado da dor acelera a evolução para o óbito devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigênio pelo miocárdio (FINE e LOW , 2006)

O profissional enfermeiro desempenha importante papel na avaliação da dor em toda a sua complexidade. Esta ação exige por parte do profissional a compreensão e valorização do fenômeno doloroso, entendendo que ela se manifesta diferentemente de uma pessoa para outra, por ser um processo individual

A literatura aponta que utiliza-se uma grande variedade de escalas unidimensionais que avaliam a intensidade da dor. Deve-se escolher a escala de acordo com o perfil do cliente e sua capacidade de entendimento em relação à mesma, para que seja coletada a melhor informação acerca da dor que o cliente está sentindo naquele momento (RIGOTTI, FERREIRA, 2005).

Segundo Gatti e Avasi (2007, p. 421), entendemos o serviço de emergência como um local dinâmico e que exige facilitadores para viabilizar o atendimento, fazendo-se necessário

a utilização de um instrumento objetivo que possa auxiliar a equipe de enfermagem na avaliação e acompanhamento do indivíduo com dor aguda, registrando de maneira sistemática a evolução do quadro algico e as intervenções de enfermagem, associadas ao tratamento farmacológico.

Desta forma, as autoras afirmam que para quantificar este sintoma, a Escala Numérica Verbal (ENV) graduada de 0 a 10, é o instrumento mais adequado dentro de serviços de emergência, uma vez que possibilita o questionamento e resposta direta, sem que haja necessidade de análise e interpretação, otimizando o tempo de identificação da intensidade dolorosa resultando no manejo mais rápido do controle da dor.

Quadro 1 - Proposta de protocolo para avaliação da dor aguda em emergência*.

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA EM EMERGÊNCIA	
A - AVALIAÇÃO MULTIDIMENCIONAL DA DOR AGUDA	
Cuidados:	Justificativa:
<p>1 - Acreditar na queixa referida pelo paciente; 2 - Classificar a dor do paciente quanto a localização, tipo e intensidade da dor; 3 - Verificar os sinais vitais; 4 - Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.</p>	<p>1 - É imprescindível acreditar na dor que o cliente refere já que esta é uma sensação pessoal e intransferível, ou seja, cada um sente de maneiras e intensidades diferentes. 2 - A aferição da intensidade da dor é fundamental para o planejamento e a verificação da terapia proposta. Deve ser verificada na admissão do doente, após um procedimento doloroso, com o aparecimento de uma nova queixa algica e, rotineiramente, em intervalos</p>

	<p>regulares, dependendo da natureza e magnitude da Dor; a localização e o tipo da dor auxilia muitas vezes em um diagnóstico diferencial, determinando condutas direcionadas para cada tipo de dor;</p> <p>3 - A dor aguda resulta em hiperatividade simpática, com aumento da frequência cardíaca, da resistência periférica e da pressão arterial, com aumento do trabalho cardíaco e do consumo de oxigênio pelo miocárdio;</p> <p>4 - O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o doente, para poder ajudá-lo. A observação permite ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente que são concretos e observáveis, tais como reações comportamentais do doente à dor: qual a sua expressão facial: se chora; como é que ele a expressa verbalmente; como é que a encara; como reage (tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insônias...).</p>
B – DOR COMO SINTOMA DE PRIORIDADE NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
<p>Cuidados:</p> <p>1 - Aplicar escala de dor; 2 - Priorizar atendimento quando escore de dor corresponder à dor moderada/intensa;</p>	<p>Justificativa:</p> <p>1 - A escolha de instrumentos como “escalas” para avaliação da dor, constitui-se em consenso como a melhor opção na avaliação da intensidade e gravidade da dor.</p>

	<p>2 - A avaliação qualificada e o controle do processo doloroso são condutas indispensáveis na assistência ao paciente, uma vez que as evidências existentes apontam que a demora no alívio da dor acelera a evolução para o óbito devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigênio pelo miocárdio</p>
C – ESCALAS DE DOR COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA DOR	
<p>Cuidados:</p> <p>1 - Utilizar a Escala Numérica Verbal antes e após o atendimento.</p>	<p>Justificativa:</p> <p>1 - A escala numérica verbal (env) graduada de 0 a 10, é o instrumento mais adequado dentro de serviços de emergência, uma vez que possibilita o questionamento e resposta direta, sem que haja necessidade de análise e interpretação, otimizando o tempo de identificação da intensidade dolorosa resultando no manejo mais rápido do controle da dor.</p>

*As justificativas do protocolo construído foram baseadas nas referências ^(1; 11; 14; 18).

CONCLUSÃO

Observou-se no presente estudo que os recursos medicamentosos para o alívio da dor consiste no método mais utilizado e viável no ambiente do setor de emergência, embora haja alguns entraves com relação a ética e ao conhecimento técnico-científico para fornecer autonomia à enfermagem para administração de medicações.

Percebeu-se que não existem instrumentos para registro do controle da dor, fragilizando deste modo o tratamento ao paciente de acordo com a sua individualidade.

Observou-se ainda, que existem muitas dificuldades para implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em unidades de emergência, pois trata-se de um setor caracterizado pela dinamicidade de casos onde os profissionais necessitam lidar com a prioridade de atendimento e intervenções, além da escassez de recursos de material e muitas vezes de recursos humanos.

Intervenções não-farmacológicas para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, são em sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores, estimulando o autocuidado, no entanto, cabe ao enfermeiro a escolha das intervenções que melhor atendam as necessidades dos pacientes.

Atentou-se ainda para a escassez da literatura para permear as discussões para instituição de estratégias alternativas no manejo da dor, principalmente em emergência.

A utilização de protocolos de cuidados se torna um importante instrumento na tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que prioriza e organiza as ações de enfermagem ao paciente com dor aguda em unidades de emergência, que requer avaliação constante num ambiente com muitos estressores.

O modo como os cuidados de enfermagem foram apresentados na proposta de protocolo com suas respectivas justificativas sugere ao profissional o entendimento do porquê de

cada cuidado, proporcionando uma leitura rápida e sistematizada afim de estimular o seu uso pelos profissionais.

Com isso, sugerem-se mais estudos voltados para a atuação do enfermeiro, como por exemplo, a criação de protocolos que orientem a assistência prestada ao paciente com dor aguda em emergência.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS nº 196/96 e outras. 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.29-52. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2012.
2. CALIL, A.M. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):308-13.
3. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 325-32, 2005
4. FONTES, K.B.; JAQUES, A.E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc. Cuid. Saude*, Maringá, v. 6 (suplem. 2), p. 481-487. 2007.
5. FREITAS, C.C.; et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor**, 2009; 10: 1: 56-62.
6. KIPEL, A.G.B. Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.2, p. 303- 308, abr-jun. 2004.
7. MAY, L. E. A atuação da enfermagem frente à dor do cliente em pós- operatório – uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado**

Humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

8. OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE** on line. 2010 Jul/Set;4(3):53-6

9. TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

10. VILA, V.S.C.; MUSSI, F.C. 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.

11. SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 6, n.1, Jan/Mar. 2005.

12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Câncer pain relief:** with a guide to opioid availability. 2 ed. Geneva, 1996. p.1-63.

13. XAVIER, L.B. **Dor aguda na emergência:** avaliação e controle através do instrumento de MacCaffery e Beebe. 2012. 77 p. Monografia. (Especialização). Pós-Graduação, modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o aspecto mais importante na implementação da avaliação algica e posterior tratamento seja a de padronizar uma conduta, ou seja, fazer com que todo o profissional envolvido no atendimento à pacientes traumatizados investigue a dor e que essa prática se torne uma rotina.

Recomenda-se a utilização dos instrumentos de avaliação da dor apresentados para padronizar a interpretação do fenômeno doloroso, facilitar a avaliação e a ação dos fármacos, documentar o processo e diminuir enganos, danos e frustrações irreversíveis para o paciente e o enfermeiro.

O ensino sobre dor e analgesia nas instituições de ensino de enfermagem se faz de forma inconstante e reduzida, fazendo com que os profissionais não assimilem essa informação como um valor e um parâmetro a ser incluído na sua prática profissional.

Reconhece-se que mudanças de postura deverão ser adotadas para a implementação desse processo, compreendendo que, talvez, a maior delas deva-se dar nos bancos escolares com o aumento das aulas de dor e analgesia, assim como assegurar aos futuros enfermeiros e médicos maior segurança e conhecimento acerca das drogas a serem utilizadas, sobretudo os opióides.

A despeito das limitações e dificuldades da implementação de um protocolo institucional de controle de dor e analgesia em emergência, acredita-se na importância de sua concretização visando à qualificação da assistência de enfermagem em detrimento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, E.V.; BARBOSA, M.H.; BARICHELLO, E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paul Enferm.** 2010;23(2):224-9.
2. BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. da Esc. de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 221-7. 2006.
3. BERNARDO, C.L.E. O papel da enfermagem. In: DRUMMOND, J.P. **Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica.** São Paulo: Editora Ateneu, 2000. p. 171-212.
4. BERTOLIN, D.C.; *et al.* Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.** 2008;21(Número Especial):179-86.
5. BEZERRA, Isis Menezes. **Assistência de Enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura.** 2007. 93 f. Dissertação de Mestrado (Mestre) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.
6. BEYEA, S.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.** 1998; 67(4): 877-80
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS, Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso em: 3 dez. 2012]. Brasília; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

8. _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
9. _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS, Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso em: 3 dez. 2012]. Brasília; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>
10. _____. Ministério da Saúde. **Manual de educação em saúde: autocuidado na doença falciforme**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.01-73.
11. BROOME, M.E. **Integrative literature reviews in the development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1993. p. 193-215.
12. CALIL, AM. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):308-13.
13. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. Esc. Enf. da USP**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 325-32, 2005
14. CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. **Acta Paul Enferm.** 2010;23(1):53-9
15. CHAVES, L.D. O processo de enfermagem no atendimento do indivíduo com dor. In: CHAVES, L.D.; LEÃO, E.R. (Ed.). **Dor: 5º sinal vital**. Curitiba: Maio, 2004. p.51-58.

16. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA/COREN SC. **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro.** Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina – gestão 2006-2008, 2. ed., 2008.

17. DAL PONTE, S.T., et al. Dor como queixa principal no serviço de Pronto-Atendimento do Hospital Municipal de São Pedro do Sul- RS. **REV. DOR.** 2008 - Out/Nov/Dez - 9 (4): 1345-49.

18. **V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.** Sociedade Brasileira de cardiologia, Sociedade Brasileira de hipertensão, Sociedade Brasileira de nefrologia. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006.

19. FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa /** Uwe Flick; tradução Sandra Netz. – 2. ed. – Porto Alegre: Boockman, 2004.

20. FINE, P.G.; LOW, C.M. **Principles of Effective Pain Management at the End of Life.** Medscape CME/CE. Disponível em <http://www.medscape.com/viewprogram/6079>.

21. FONTES, K.B.; JAQUES, A.E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cienc. Cuid. Saude,** Maringá, v. 6 (suplem. 2), p. 481-487. 2007.

22. FREITAS, C.C.; et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor,** 2009; 10: 1: 56-62

23. GATTI, M.F.Z.; AVANSI, P.A. Dor em emergência. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. p. 408-423.

24. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com Condições Médicas**

Dolorosas Agudas. 2011. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13141> Acessado em: 05 mar 2011.

25. KAZANOWSKI, M.K.; LACETTI, M.S. Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

26. KIPEL, A.G.B. Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.2, p. 303- 308, abr-jun. 2004.

27. LEFÉVRE, F., LEFÉVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

28. MADIGAN, E.A. Evidence-based practice in home healthcare. A springboard for discussion. **Home Healthc Nurse.** 1998;16(6): 411-5.

29. MARUBAYASHI, et al. Avaliação da intensidade, tipo e localização da dor em pacientes que procuram o Pronto-Socorro Municipal de uma cidade de médio porte. **Rev Dor**, 2009; 10: 2: 135-140

30. MARTINEZ, J.E.; GRASSI, D.C.; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol** 2011;51(4):299-308

31. MAY, L. E. A atuação da enfermagem frente à dor do cliente em pós- operatório – uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado Humanizado:** possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

32. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
33. MORAIS; et al. Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009
34. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007/2008. Regina Machado Garcez (traduz). Porto Alegre: Artmed, 2008, 396p.
35. OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**. 2010 Jul/Set;4(3):53-6
36. 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.
37. RIGOTTI; M. A.; FERREIRA; A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v.12, n.1, p.50-4. 2005.
38. ROCHA, Luana de Souza; MOARES, Márcia Wanderley. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, setembro de 2010, v.11, nº3. Disponível em:
[HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_3_o.htm](http://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_3_o.htm) Acesso em: 05 de setembro de 2012.
39. SAKATA, R.K. Medida da intensidade da dor. In: SAKATA, R.K.; ISSY, A.M. Guia de **medicina ambulatorial e hospitalar**: dor. São Paulo: Manole, 2008. p. 27-41.

40. SECOLI, S.R., et al. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. **Rev Esc Enferm USP**. 2009, 43(Esp 2):1244-9.
41. SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-Am Enfermage**.2002, mai-jun; 10(3):446-7
42. SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 6, n.1, Jan/Mar. 2005.
43. TIMBY, Bárbara Kuhn. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
44. TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**.2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
45. TURK, D.C.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. **Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective**. New York: Guilford; 1983.
46. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Regimento Interno**. Cap. 1. Art. 2º. Florianópolis: Hospital Universitário, 1992. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 10 jun. 2009)
47. VILA, V.S.C.; MUSSI, F.C. 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.
48. WATERKEMPER, R. **Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer: uma prática de educação no trabalho**. Florianópolis, 2008. Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, 2008. 150 p.

49. WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2010 mar-abr; 63(2): 334-9.

50. XAVIER, L.B. **Dor aguda na emergência**: avaliação e controle através do instrumento de MacCaffery e Beebe. 2012. 77 p. Monografia. (Especialização). Pós-Graduação, modalidade Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012

APENDICE

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
ASSOCIADO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o(a) Senhor(a) entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir.

QUAL OBJETIVO DESTA PESQUISA E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

Este estudo está sendo realizado na Emergência Adulto do Hospital Universitário – HU sendo a pesquisadora a Enfermeira Luciana Bueno Xavier, intitulado PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR AGUDA NA EMERGÊNCIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA, como pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde associado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Pror^a Enf^a Dra. Kátia Cilene Godinho Bertonecello. O objetivo desta pesquisa é de: *identificar os cuidados de enfermagem necessários para construir um protocolo de cuidados para avaliação e controle da dor aguda à pacientes adultos setor de Emergência do Hospital Universitário – HU.*

A pesquisa é importante de ser realizada porque será oferecido aos enfermeiros (as) a oportunidade de participarem da padronização dos cuidados de enfermagem para avaliação e controle da dor aguda à paciente adultos no setor de Emergência, contribuindo para um cuidado mais qualificado.

Será utilizado como técnica de coleta de dados, a entrevista individual, semi estruturada, com os sujeitos participantes do estudo e três encontros para discussão em grupo.

As entrevistas terão como finalidade conhecer o que os enfermeiros sabem sobre os cuidados de enfermagem para a avaliação e controle da dor aguda. Estas serão realizadas em local a ser combinado em data e horário conforme a sua e a minha disponibilidade. As discussões em grupo terão como objetivo a construção coletiva do protocolo de cuidados.

No instrumento de coleta de dados (ou entrevista), os participantes da pesquisa serão identificados apenas através de cores, preservando assim suas identidades.

Os aspectos éticos a serem observados referem-se a: garantia a todos participantes de que as informações coletadas serão sigilosas, de que o anonimato dos participantes será resguardado e de que as gravações e anotações somente serão realizadas de comum acordo com os participantes do trabalho.

COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?

Em caso de qualquer dano relacionado ao estudo, ou sempre que o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida sobre o estudo, por favor entre em contato com:

Enfª Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Profª Departamento de Enfermagem da UFSC
Telefone: 9919-9084

Luciana Bueno Xavier
Residente Pesquisador
RG:4.530.131-0
Telefone: 9637-6234/ 3237-6397

Eu, _____
_____ consinto voluntariamente em participar desta pesquisa. Recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que

receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

MINHA PARTICIPAÇÃO NESSA PESQUISA É VOLUNTÁRIA.

Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a qualquer momento. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha pessoa.

Assinatura da pessoa que aplicou este termo

Nome da pessoa que aplicou este termo

Data .../.../.....

Assinatura do participante

Nome do Participante

Data.../...../.....

Florianópolis, ____ / ____ /2012.

Apêndice B - Entrevista semi-estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
ASSOCIADO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Identificação:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de serviço na saúde: _____

Tempo de serviço na área de emergência: _____

Perguntas (subjativa):

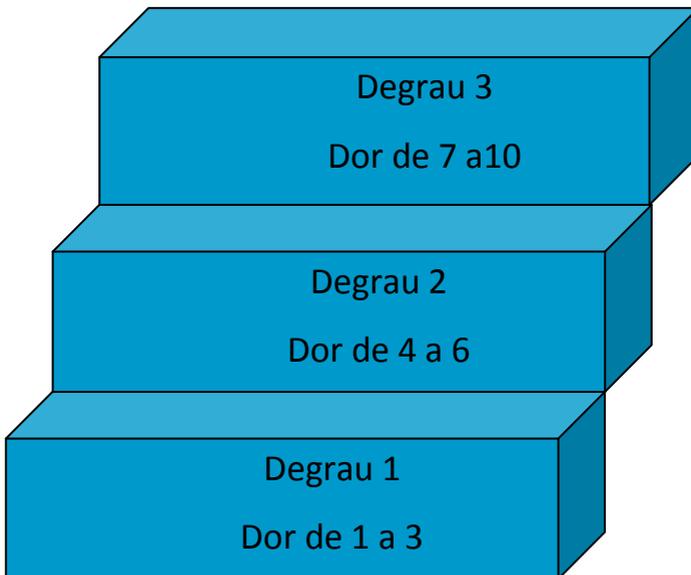
2. Quais os cuidados de enfermagem que você presta ao paciente que chega à emergência com dor aguda?
3. Quais os cuidados de enfermagem você considera necessário para compor um protocolo de cuidado de enfermagem para avaliação e controle de dor aguda no setor de emergência do HU/UFSC?

ANEXOS

Anexo A – Escada Analgésica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
ASSOCIADO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

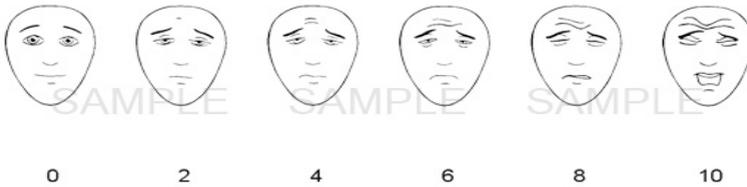
ESCALA ANALGÉSICA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1986)



Anexo B – Escala Numérica Verbal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
ASSOCIADO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ESCALA NUMÉRICA VERBAL



Revised, ©2001, International Association for the Study of Pain
[www.iasp-pain.org/FPSR]