



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA ENFERMAGEM HOSPITALAR – NUPENH

*Um estudo sobre atividades relacionadas a
intervenções de enfermagem para o controle da dor
no cenário da terapia intensiva*

Cecília Maria Izidoro Pinto

RIO DE JANEIRO
OUTUBRO/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA ENFERMAGEM HOSPITALAR – NUPENH

*Um estudo sobre atividades relacionadas a
intervenções de enfermagem para o controle da dor
no cenário da terapia intensiva*

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

*Orientadora:
Prof^a Dr^a Deise da Conceição Santoro*

*Co-orientadora:
Prof^a. Dr^a. Jaqueline Da Silva*

RIO DE JANEIRO
OUTUBRO/2008

Pinto, Cecília Maria Izidoro.

Um estudo sobre atividades relacionadas a intervenções de enfermagem para o controle da dor no cenário da terapia intensiva./Cecília Maria Izidoro Pinto – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

XVIII, 154 p.

Orientadora: Deise da Conceição Santoro.

Tese (doutorado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós Graduação e Pesquisa, 2008.

Referências Bibliográficas: f. 116-129

1. Dor. 2. Centro de Terapia Intensiva. 3. Medição de Dor. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Santoro, Deise da Conceição. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós Graduação e Pesquisa. III. Título

CDD: 610.73

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA ENFERMAGEM HOSPITALAR – NUPENH

CECÍLIA MARIA IZIDORO PINTO

Um estudo sobre atividades relacionadas a intervenções de enfermagem para o controle da dor no cenário da terapia intensiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Deise da Conceição Santoro
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof^a. Dr^a. Deise da Conceição Santoro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Jaqueline da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida de Luca Nascimento - Suplente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Maria da Soledade Simeão dos Santos - Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Todo mundo é capaz de dominar uma dor, exceto quem a sente.
William Shakespeare

In memoriam
(17/08/2007)

Á Alberto José Pinto

*Que me ensinou amor, fé e confiança.
Por nossos maravilhosos momentos juntos, pai e filha, amigo e amiga.
Por tudo que pôde fazer por mim e eu por ele e pela reconfortante
certeza que vamos nos ver novamente
Muitas, mas muitas saudades.*

Eu andarei vestido e armado com as armas de São Jorge...

Dedicatória

A minha pequena Heloísa cujo amor tornou-se o meu verdadeiro estímulo para superar as perdas, as dificuldades, as decepções, o silêncio da noite....

O melhor de terminar será voltar para casa e te dar um grande e caloroso abraço, demorado, descansado e feliz.

A minha mãe Liliam pela sua enorme capacidade de amar incondicionalmente, pelas lições de bondade e justiça e pela dedicação em manter a família unida.

"É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias tristes me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver."

Martin Luter King

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem.

Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”
Fernando Pessoa

A Deus e a todas as energias do bem a serviço no universo por me proverem de dificuldades para aprender a superá-las ao mesmo tempo quer me proveram de saúde, amigos, abrigo e alimento para que eu pudesse vencê-las.

A minha família pelas momentos de intensa alegria e conforto, pela nossa união, nosso sorriso, pela nossa continuidade e fim. Com carinho agradeço a torcida organizada: os meus tios Irene Moreira, Jandir Moreira, Lúcia e Onir. A minha irmã Lilia Izidoro; ao meu irmão Luis Henrique; aos meus “fofos” Beatriz e Flávio Izidoro

A minha companheira de todos os dias Joana Trigueiro, seu companheiro João e toda a sua família, pelo apoio, pelas manifestações de força e admiração pelo meu trabalho e por estarem sempre disponíveis a ajudar.

A minha orientadora Deyse Santoro pela oportunidade de me aceitar a seu lado como doutoranda e me confortar em todos os momentos de desânimo. Agradeço pela ousadia em avançar em torno das minhas idéias sobre enfermagem no controle da dor.

A minha co-orientadora Jaqueline Da Silva, pela dedicação e paciência, por ter me iniciado na linguagem “quantóide”, por me dar noção da dimensão do meu trabalho para futuras pesquisas e por ter aceitado subir nesta viagem com o trem andando e fazer com que ele parasse cheio em todas as estações.

Aos meus colegas da turma de doutorando e mestrado que quase não vejo mais que representam muito para mim. Uma frase para vocês: Eu amo a minha turma de doutorado!

A minha querida amiga Luiza pela presença cotidiana, pela lição de organização, pelas nossas conversas na madrugada e pelo ombro amigo de todas as horas.

Á enfermeira Laura do Hospital São Lucas que eu tive a “sorte” de receber a ajuda na coleta de dados e espero retribuir com a mesma “sorte” na construção da sua dissertação.

As minhas doces e dedicadas comadres em suas respectivas especialidades: Lilia Felipe (questões práticas sobre trabalho e família); Maria da Soledade (assuntos relacionados à produção científica e organização administrativa); Ana Cristina (Esfriar a cabeça e entretenimentos); Auxiliadora Assis (emergências pediátricas e baby siter); Mônica Lima (centramento e assistência psicológica); Gilcéia Monteiro (atividades técnicas e agenda de aniversários).

Às minhas amigas de fé e oração D. Solange, D. Leda, Rosângela, Nazinha e Amarilhis esperam poder retribuir todas as evocações ao alto para que tudo pudesse acabar bem.

Ao meu querido e novo amigo Juliano exemplo de superação e auto-estima, agradeço as suas valiosas contribuições no estudo nos e-mails calorosos e estimulantes e nas inúmeras

perguntas difíceis de responder que sempre fará para melhorar as pesquisas e estudos sobre dor.

A Direção da Escola Anna Nery por exigir sempre o melhor de todos nós

À secretária da Coordenação de Pós-Graduação principalmente a Sônia e a Jorge Anselmo por estarem sempre prontos a me orientar e torcendo para que tudo desse certo, no prazo certo e na forma correta.

Aos meus colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica que me liberaram para poder estar apta a defender a tese e pela força recebida em todos meus projetos dentro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em especial às professoras Lys Cameron, Sylvia Tereza, Lúcia Loureiro e Paulo Vaccari.

Aos colegas do Programa de Tratamento da Dor Cuidado paliativos do Hospital Clementino Fraga Filho pela oportunidade que recebi de aprender com vocês a prática clínica, os conhecimentos e a abordagem necessária junto aos pacientes com dor.

As colegas da Terapia Intensiva do HUCFF Enfermeiras Luciene Corrêa, Sônia Cristina, Rute Cabral e Karina Chama e toda a sua equipe por permitirem aprender um pouco mais com cada uma durante a coleta de dados.

A minha cara substituta Isabel Vital por estar sempre pronta a ajudar com carinho, simplicidade, profissionalismo e senso de justiça. No final deste percurso cada palavra sua, cada gentileza me encaminhava a superar os obstáculos, as decepções e a vislumbrar dias melhores.

A Dr^a. Joice de Aragão auxílio luxuoso de última hora, exemplo de luta, apoio súbito e importante.

Aos meus alunos, objeto da minha paixão desde garota, eu agradeço sinceramente por terem sido a força motriz da minha carreira docente.

Aos meus pacientes de dor crônica, dor oncológica, dor aguda e cuidados paliativos no HUCFF, HFAG, Barra D'Or, Santa Maria Madalena, nas pequenas casas e nas mansões, onde eu era chamada para atuar no alívio da dor e do sofrimento, aprendendo com eles e seus familiares que "dor é que o paciente diz que sente". Agradeço por estar nas suas vidas em momento tão difícil. Foi com cada um de vocês que aprendi que o melhor dia é hoje, nada deve ser adiado. A curtir pequenas vitórias e a celebrar a vida, mesmo que pareça pouco adequado, alto demais, infantil, louco. Fazer o melhor e se esforçar para nunca prejudicar ninguém. Voltar atrás quantas vezes for necessário. Pedir perdão e dormir tranqüilo. Pedir ajuda a quem quiser ajudar. Usar o medo como impulso. Deixar como Deus a cobrança das injustiças. E fazer de tudo para ser cada vez mais feliz. Com muitos de vocês aprendi que devemos viver o melhor dos nossos dias todos os dias.

Por fim a todos os meus ancestrais, aos que lutaram pela liberdade com suas próprias vidas e dores e abriram caminho para o nosso futuro.

RESUMO

PINTO, Cecília Maria Izidoro. **Um estudo sobre atividades relacionadas a intervenções de Enfermagem para o controle da dor no cenário da terapia intensiva.** Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

A dor tem sido identificada como um importante sintoma em doentes internados uma vez que estão particularmente vulneráveis não só pela natureza de sua doença de base como pelos procedimentos diagnósticos realizados. Em unidades de terapia intensiva doentes sofrem de dor mesmo diante de um arsenal tecnológico em torno do leito e da grande proximidade da equipe de enfermagem em função demanda de cuidados exigidos neste ambiente específico. Sabe-se da real importância no tratamento da dor na unidade de terapia intensiva, pois este quadro representa um transtorno na evolução clínica do doente, devendo sempre de forma preventiva evitá-la. O objeto de estudo trata das atividades de enfermagem dirigidas ao controle da dor nos pacientes no cenário de terapia intensiva. Estudo de abordagem quantitativa, não experimental e corte-temporal. As atividades das intervenções “Controle da Dor” e “Administração de Analgésicos” propostas pela NIC (Nursing Interventions Classification) foram utilizadas considerando o grau de importância e realização. Dois grupos de questões abordaram intervenções de enfermagem diretas indiretas no cuidado ao paciente com dor internado em unidade de terapia intensiva, que variaram segundo: (i) a importância atribuída às atividades e (ii) frequência de realização das mesmas. Participaram 67 enfermeiros que atuam em terapia intensiva. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, em dois hospitais de grande porte, um público e um privado, localizados na cidade do Rio de Janeiro. Os itens foram organizados em duas categorias, a saber: as relacionadas com o cuidado direto e as relacionadas com o cuidado indireto. Dos 31 itens relacionados às atividades de enfermagem no controle da dor e classificadas neste estudo como cuidados diretos e cuidados indiretos, duas receberam maior destaque na atribuição de grau de importância pelos enfermeiros de terapia intensiva e foi considerado por eles como de total importância: na categoria cuidado indireto: Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas (53,7%) no cuidado direto: Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência (70,1%). As modalidades terapêuticas não farmacológicas consideradas importantes no estudo foram a Massagem e a Aplicação de Calor e Frio, cujo número de respondentes também foi expressivo entre as mais realizadas. Este mapeamento reforça a tese de que as atividades de enfermagem realizadas no controle da dor em doentes de terapia intensiva não são coerentes entre si e se expressam pelo grau de importância atribuído pelos enfermeiros ser mais significativo do que realizadas no contexto da terapia intensiva.

PALAVRAS CHAVES: Dor, Unidades de Terapia Intensiva, Medição da Dor, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

PINTO, Maria Cecilia Izidoro. A study on activities related to nursing interventions for pain control in the setting of intensive care. Rio de Janeiro, 2008. Thesis (Ph.D. in Nursing). School of Nursing Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

The pain has been identified as an important symptom in patients admitted since they are particularly vulnerable not only by the nature of the underlying disease and the diagnostic procedures performed. In intensive care patients suffering from pain in the face of a technological arsenal around the bed and close proximity of the nursing staff according to demand for care in this particular environment. It is of real importance in the treatment of pain in the intensive care unit, because this table represents a disorder in the evolution of the patient, and always in a preventive way to avoid it. The object of this study of nursing activities directed to control pain in patients in intensive care setting. Quantitative study, experimental and non-cutting time. The activities of interventions "Pain Management" and "Administration of Analgesics" proposed by the NIC (Nursing Interventions Classification) were used considering the degree of importance and accomplishment. Two groups have addressed issues of nursing interventions on direct indirect care for patients with pain admitted to the intensive care unit, which varied according to: (i) the importance of the activities and (ii) frequency of meeting them. Participated in 67 nurses working in intensive care. Data were collected from December 2007 to June 2008 in two large hospitals, one public and one private, located in Rio de Janeiro. The items were organized into two categories, namely those related to direct care and those related to indirect care. Of the 31 items related to nursing activities in pain management and classified in this study as direct care and indirect care, two were most prominent in the awarding of the degree of importance for intensive care nurses and was regarded by them as all important: the category indirect care: To evaluate the patient and staff health care effectiveness measures of pain control have been used (53.7%) in direct care: Observe nonverbal indicators of discomfort, especially in patients unable to communicate efficiently (70.1%). The non-pharmacological treatment modalities considered important in the study were the massage and application of heat and cold, the number of respondents was also marked among the most commonly performed. This survey reinforces the notion that the nursing activities carried out in pain control in intensive care patients are not consistent with each other and are expressed by the degree of importance attributed by nurses to be more significant than that undertaken in the context of intensive care.

KEY WORDS: Pain, Intensive Care Units, Pain Measurement, Nursing Care, **Nursing Process**

RESUMEN

PINTO, María Cecilia Izidoro. **Un estudio sobre las actividades relacionadas con las intervenciones de enfermería para el control del dolor en el contexto de cuidados intensivos**. Rio de Janeiro, 2008. (Tesis de Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro de Rio de Janeiro. 2008.

El dolor ha sido identificado como un síntoma importante en los pacientes ingresados ya que son especialmente vulnerables no sólo por la naturaleza de la enfermedad subyacente y los procedimientos de diagnóstico realizados. En los pacientes de cuidados intensivos que sufren de dolor en la cara de un arsenal tecnológico alrededor de la cama y la proximidad del personal de enfermería de acuerdo a la demanda de atención en este entorno particular. Es de importancia real en el tratamiento del dolor en la unidad de cuidados intensivos, ya que este cuadro representa un trastorno en la evolución del paciente, y siempre de forma preventiva para evitar que ésta. El objeto de este estudio de las actividades de enfermería dirigidas al control del dolor en los pacientes en el establecimiento de cuidados intensivos. Estudio cuantitativo, experimental y no el tiempo de corte. Las actividades de las intervenciones de "Manejo del Dolor" y "administración de analgésicos", propuesto por el NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) fueron utilizados teniendo en cuenta el grado de importancia y los logros. Dos grupos han abordado cuestiones de las intervenciones de enfermería en la atención directa indirectos para los pacientes con dolor ingresados en la unidad de cuidados intensivos, que variaba en función de: (i) la importancia de las actividades y (ii) la frecuencia de su cumplimiento. Participó en 67 enfermeras que trabajan en cuidados intensivos. Se recogieron datos de diciembre 2007 a junio 2008 en dos grandes hospitales, uno público y otro privado, ubicado en Río de Janeiro. Los temas fueron organizados en dos categorías, a saber, los relacionados con la atención directa y los relacionados con la indirecta. De los 31 artículos relacionados con las actividades de enfermería en el manejo del dolor y se clasifican en este estudio como la atención directa y la asistencia indirecta, dos fueron más prominentes en la concesión del grado de importancia para las enfermeras de cuidados intensivos y fue considerada por ellos como muy importante: la categoría cuidado indirecto: Para evaluar al paciente y la salud personal de atención de la eficacia de las medidas de control del dolor se han utilizado (53,7%) en la atención directa: Observar los indicadores no verbales de molestias, especialmente en pacientes incapaces de comunicarse eficiencia (70,1%). El no las modalidades de tratamiento farmacológico se consideran importantes en el estudio fueron los masajes y la aplicación de calor y frío, el número de encuestados se ha caracterizado también entre los más comúnmente realizados. Este estudio refuerza la noción de que las actividades de enfermería llevado a cabo en el control del dolor en pacientes de cuidados intensivos no son coherentes entre sí y se expresan por el grado de importancia atribuida por las enfermeras a ser más importantes que los realizados en el contexto de cuidados intensivos.

PALABRAS CLAVES: Dolor, Unidades de Terapia Intensiva, Dimensión del Dolor, Atención de Enfermería.

LISTA DE TABELAS

TABELAS	Págs.
TABELA 01. Distribuição dos Enfermeiros, segundo características sócio-profissionais ...	72
TABELA 02. Número de respondentes em cada técnica não farmacológica consideradas no Grau “Total” e “Muita” Importância	82
TABELA 03. Número de respondentes em cada técnica não farmacológica consideradas no Grau “Total” Realização	83

LISTA DE QUADROS

QUADROS	Págs.
QUADRO 1. Distribuição das Atividades de Cuidado Direto assinaladas pelos Enfermeiros, segundo o Grau de Importância Atribuído	74
QUADRO 2. Distribuição das Atividades de Cuidado Direto assinaladas pelos Enfermeiros, segundo o Grau de realização atribuído	76
QUADRO 3. Distribuição das Atividades de Cuidado Indireto assinaladas pelos Enfermeiros, segundo o Grau de Importância atribuído	78
QUADRO 4. Distribuição das Atividades de Cuidado Indireto assinaladas pelos Enfermeiros, segundo o Grau de Realização atribuído	80

SUMÁRIO

CAPÍTULOS	Págs.
Lista de Tabelas	xiv
Lista de Quadros	xv
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1. Trajetória Profissional e Motivações para o Estudo	20
2. Questão Problema	23
3. Objetivos	23
CAPÍTULO I - BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	24
1. Aspectos relacionados a Dor	25
1.1. Dor: Aspectos Teóricos Fundamentais	25
1.2. A Enfermagem no Controle da Dor: Elementos Essenciais do Cuidado	33
1.3. O Cenário de Terapia Intensiva: da Admissão ao Controle da Dor	34
2. A Proposta da Nursing Interventions Classification (NIC)	42
3. Contribuições e Impacto na Enfermagem	51
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	56
2.1 Tipo de Estudo	57
2.2. População	57
2.3 Local e Período	58
2.4 Aspectos Éticos e Legais	59
2.5 Processo de Coleta de Dados	59
2.6. Instrumentos	60
2.6.1 Ficha de Identificação	60
2.6.2. Intervenções de Enfermagem para o Controle da Dor	60
2.6.3. Validade e Confiabilidade	63

Continuação Sumário

CAPÍTULOS	Págs.
2.6.4. Teste Piloto	64
2.7. Tratamento dos Dados	66
2.8. Limitações do método	69
CAPÍTULO III - RESULTADOS	70
3.1. Caracterização da Amostra	71
3.2. Importância Atribuída as Atividades de Intervenção Direta	74
3.3. Realização Atribuída as Atividades de Intervenção Direta	76
3.4. Importância Atribuída as Atividades de Intervenção Indireta	78
3.5. Realização Atribuída as Atividades de Intervenção Indireta	80
3.6. As Atividades Não-Farmacológicas	82
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	84
4.1. As Intervenções Diretas	89
4.2. As Atividades Não-Farmacológicas	106
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO	112
5.1. Limitações do Estudo	115
5.2. Recomendações para estudos futuros	115
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	130
ANEXO A – Autorização para desenvolvimento da Pesquisa na Instituição Cenário – Hospital São Lucas	131
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do EEAN/HESFA	132
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do HUCFF/UFRJ	133

Continuação Sumário

CAPÍTULOS	Págs.
ANEXO D – Controle da Dor NIC	134
ANEXO E – Administração de Analgésicos	137
ANEXO F – Especialidades do COREN	139
APÊNDICES	140
APÊNDICE A – Equivalência das Atividades	141
APÊNDICE B e C– Instrumentos de Coleta de Dados	146/149
APÊNDICE D - Quadro demonstrativo do agrupamento das Atividades Controle da Dor utilizadas no estudo	152
APÊNDICE E e F – Termos de Consentimentos Livre e Esclarecidos	153/154

Considerações Iniciais

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. Trajetória Profissional e Motivações para o Estudo

Como enfermeira nos cenários hospitalares em centro cirúrgico e emergência desde 1990, observo que nos doentes com o mesmo diagnóstico e/ou com condições clínicas semelhantes, a dor pode se apresentar com características diferenciadas em relação à intensidade, manifestações físicas e expressões emocionais, o que pode comprometer a agilidade, rapidez e efetividade no seu controle, em especial quando o doente é cuidado por uma equipe que não está devidamente treinada.

A analgesia medicamentosa permite aliviar a dor relatada pelos doentes sem, no entanto, minimizar o sofrimento experimentado por eles em diversas situações dolorosas. Em muitos casos, a intervenção farmacológica produz respostas diferentes entre os doentes e para controlar dor, medidas não farmacológicas podem ser benéficas e deveria ser considerada na rotina hospitalar. A experiência na assistência ao doente em situações críticas trouxe reflexões sobre as potenciais variáveis relacionadas às intervenções realizadas pela equipe de enfermagem para o controle da dor no centro de tratamento intensivo.

O caráter impar das manifestações dolorosas, a descrição do quadro algico verbalizada por cada doente, a presença de níveis diferenciados de sofrimento e a busca por tratamento em várias especialidades médicas, parecem influenciar essas intervenções. A ausência de políticas institucionais para o controle da dor, atualmente insipiente no contexto hospitalar, também influi na atuação da equipe de enfermagem em relação à analgesia e dor, fazendo com que o sintoma não seja identificado e controlado adequadamente, limitando assim a assistência aos doentes.

Neste contexto, no qual tratar dor é, em primeira instância, medicar, observava que no cotidiano das enfermeiras durante a supervisão estávamos muito longe de perceber as possibilidades contidas na atuação diante das queixas algicas na assistência aos doentes, percepção infelizmente pouco alterada ao longo da minha trajetória profissional.

Como docente em enfermagem no Programa Interdepartamental (PCI IX)¹, inserido no sexto período curricular do curso de graduação em enfermagem, da Escola de enfermagem “Anna Nery” da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fiz a proposta de implementar a temática dor e analgesia como um conteúdo a ser abordado junto aos alunos de graduação. O apoio da equipe docente acerca do tema dor fundamentou-se na vital importância deste conteúdo em doentes críticos, geralmente negligenciado nos currículos de graduação.

O objetivo inicial era sensibilizar o estudante para os desafios relacionados ao cuidar do doente com dor e por isto organizou-se conteúdo temático de forma a provocar discussões que privilegiassem o olhar direcionado à dor em todas as suas dimensões, visando contribuir para o cuidado e incentivar a produção acadêmica na área, através de estudos produzidos por estes alunos.

Em Cursos de Especialização em Centro de Terapia Intensiva (CTI) introduzi conteúdos e discussões sobre dor e analgesia, visando propiciar aos enfermeiros conhecimento de novas possibilidades em seu controle neste cenário, bem como ampliar as discussões sobre as estratégias de manejo do sintoma e identificar intervenções não-farmacológicas possíveis de ser incorporadas na dinâmica hospitalar destes profissionais e aplicáveis ao cenário da terapia intensiva.

A sala de aula passou a ser um ambiente propício às reflexões acerca das necessidades de cuidado ao cliente com dor inicialmente centrada no tratamento medicamentoso. No evoluir das discussões as propostas de ações mais específicas executadas pela equipe de enfermagem tais como massagens, aplicação de calor-frio ou relaxamento incentivaram os enfermeiros a repensar as práticas que poderiam ser prescritas e executadas como adjuvantes a prescrição médica.

Minhas preocupações e esforços em direção a melhor compreensão da temática analgesia e dor no contexto do centro de terapia intensiva buscou provocar nos enfermeiros a necessidade de reconstruir uma prática mais sensível, criativa, com foco sobre as intervenções de enfermagem.

¹ Sigla que significa Programa Curricular Interdepartamental. Neste estudo, citam-se IX que respectivamente, compreendem os cuidados a clientes de média e alta complexidade, compostos de disciplinas que se inter-relacionam, a saber: Diagnóstico Simplificado de Saúde, Prática de Enfermagem e Teórico - Prática. Os cenários do Programa incluem setores clínico - cirúrgico e centro-cirúrgico.
Fonte: ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. Coordenação de Graduação EEAN (1997).

Esta temática que permeia toda a minha trajetória profissional serviu como pano de fundo para elaboração da dissertação de mestrado. Esta teve como foco os aspectos relacionados a aprendizagem dos estudantes e suas manifestações mais singulares na seleção das intervenções dirigidas a prestação do cuidado a doentes com dor moderada. Embora o controle da dor não tivesse sido privilegiada como objeto de estudo, foi utilizado para se distinguir a forma da implementação de cuidados pelos estudantes e evidenciar seus diferentes estilos de aprendizagem (PINTO, 2000). Acreditava-se na relação, supostamente existente, entre a forma de cuidar de estudantes de enfermagem e seus respectivos estilos de aprendizagem, segundo a tipologia de Kolb². Para operacionalizar o estudo, foi elaborado um instrumento com quinze ações, baseadas em documentos extraído de livros-texto consagrados, cujos princípios básicos resultam de um conjunto de ações que abrangem os vários aspectos do cuidar do doente com dor (PINTO, 2000). Os resultados apontaram para uma diferença significativa entre os estilos de aprendizagem categorizados por Kolb e a relação destes possíveis estilos de cuidado prestado.

A vivência profissional como enfermeiro, a participação no Programa de Tratamento da Dor Crônica e Cuidado Paliativo do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e a experiência com os enfermeiros intensivistas nos cursos de pós-graduação agregou conhecimento e prática no meu cuidar de pessoas com dor, suas particularidades e expectativas no alívio do sofrimento e deram subsídios para o estabelecimento de propostas para o controle da dor, publicadas em um capítulo de Dor no livro “Cuidados de Enfermagem em Terapia Intensiva – Recomendações” (SANTORO et al., 2008), a convite da Sociedade de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro – SOTIERJ (2006).

A partir de então, passei a considerar a possibilidade de elaborar um estudo sobre as ações de enfermagem relacionadas à dor, realizada de forma independente da prática de outros profissionais e/ou de terapias medicamentosas no cenário de terapia intensiva.

² Para Kolb, a aprendizagem, nos indivíduos, é concebida como um ciclo intermitente composto de quatro estágios em que a experiência concreta (EC), observação reflexiva (OR), conceitualização abstrata (CA) e experimentação ativa (EA). Este processo se repete a cada nova informação adquirida no qual o aprendiz é estimulado a reiniciá-lo. Os estilos de aprendizagem de Kolb resultam da combinação das fases do Modelo Experimental de Aprendizagem. Os estilos de aprendizagem de Kolb podem ser identificados nos indivíduos utilizando o *Learning Styles Inventory* (LSI). (KOLB; BOYATZIS, 1991)

A utilização prática das intervenções de enfermagem no contexto do centro de terapia intensiva estimulou-me a desenvolver tese nesta área. Assim, decidi por um estudo sobre atividades relacionadas ao controle da dor conforme intervenções propostas pela *Nursing Intervention Classification* (NIC) no contexto do cenário de Terapia Intensiva.

A relação do estudo elaborado no mestrado com o estudo proposto pela presente tese de doutorado está no objetivo de evidenciar a seleção e a aplicação das ações de enfermagem para o controle da dor, sintoma responsável por grande sofrimento nos cenários hospitalares e que agrava o quadro clínico em doentes de alta complexidade.

2. Questão problema:

Qual o grau importância e de frequência nas quais são realizadas as atividades para alívio da dor na opinião dos enfermeiros da terapia intensiva?

3. Objetivos:

- Verificar o grau de importância atribuída pelo enfermeiro às atividades relacionadas ao controle da dor e a frequência com que as mesmas são realizadas no cenário de terapia intensiva.
- Discutir as coerências das escolhas dos enfermeiros sobre a importância e realização das atividades para o controle da dor do doente em terapia intensiva.

Capítulo I

Bases Teórico-Conceituais

CAPÍTULO I

BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

1. Aspectos Relacionados à Dor

1.1. Dor: aspectos teóricos fundamentais.

Conceituada pela International Association Study of Pain (IASP) a dor é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tais danos” (2001). Apresenta caráter multidimensional e complexo, (MELZACK ; WALL, 1965, 1982; PUNTILLO, 1988) e em doentes críticos pode ser exacerbada por estressores de ordem psicológica especialmente o medo e a ansiedade (PUNTILLO, 1988; PASERO; MCCAFFERY, 2002).

A dor tem sido identificada como um importante sintoma em doentes internados uma vez que estão particularmente vulneráveis não só pela natureza de sua doença de base e os procedimentos diagnósticos realizados bem como os tratamentos propostos. Além disso, os doentes podem ter dificuldade em verbalizar o seu desconforto seja porque estão intubados ou apresentarem significativo déficit cognitivo (SHANNON; BUCKNALL, 2003; PUNTILLO, 1990, 2002).

Dos estudos publicados sobre a prevalência da dor em doentes hospitalizados destaca-se uma análise retrospectiva realizada por Desbiens et al. (1996) que avaliou a experiência de dor em doentes hospitalizados em condições críticas, com duas perguntas-chave que compuseram a investigação. A primeira buscava saber se estes tinham experimentado qualquer tipo de dor durante a sua permanência de hospital. Caso a resposta fosse negativa, a entrevista encerrava-se, caso contrário, uma pergunta subsequente buscava saber se a dor foi moderada ou severa e o nível de satisfação com o atendimento recebido diante do sintoma. A dor foi um sintoma comum entre os doentes do estudo. Da amostra de 5.176 doentes 59% deles relataram ter experimentado dor durante a hospitalização, destes, 12% informaram dor leve, 19%, dor moderada e 28% dor severa. Um dado importante no estudo é que 6.7% dos entrevistados acreditavam que seus médicos definitivamente não fizeram tudo que podiam

para o alívio da sua dor e 17.8% apontavam mencionaram que seus médicos nada fizeram para ajudar na ocorrência do sintoma.

Donovan, Dillon e Mcguire (1987) compararam relatos de dor em 353 doentes internados em unidades médico-cirúrgicas e seus achados identificaram que 58% de doentes informaram ter experimentado dor qualificando-a como “horrível” ou “excruciante” e presente durante a sua hospitalização. Apesar da maioria de doentes ter experimentado dor severa no hospital, só 45% de doentes puderam contar com a enfermeira para atender a sua dor. Este estudo identificou administração de sub-doses de analgésico - algo em torno de 25% menor do que a dose prescrita. Os autores concluíram que a dor relatada pelos doentes hospitalizados pode ser mais prevalente do que os achados das entrevistas sugerem.

Um estudo de Yates et al. (1998) com 205 doentes em clínica de cuidados críticos (tradução de: “*acute care*”), utilizou um questionário de 65 itens, nos quais incluíam questões referentes a prevalência e severidade e dor a ser investigada nas primeiras 24 horas. Os achados revelaram que 78.6% dos doentes reportaram ter sentido dor deste 33,5% descreveram-na como “horrível”, “excruciante”, 39% sentiram dor o tempo todo embora em menor intensidade.

Os resultados destes estudos atentam para o fato que uma grande proporção de doentes continua a experimentar dor durante a internação e nos remete a responsabilidade que o seu manejo e controle, devem e precisam receber maior atenção da equipe de saúde na prática clínica.

Dada à prevalência do sintoma nos cenários de terapia intensiva, o desenvolvimento de estudos que busquem evidências do impacto da dor nos doentes, são importantes para indicar a necessidade de estabelecer políticas de treinamento aos profissionais de saúde e orientar estratégias de intervenção, com vistas ao seu manejo e controle.

Dor não controlada causa sofrimento desnecessário, aumenta o tempo de internação e imprime sobre o doente uma experiência negativa que terá impacto por toda a sua vida. Os doentes, frequentemente, temem mais o sintoma doloroso do que a sua própria doença e/ou procedimentos. No entanto, muito desse sofrimento é desnecessário, pois atualmente está a disposição da equipe de saúde um arsenal de conhecimentos e tratamentos a serem implementados junto ao doente, para o alívio da dor e do sofrimento.

As barreiras para o adequado manejo da dor são categorizadas em três áreas: falta de conhecimento de estratégias para o seu manejo por parte de médicos e enfermeiros, mitos e concepções errôneas sobre a dor e tratamentos entre equipe, doentes e familiares e ausência de uma política de saúde voltada para o controle da dor nas instituições de saúde.

Estudos apontam que estas barreiras podem estar diretamente relacionada com as atitudes da equipe de saúde diante da dor de seus doentes no que se refere à inadequação dos modelos de avaliação da dor, do desconhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia e possíveis falhas na comunicação entre doente e equipe (CLARKE ; STILLWELL, 1993; PUNTILLO et al.,1997; YATES et al., 1998; SHANNON E BUCKNALL, 2003) e podem resultar em sofrimento intenso durante a internação, com efeitos devastadores, no doente e na sua família (WISLOW, 1998).

A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, e entre eles a dor, contribuem para evitar que torne a permanência do doente sob nossos cuidados uma experiência de desagradável e intenso sofrimento.

A intensidade dolorosa é componente de grande expressão da experiência dolorosa e o mais aferido na prática clínica e de pesquisa, e é indispensável para o planejamento da terapia antálgica e verificação da adequação do esquema proposto (CALIL ; PIMENTA, 2005).

A capacidade de descrever e registrar a presença e a qualidade da dor são procedimentos para os quais o enfermeiro tem competência e responsabilidade no contexto da assistência nos cenários de terapia intensiva. A avaliação efetiva da dor deve tomar parte da documentação do doente como uma forma de melhora na comunicação entre doente e enfermeira e entre enfermeiras e equipe médica. A incorporação de instrumentos de avaliação e a implementação de rotinas sistemáticas de registros devem ser adaptados às necessidades do serviço, dos doentes e da equipe de saúde e deve ser uma ferramenta simples e direta para o controle da dor no ambiente de cuidado crítico (SHANNON ; BUCKNALL, 2003).

Uma análise dos registros de dor elaborados por Silva e Pimenta (2003) analisaram os registros de enfermagem sobre dor e analgesia em 38 doentes internados em um hospital oncológico, com queixa de dor com pelo menos 24 horas de internação hospitalar. Comparados os registros de enfermagem com o relato dos doentes, as autoras observaram anotações de presença de dor em 71,1% dos registros de enfermagem, ausência de dor em

23,7% e não havia registro de presença ou ausência de dor em 5,2%. Quando confrontados os dados com o relato dos doentes foi possível observar que no grupo de doentes nos quais se registrou a ausência de dor, todos relataram dor no momento da entrevista. Os qualificadores da dor, segundo o estudo, apontaram à pobreza do registro uma vez que em 71,1% pouco havia além da descrição da localização enquanto em 44,7%, dados relacionados ao contrário dos relatos dos doentes entrevistados.

O estudo concluiu que os registros sobre as características da dor foram pobres, embora todos os doentes, quando indagados, tenham-na caracterizado quanto ao local, intensidade, duração, qualidade e prejuízos advindos da dor. Apontam para a necessidade de adotar-se um padrão de avaliação diária do doente, especificamente sobre dor e que este possa contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Para as autoras os dados precisam ser compartilhados nos diversos turnos entre os membros da equipe multiprofissional, possibilitando melhor intervenção e acompanhamento do quadro algico.

Neste ponto cabe a reflexão que é necessário caracterizar a dor para além da sua presença, avaliando-a qualitativamente para que seja identificada sua tipologia e esta oriente a uma abordagem específica e ajustada às necessidades para o seu alívio no doente.

Ao planejar o cuidado de enfermagem para o cliente com dor é preciso que se classifique a dor em seu aspecto fundamental: a duração. Inicialmente diferenciada em crônica ou aguda apresentam características distintas. A dor crônica diferencia-se por persistir além do prazo esperado para a cura de uma lesão, geralmente há mais de três meses, ou a que está relacionada a um processo patológico crônico. A este tipo de dor associa-se a mudança de humor, o déficit da auto-estima e a depressão (PUNTILLO, 1990; PIMENTA, 2000).

Na dor aguda, o início súbito pode servir de aviso sobre algo errado no corpo. Geralmente existe uma doença ou lesão orgânica associada. Esse tipo de dor tem duração, relativamente, curta ou um término previsível, como por exemplo, a dor decorrente de um período pós-operatório, de um processo inflamatório agudo ou de necrose e morte de tecidos. Na dor aguda são observadas respostas neurovegetativas associadas, tais como: elevação da pressão arterial, do pulso, diarreia, náusea e vômito, sudorese, ansiedade e agitação (MELZECK ; WALL, 1965; PUNTILLO, 1988; TEIXEIRA et al., 2001).

A dor aguda tem função biológica de alerta e está relacionada a traumas, infecções, inflamações. É mais facilmente identificada pelas enfermeiras uma vez que se encontra uma lesão tecidual potencial ou real para explicá-la. Contudo pessoas em unidades de terapia intensiva sofrem de dor mesmo diante de um arsenal tecnológico em torno do leito (PUNTILLO, 1988; PIMENTA et al., 2001).

Barra, Nascimento e Bernardes (2006) argumentam que na dor aguda os fatores emocionais e culturais estão presentes, com tudo com menor magnitude em relação a dor crônica.

A dor pós-operatória diferencia-se dos outros tipos de dor aguda pelo fato de que, sem tratamento adequado medicamentoso ou de cuidados, não diminui de intensidade com o passar do tempo, podendo levar o cliente a desenvolver um processo de cronificação da sua dor. Esses achados têm importância clínica e devem ser levados em considerações na avaliação da necessidade de analgésicos (CAVALCANTE, TEIXEIRA; FRANCO, 2000; BUCKNALL et al., 2001).

Na busca da melhoria da qualidade da assistência em dor, muitos hospitais americanos e europeus procuram estabelecer protocolos e padrões de controle e manejo do sintoma com o objetivo de reduzir a internação e minimizar o impacto físico e emocional causado pela dor. Para Bucknall et al. (2001) muitos destes protocolos e diretrizes podem ser difíceis de serem aplicadas pelos médicos e enfermeiras no complexo ambiente de terapia intensiva. Os autores relacionam seis implicações que podem tornar difícil a implantação destas “linhas de conduta” ou “protocolos” (tradução de: “*guidelines*”). São elas: (1) Envolvimento com o doente; (2) habilidades da enfermeira para controle e avaliação da dor; (3) colaboração da equipe multidisciplinar; (4) estratégias organizacionais para tornar viável proposta de controle da dor (5) programas educacionais; (6) avaliação da efetividade das intervenções implementadas propostas. Os autores concluem que as enfermeiras devem identificar as influências no seu ambiente de trabalho que possam interferir no controle da dor. Enfatizam que sem a combinação da evidência, da adequação do ambiente e da facilitação da implementação, outra década virá e pouco mudará a prática de enfermagem no controle da dor junto a estes doentes.

A dor crônica ao contrário, é de difícil identificação e é caracterizada por se apresentar mal delimitada no tempo e no espaço e persistindo mesmo sem presença de lesão e persistindo após sua cura. Uma dor pode tornar-se crônica pelos mais variados motivos, mas ela

certamente não tem mais uma função de alerta ou defesa como acontece na dor aguda. Na dor crônica, as alterações são predominantemente comportamentais e pode passar despercebida em um doente em estado grave ou inconsciente na terapia intensiva. Estas múltiplas dimensões interferem no doente provocando a perda de sono, déficit cognitivo e dificuldades na relação com a família e a equipe de saúde. Frequentemente a depressão está relacionada com esta tipologia de dor e tende a ser mais intensa quanto maior for a sua duração. (TEIXEIRA et al., 2001; GOZZANI, 2003).

Na opinião de McCaffery, Ferrell e Pasero (2000) se um indivíduo sofre cirurgia que causa dor moderada a severa, há pelo menos 50% chance do sofrimento desnecessário acometer o indivíduo durante o seu pós-operatório. Portanto é perfeitamente possível que doentes internados na terapia intensiva, com diagnóstico de dor aguda por traumas, queimaduras ou em pós-operatório, apresentem história de dor crônica trazendo consigo uma experiência prévia de longo sofrimento na busca pelo alívio da dor.

Outros tipos de dor podem ser identificados na terapia intensiva e apresentam características distintivas e manifestações singulares. Um exemplo é a dor neuropática que resulta de lesão parcial/total das vias nervosas centrais (SNC) ou periféricas. Decorre de lesões ou compressões de nervos por diabetes, herpes-zoster, acidente vascular cerebral etc. No exame físico, observa-se alodínia (dor ao toque que não causa dor e discreta tumoração) ou a presença de neuroma sensíveis ao toque. (TEIXEIRA et al., 2001; GOZZANI, 2003).

A avaliação da dor por meio de escalas, relato verbal e observação da fâcies dolorosa podem estar dificultados em doentes que apresentarem nível de consciência prejudicado pela sedação e/ou seu estado clínico crítico, dificultando a avaliação da intensidade e as características da dor, fatores norteadores para as intervenções a serem propostas em terapia intensiva. Neste sentido os enfermeiros devem estar preparados para desenvolver estratégias de acompanhamento dos doentes centrados na observância de alterações do estado clínico e nas possíveis mudanças no comportamento que se relacionam à dor do doente.

Na opinião de Shannon e Bucknall (2003) a alta demanda de trabalho e o reduzido número de enfermeiras no serviço, constituem-se barreiras importantes com forte impacto no controle de dor nos serviços de saúde.

A literatura indica a importância da evolução e descrição da dor para acompanhar a efetividade da terapia antálgica prescrita.

Embora o relato verbal seja uma importante fonte de avaliação da dor, em terapia intensiva, nem sempre isso é possível. Os estímulos dolorosos tornam-se mais complexos à medida que o indivíduo encontra-se com a comunicação verbal prejudicada ou impossibilitado de se comunicar (PUNTILLO, 1990, PUNTILLO et al., 2003; MCCAFFERY; FERRELL; PASERO, 2000; ASLAN; BADIR; SELIMEN, 2003).

A avaliação é de suma importância na compreensão da dor, na identificação de sua etiologia e na análise do seu impacto sobre o indivíduo. Devem ser considerados aspectos de vida desse cliente, bem como suas experiências sensoriais, afetivas, comportamentais e cognitivas (PIMENTA 2000; HERR et al., 2006). Quando a dor é de grande intensidade ou profunda, os sintomas se ampliam para um quadro representado por diminuição da pressão arterial, diminuição da pulsação, náusea e vômito, debilidade, prostração e palidez, além de possível perda de consciência (PIMENTA et al., 2001).

Mas são as respostas comportamentais que chamam a atenção por representarem a difícil adaptação do indivíduo a dor. Puntillo desde 1988, já discutia que o sofrimento dos doentes era demonstrado pela manifestação corporal evidenciadas por posturas que minimizam a dor tais como: imobilidade corporal, contração de pernas ou posição fetal. Outros comportamentos característicos evidenciam-se por lamentações, suspiros, face e lábios contraídos, contrações do maxilar ou dos punhos, pequenas contrações de face, lábios e olhos, quietude excessiva ou retração, imobilidade física, choro, expressão assustadora, segurar ou proteger a área dolorida ou permanecer imóvel (PIMENTA, 2000; RICHARDS ; HUBBERT, 2007).

As alterações do padrão de sono, a deambulação, a atividade sexual, a alimentação, o relacionamento interpessoal, são algumas questões a serem avaliadas durante a anamnese nos cenários de terapia intensiva (SHANOON ; BUCKNALL, 2003; BARRA, NASCIMENTO ; BERNARDES, 2006). Estas manifestações somadas ao isolamento provocado pela internação neste ambiente leva a prejuízos no seu prognóstico e na qualidade de vida desse indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) preconiza o efetivo controle da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde pública. Sugere que os governos incluam

programas de controle da dor no âmbito do sistema de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida dos doentes. Neste sentido a educação e o treinamento dos profissionais de saúde é um elemento-chave para o alcance de resultados favoráveis no tratamento adequado da dor e alívio do sofrimento.

Neste sentido a educação e o treinamento dos profissionais de saúde é um elemento chave para o alcance de resultados favoráveis no tratamento adequado da dor e alívio do sofrimento. No entanto os programas de treinamento para dor devem ser ministrados aliando-se conteúdos teóricos com as experiências práticas dos enfermeiros, (ROND, WIT, VAN DAM, 2000;) e que esta formação deve ser privilegiada nos currículos dos cursos de formação (TWYXCROSS, 2000).

Uma razão para a baixa prioridade dada para o alívio da dor por parte das enfermeiras poderiam ser os limitados conteúdos recebidos em sua formação profissional relacionados ao controle da dor nas diversas situações clínicas e especialidades de atuação.

Embora o foco do nosso estudo não esteja voltado para o impacto da intervenção educativa, importa para nós entender que a educação pode ser uma variável de destaque principalmente quando se está investigando a relevância dada pelos enfermeiros em propostas de intervenção para dor em seu ambiente de prática.

Entende-se que não é possível descrever a dor do cliente sem que ele mesmo a expresse efetivamente através de seus sentidos, seu corpo e sua fala. Em muitas situações pode haver o risco de os integrantes da equipe de enfermagem interpretar as queixas de dor dos clientes de acordo com sua própria visão e experiência pessoal. Integrantes da equipe de enfermagem que acreditam nas queixas de dor dos clientes são sensíveis para compreender o momento de estresse e angústia que envolve clientes e familiares, e estão capacitados para intervir no seu controle.

1.2. A enfermagem no controle da dor: Elementos essenciais do cuidado

A enfermagem está em uma posição estratégica para acessar a dor do doente, visto que passa 24 horas ao seu lado tornando-se o profissional mais capacitado avaliar suas necessidades de analgesia (ASLAN; BADIR; SELIMEN, 2003; FEELEY; GARDNER, 2006).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde, que mais frequentemente fazem intervenções para o alívio da dor, avalia/analisa as respostas terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais, podem estar capacitados a propor terapêuticas não-farmacológicas de alívio da dor.

Constituem-se um desafio para a enfermagem e sua equipe, identificar alterações indiretas importantes que denotem a presença da dor e minimizem, ao máximo, o sofrimento dessa clientela (CHONG ; BURCHET, 2003; EDWARDS et al., 2001).

Algumas estratégias podem ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem visando reduzir a dor e o sofrimento. Aspectos como experiências dolorosas vivenciadas, o nível cultural, o meio socioeconômico e a linguagem devem ser considerados, assim como os riscos, benefícios das opções analgésicas a serem oferecidas (PIMENTA, 2000; CALIL; PIMENTA, 2005). Entre as modalidades de intervenção são essenciais: a farmacológica e a não farmacológica. A primeira requer a colaboração efetiva dos profissionais de saúde, tendo em vista que é o médico que prescreve os medicamentos específicos estabelecendo a via desejada. Contudo, é o enfermeiro que avalia a eficácia e monitora os efeitos da terapia. Além disso, é função do enfermeiro a capacitação da equipe no manejo da prescrição.

Neste sentido, a atuação e a responsabilidade do enfermeiro são evidenciadas pela maior proximidade com o cliente, através de atividades/ações que se sobreponham ao aparato tecnológico. O profissional de enfermagem é o elo entre o médico e a família, é ele que no manejo dos cuidados corporais e das medicações, faz o papel de compreender e minimizar o sofrimento emocional e corporal dos doentes.

Outras modalidades de intervenção devem ser consideradas, em especial, as de caráter não-farmacológicas, pois representam a dimensão na qual enfermeiro tem a oportunidade de exercer a sua prática com criatividade e autonomia. Deve ser considerada importante a orientação da família e da equipe de saúde no tratamento não farmacológico, uma vez que

doentes comatosos ou entubados não podem decidir por um dado tratamento a ser proposto pela equipe de saúde.

1.3. O cenário de terapia intensiva: da admissão ao controle da dor

Villa e Mussi (2001) descrevem que em situação de internação em terapia intensiva observam-se freqüentes queixas de desconforto e comprometimento de sua habilidade de comunicar-se e expor seu sofrimento, pelo que chama de “artefatos e restrições” impostas pelo cuidado. Considera importante e prioritário não só pela ética que envolve o cuidado, mas também por poder proporcionar conforto físico, mental e social à clientela em unidades de terapia intensiva.

Essas concepções são importantes para que os integrantes da equipe de enfermagem possam construir as bases para o cuidado, uma vez que privilegiam os aspectos subjetivos envolvidos na percepção dolorosa. É a partir delas que se torna possível selecionar as estratégias mais adequadas dirigidas ao alívio do sofrimento.

Nestes casos o conhecimento das enfermeiras acerca de outras características definidoras manifestadas pelos clientes que levem ao diagnóstico será fundamental na elaboração das intervenções de alívio da dor (PIMENTA, 2000; CALIL; PIMENTA, 2005; CAROL; KENNETH, 2003).

Para Sousa (2002) o objetivo principal do enfermeiro é avaliar a dor como 5º sinal vital. Este dado ser mensurado junto com os demais sinais vitais e realizado por todos os membros da equipe de enfermagem. Para permitir aferi-lo como sinal vital, devemos, antes de tudo, preparar a equipe para o desafio de tornar a dor um dado objetivo, dominando uma variedade de instrumentos de avaliação. Dada a prevalência da dor no contexto hospitalar, a idéia do 5º sinal orienta a uma avaliação sistemática da dor, mas carece de ser discutida antes como um sintoma que provoca manifestações físicas, emocionais e sociais desafiantes à simples mensuração na prática clínica e que exige habilidade e experiência de toda a equipe que atua nos cenários hospitalares.

O corpo do cliente responde de várias maneiras à dor. Por isso, é possível identificar seus sinais no momento do exame físico. Contudo o registro destes sinais merece um preparo

com ênfase na sensibilidade, na criatividade, na proximidade e no detalhamento das emoções percebidas daqueles que não podem colaborar com as informações através do relato verbal.

É fundamental que as observações favoreçam as características da dor, devendo, atentar para as três respostas: as respostas simpáticas, as parassimpáticas e as comportamentais. Nas respostas simpáticas e parassimpáticas em geral na dor de intensidade moderada ou alta, os sinais podem estar representados através da postura corporal defensiva, palidez da pele, diaforese (sensação de morte eminente), aumento da pressão arterial, aumento da pulsação, aumento de respiração, aumento da tensão dos músculos esqueléticos, dilatação das pupilas, taquicardia sinusal. As respostas comportamentais se manifestam pela expressividade corporal, sinais não-verbais que representam um desafio na prática da enfermagem intensivista.

Estas considerações reforçam a idéia que em unidades de terapia intensiva doentes sofrem de dor mesmo diante de um arsenal tecnológico em torno do leito e da grande proximidade da equipe de enfermagem em função demanda de cuidados exigidos neste ambiente específico.

A área da assistência à saúde e, mais especificamente da assistência de enfermagem, tem sido marcada por um crescente estímulo ao uso efetiva utilização de práticas fundamentadas pelo conhecimento científico corrente, tais como distração, massagens, aplicação de calor e frio entre outras. A motivação maior é a perspectiva de melhoria da qualidade da assistência aliada à possibilidade que tem o enfermeiro de participar de maneira mais efetiva do tratamento de seus doentes. No entanto para McCaffery (2002) para que estas práticas não caiam em descrédito necessitam de pesquisa controlada e estudos randomizados para determinar quais métodos são melhores e mais efetivos em determinados grupos de doentes e para que tipos de dor. Sugere que estes métodos façam parte do arsenal de cuidados dispensados às pessoas com dor uma vez que intensificam a relação com a enfermeira e em concomitância com métodos farmacológicos ajustados às necessidades dos doentes.

Hoje é internacionalmente aceito que a implementação de diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, sejam orientadas a partir da evidência científica disponível acerca da eficácia e efetividade de intervenções o que produz melhores resultados na população assistida e legitimam as condutas junto aos doentes. (GRIMSHAW; RUSSELL, 1993).

A Enfermagem do século XX tem buscado aliar a arte do julgamento clínico com o conhecimento científico, através de evidências científicas comprovadas da atuação dos seus cuidados na melhoria das condições clínicas dos doentes. No entanto, observa-se a introdução de avanços tecnológicos na prática clínica, principalmente da terapia intensiva embora vise contribuir para manutenção da vida, também pode causar danos, ameaçando transformar o enfermeiro em um mero utilizador ou manipulador de procedimentos, se estas tecnologias não sofrerem um criterioso processo de avaliação antes e após a sua introdução na prática.

A Enfermagem, ao longo de sua história como profissão, vem acompanhando a mudanças tecnológicas em saúde e as sociais. Isso tem exigido dos profissionais da área reflexões sobre o processo de cuidar do doente, objetivando um cuidado que expresse um fazer de modo individualizado e metodologicamente sistematizado. Nessa busca, os enfermeiros têm construído um corpo teórico específico da Enfermagem, cuja operacionalização é orientada pelo processo de enfermagem.

No Brasil, a metodologia da assistência foi impulsionada pelos estudos de Horta, na década de 1970, em seus trabalhos sobre o processo de enfermagem, centrado nas necessidades humanas básicas, Maslow orienta os profissionais de enfermagem a uma abordagem individualizada do doente, através do processo de enfermagem e isto tem representado um importante instrumento para o alcance de um cuidado sistematizado. Corroborado por Barros (2000), o cuidar de forma sistematizada deve ser a filosofia de trabalho dos enfermeiros em todas as áreas de atuação profissional, independente do nível de atendimento de saúde, pois confere à profissão um fazer científico que possibilite estabelecer padrões desse cuidado e, assim, contribui para a qualidade do cuidar.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p. 12), o processo de enfermagem demonstra de modo concreto, o alcance da prática de enfermagem, na medida em que possibilita testar hipóteses clínicas, contribuindo para a validação de modelos teóricos e definição do papel para o usuário e outros profissionais de saúde.

Nesse sentido, a sistematização da assistência constitui um dos requisitos indispensáveis para a prática da enfermagem, trazendo sobretudo, benefícios para o enfermeiro e para o doente. Dentre eles a autonomia que o enfermeiro adquire, pois o processo de enfermagem provê o foco da ciência clínica, melhora a comunicação entre os

doentes, enfermeiros e demais profissionais, reduzi o tempo de internação do doente e leva a uma maior autonomia após sua alta.

A ciência da Enfermagem está baseada numa estrutura teórica, e o processo de enfermagem é o método através do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem, possibilitando a sistematização da assistência, fornecendo condições para a tomada de decisões no cuidado, por permitir uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, buscando-se a manutenção, restauração ou promoção da saúde, voltada à satisfação das necessidades do doente e da família (JESUS; CARVALHO, 2002).

De acordo com Garcia e Nóbrega (2000), o processo de enfermagem é:

Um instrumento metodológico que auxilia o enfermeiro a identificar as respostas da clientela aos problemas de saúde que enfrenta, e que exigem sua intervenção profissional. Além disso, pode ser visto como o mecanismo que tem assegurado a aplicação na prática profissional dos referenciais teóricos (modelos, sistemas conceituais e teorias) próprios da enfermagem, os quais guiam decisões específicas sobre o que questionar e diagnosticar, como intervir e o que avaliar.

Para Doenges e Moorhouse (1999), a determinação dos dados básicos do doente é "fundamental para a identificação das necessidades individuais, respostas e problemas. É baseada na história relatada, no exame físico e nos estudos de diagnósticos".

Convém ressaltar que o processo diagnóstico exige do enfermeiro o desenvolvimento do julgamento crítico, e talvez este seja o aspecto mais importante e desafiador, porque requer do mesmo a habilidade para correlacionar, lembrar aspectos importantes sobre a condição do doente com conhecimento científico adquirido.

Atualmente, o planejamento no processo de enfermagem envolve as etapas de priorização dos diagnósticos, definição dos resultados esperados e a prescrição das intervenções. Para Horta denomina-se plano de cuidados sendo definida como "... implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado), que orienta a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano" (HORTA, 1979).

As intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para ajudar o doente a chegar aos resultados esperados, e baseiam-se nos diagnósticos de enfermagem identificados. Segundo Doenges e Moorhouse (1999), elas "são prescrições para comportamentos específicos, esperados pelas enfermeiras e/ ou outros membros da equipe assistencial e têm como pretensão a individualização dos cuidados".

Em relação à avaliação como intervenção junto ao doente em terapia intensiva, devemos lembrar que na percepção da dor, além dos mecanismos fisiológicos envolvidos, existem os aspectos culturais e psicológicos que também deverão ser considerados. Devido a sua subjetividade, McCaffery; Beebe;Pasero (1999) definiram que a dor "é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir".

Portanto, o primeiro passo é acreditar no que o doente diz, na sua queixa verbal, devendo-se realizar a avaliação de forma contínua e sistematizada, utilizando-se instrumentos de fácil manuseio e que sejam adequados ao nível de compreensão do doente. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução do doente e sejam realizados ajustes necessários ao tratamento (SHANNON; BUCKNALL, 2003; CHAVES; LEÃO, 2004).

A dor em terapia intensiva se apresenta de modo agudo ou crônico. O quadro algico está presente em 60 a 80% dos doentes de terapia intensiva, tornando-se mais complexo diante da refratariedade ao tratamento e das dificuldades de intervenções com medicações ou procedimentos analgésicos. (PUNTILLO, 2002)

O enfermeiro lotado na unidade de terapia intensiva deve antes de admitir na unidade os doentes devem conhecer o quadro geral do mesmo para prever e prover as tecnologias e materiais a fim de suprir suas necessidades de cuidado. Deve-se previamente estabelecer a comunicação com o enfermeiro das demais unidades, onde este notifica 'quando' e 'como' o cliente será transferido com o médico que está acompanhando o doente.

Dada a admissão do cliente na unidade, o enfermeiro deve iniciar o atendimento com uma avaliação de inspeção sistemática, exame físico e relato de todos os procedimentos em impresso próprio.

Cintra, Nishide e Nunes (2003) enfocam que "após a avaliação, dos controles gerais, dos antecedentes clínicos, da fisiopatologia da doença, das possíveis intercorrências

intraoperatórias e de um exame físico completo, é possível elaborar um plano de cuidados individualizado".

Determinar diretrizes para a terapia individualizada da dor é uma ação primordial. Existem várias técnicas a ser utilizadas para a erradicação da dor e que podem ser modificadas de acordo com a necessidade do cliente. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) aprovou padrões de avaliação e controle da dor a ser implementadas em todos os hospitais dos Estados Unidos(2001). No documento elaborado pelos membros da comissão a enfermeira tem papel fundamental no controle da dor e são os profissionais mais valiosos para orientar as propostas de melhorias nos programas de dor em uma organização hospitalar. Os padrões exigidos para todas as organizações são:

- Reconheça o direito dos doentes em ter a sua dor avaliada e tratada;
- Identifique os doentes com dor em uma avaliação inicial;
- Execute uma avaliação de dor mais inclusiva quando dor é identificada;
- Registre os resultados da avaliação, pois de certo modo isso as reavaliações no tratamento e acompanhamento do no controle e avaliação da dor;
- Determine e assegure competência a da equipe de saúde no controle e avaliação da dor
 - Avaliação sobre controle dor a todos os novos membros da equipe
 - Estabeleça políticas e procedimentos que apóiem protocolos medicamentosos efetivos para controle da dor
 - Assegure que dor não interfira no processo de reabilitação do doente
 - Eduque os doentes e suas famílias sobre a importância do efetivo controle da dor;
- Direcione o controle da dor pelas necessidades dos doentes; e
- Reúna dados para monitorar a eficácia e efetividade do controle da dor.

Estes padrões internacionalmente reconhecidos demonstram a importância do papel da enfermeira no controle da dor e o real impacto das intervenções de enfermagem na efetivação de propostas organizacionais de melhoria da qualidade da assistência nos diversos cenários hospitalares.

Sabe-se da real importância no tratamento da dor na unidade de terapia intensiva, pois este quadro representa um transtorno na evolução clínica do doente, devendo sempre de forma preventiva evitá-la. Assim, Vila e Mussi (2001) apontam em seu estudo que "a literatura atual defende que o controle da dor deve ser preventivo, que a dor não deve retomar com medidas eficazes ou pelo menos não deve se tornar muito severo. É sabido que o doente sem dor torna-se menos ansioso, participa mais das atividades físicas e recupera-se melhor". Deste modo, a assistência de enfermagem realizada de forma direta neste caso é à base da qualidade de vida e restabelecimento físico e psicológico deste cliente.

Os doentes críticos internados em UTI sofrem muitas vezes de síndrome dolorosa caracterizada por dor, privação de sono, delírio, além de alterações cardiovasculares, respiratórias e hormonais (PUNTILLO, 1990).

A maioria dos doentes sofre de doenças crônicas agudizadas ou doenças tratadas cirurgicamente, apresentando, portanto, quadros de dor aguda (BARRA, NASCIMENTO ; BERNARDES, 2006).

Os doentes internados em uma unidade de terapia intensiva encontram-se permanentemente monitorizados e na maioria das vezes fazendo de uso de dispositivos invasivos, como por exemplo: cateteres de acesso profundo, vesicais, nasogástricos, tubos orotraqueais, dentre outros. E ainda, dependendo da unidade referida, encontraremos doentes recém saídos do pós-operatório, ou advindos de algum trauma físico, principalmente por acidentes (PUNTILLO, 1990).

Essas condições remetem a uma grande preocupação, nos cenários hospitalar e ambulatorial ou até mesmo no lar: dor; mais especificamente, o controle da dor.

Para promover o controle da dor como parte de uma prática da enfermagem em geral, e não somente de uma especialidade é fundamental obter conhecimento de seu controle junto ao doente, da organização em que trabalha, habilidade oral e escrita, capacidade de comunicação interpessoal, paciência e persistência, além do compromisso com um cuidado sensível e criativo.

A responsabilidade de cuidar exige que decisões sobre as intervenções propostas e que estas sejam fundamentadas na avaliação das condições do cliente. É impossível que a avaliação seja completa, isto é, que nenhum aspecto fique sem exploração total. Deve-se

pensar na coleta de informações como um processo, que pode ser mais ou menos completo; ser realizado em etapas, apresentar maior ou menor grau de especificidade, pois depende do cliente, dos objetivos e da filosofia da instituição (CRUZ E PIMENTA, 1999).

Desse modo, a aplicação clínica desses modelos é de complexa implementação na prática de enfermagem. Para Gordon (1994) é preciso possuir referenciais teóricos que guiem o ensino, a assistência e a pesquisa na área de enfermagem. A coleta dos dados deve ser entendida como um ato intencional, realizado para atingir objetivos claramente estabelecidos, em momentos e lugares planejados. A sua sistematização envolve organizar o conteúdo que se pretende buscar e a estrutura seqüencial desse conteúdo, freqüentemente, em históricos instrumentos padronizados.

Com a expansão do uso dos diagnósticos de enfermagem e dos sistemas de classificação na prática clínica em todo o mundo, o passo seguinte foi organizar as atividades e evidenciar sua recorrência em doentes com problemas de saúde semelhantes e buscar nos grupos especializados a validação das práticas propostas.

Cruz e Pimenta (1999) alertam que em doentes com problemas de saúde semelhantes, existe a probabilidade de ocorrência de que certas necessidades de cuidados serem usadas para nortear o conteúdo da coleta de informações, mas que é preciso que não limite necessidade particulares em cada doente.

Uma vez validadas as práticas propostas, o tratamento e a orientação para o cuidado dependem desta classificação inicial de dor, pois possuem caracterização diferenciada no tocante as manifestações físicas e emocionais no cliente hospitalizado. Contudo, há de se considerar se é aguda ou crônica, se possui componentes afetivos, culturais e sociais que influenciam e diferem na manifestação da dor e diferem de cada indivíduo.

Smeltzer et al. (2002), relatam que esses instrumentos podem ser utilizados para documentar a necessidade de intervenção, avaliar a sua eficácia e identificar a necessidade de cuidados alternativos ou adicionais.

O cuidado e alívio eficaz da dor geram a humanização do tratamento global, evitando sofrimento, repercussões e complicações negativas. Ao eliminar esses efeitos colaterais, conseguiremos diminuir o tempo de recuperação, o tempo de hospitalização e, conseqüentemente, o custo do tratamento como um todo.

Em razão da complexidade e subjetividade da dor, vários fatores influenciam a experiência do indivíduo. O enfermeiro deve considerar todos os fatores que podem vir a afetar o cliente com dor.

2. A proposta da Nursing Interventions Classification (NIC)

O conhecimento em enfermagem está essencialmente relacionado com as ações de enfermagem e está diretamente relacionada com seu ambiente e o contexto institucional em que esteja inserida.

Para a enfermagem, esta não se encontra não apenas nos documentos (prontuários, livros de registro, manuais, etc.) ou nas bases de dados e sistemas de informação, mas também nos processos, na prática e na experiência acumulada pelo pessoal de enfermagem (SANTOS, 2005).

O processo de enfermagem é a base das ações da enfermagem. Considera-se que a sua estrutura ordenada e sistemática conduza a ação da enfermeira no sentido de identificar e resolver problemas evidenciados pelos seus clientes, e representa uma conquista na prática profissional (BARROS et al., 2002).

Doenges e Moorhouse (1999) argumentam que implementar o processo de enfermagem tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática, fornecer uma linguagem comum de enfermagem, que facilitará a comunicação com o restante da equipe e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada.

Para Garcia e Nóbrega (2000), o descaso com o registro sistemático diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem, pode resultar na ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional além de dificultar a avaliação da sua prática.

Esforços de sistematizar a prática de enfermagem são importantes para a pesquisa, para a prática clínica e para o desenvolvimento de teorias uma vez que tentam descrever as ações e organizar o conhecimento que envolve a profissão.

A introdução do processo de enfermagem nos Estados Unidos deu-se na década de 1970, e posteriormente, em todo o mundo, garantindo-se como um modelo operacional para a prática de enfermagem. Através do processo de enfermagem as enfermeiras tomam suas decisões clínicas e desenvolvem toda a sua estratégia de cuidado. As distintas fases que compõe o processo podem ser apresentadas de diversas maneiras, de acordo com o modelo conceitual utilizado e favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem (NÓBREGA, 2000).

No Brasil, começou-se a falar em diagnóstico de enfermagem na década de 70, com os trabalhos de Horta, mas somente nos anos 90 este assunto ganhou força, retomando-se os estudos e ampliando-se a utilização do diagnóstico como fase do processo de enfermagem.

Muitos são os sistemas de classificação propostos para nortear a assistência de enfermagem: *North American Nursing Diagnosis Association* –(NANDA), Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; problemas de enfermagem - *Community Health System* - Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; intervenções de enfermagem - *Nursing Intervention Classification*– (NIC); e resultados esperados - *Nursing Outcomes Classification* –(NOC); entre outros. Estes sistemas tiveram como ponto de partida o trabalho desenvolvido, a partir da década de Estados Unidos, pela NANDA (NÓBREGA e GUTIERREZ,2000)

A Taxonomia da NANDA (2000) constituiu-se por uma estrutura teórica - os Padrões de Respostas Humanas - Estes orientam a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Define o foco do cuidado de enfermagem e dá às enfermeiras exemplos de como a profissão difere de outras profissões da saúde. Os diagnósticos, interpretados como títulos dados pela enfermeira para uma resposta humana, podem ser usados como ilustração do foco da Enfermagem.

A transformação em tomo deste sistema de classificação está em constante discussão e mudança, inclusive sua estrutura teórica que constitui a base para a elaboração da taxonomia. Para Cruz (1997) o Diagnóstico de Enfermagem pode contribuir para uma prática de Assistência de Enfermagem com qualidade, à medida que determina o foco da ciência clínica da Enfermagem e sugere um universo de possibilidades para a conclusão do raciocínio clínico, oferecendo referências para o planejamento das intervenções e exigindo o exercício da inferência clínica, o que favorece a exposição de parte do saber da Enfermagem. Há várias

críticas às classificações e as mais contundentes referem-se ao reducionismo e ao possível engessamento da prática (CRUZ, 2007).

O que importa na reflexão sobre o impacto das classificações e taxonomias para a prática de enfermagem, é que estas iniciativas de codificação das ações de enfermagem são necessárias para viabilizar a discussão, e evidenciar a forma de pensar, melhor dizendo o raciocinar da qual emerge a ação junto ao cliente.

A maior contribuição das classificações pode estar no exercício de dar objetividade a descrição do fenômeno observado resultando em uma linguagem clara do "fazer" as levando a evidências clínicas específicas da enfermagem, favorecendo a comunicação na construção de um vocabulário de interesse para a prática, para a pesquisa e para o ensino de enfermagem. Cruz (*op. cit.*) refere-se a esta questão como um exercício de interesse para a enfermagem e impossível de acontecer sem algum tipo de reducionismo. Pontua, entretanto, sobre o que não é denominado tende a ser invisível e impossível de ser objeto de discussões e desenvolvimento. Logo, repousam sobre a pesquisa o compromisso de testar inúmeras possibilidades que se apresentam nas classificações e validar ou não as terminologias como referências e ser consideradas no contexto das práticas das enfermeiras.

A literatura aponta que existem nove sistemas de classificação de intervenções de enfermagem realizados por enfermeiros de várias partes do mundo são elas: *Ambulatory Care, Australian, Belgian, Nursing Lexicons Taxonomy, Nursing Minimum Data Set, Omaha; Saba; Swedish; Iowa* (GUIMARÃES; BARROS, 2001). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) está em franco desenvolvimento pelo ICN *International Council of Nursing* e contém diagnósticos intervenções e resultados (NÓBREGA e GUTIERREZ, 2000). Neste projeto o INC conta com a presença de enfermeiras brasileiras *experts* em teorias, taxonomias e classificações em enfermagem.

Nos Estados Unidos, em 1987 McClosey e Bulecheck organizaram um grupo de pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, com o objetivo de desenvolver uma classificação de intervenções de enfermagem que desse continuidade a proposta da NANDA e pudesse responder aos anseios do grupo de pesquisadoras em ampliar o trabalho de construção taxonômica que representasse uma linguagem padronizada para comunicar seus plano de tratamento.

A pesquisa para desenvolver a NIC, teve início em 1987 e recebeu vários incentivos financeiros para a sua construção, teste, aplicação e manutenção.

Seus autores afirmam que essa taxonomia pode ser útil na documentação clínica, comunicação do cuidado, integração de dados em sistemas informatizados, para utilização por enfermeiros em várias clínicas e instituições, como fonte de dados para pesquisas, para medir produtividade, avaliar competência, subsidiar pagamentos por serviços e estruturar currículos (MCCLOSEY ; BULECHECK, 2004).

A primeira edição escrita em 1992 resultou de uma intensa atividade de agrupamento através de métodos indutivos e dedutivos e serviram para proporcionar um refinamento na construção das intervenções. A elaboração de cada uma das intervenções teve como base dados extraídos de revisões de literatura somadas as opiniões de especialistas e grupos focais de especialistas.

A estrutura taxonômica da NIC é complexa, validada e codificada abrangendo intervenções de enfermagem ligadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA.

A estrutura compõe-se de 486 intervenções e mais de 12 mil atividades. As intervenções da NIC são conceitos implementados considerando o conjunto de atividades de enfermagem ou ações específicas á solução de problemas reais e potenciais de saúde de um indivíduo. As intervenções estão agrupadas em 30 classes, dentro de sete domínios apresentados em três níveis. Enumeradas de um a seis, as intervenções são nomeadas como: 1) Fisiológica básica: cuidados que dirigidos ao funcionamento físico; 2) Fisiológica-complexa: cuidados que auxiliam a regulação homeostática; 3) Comportamento:cuidados que auxiliam o funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida; 4) Segurança: cuidados que auxiliam a proteção frente à injúria; 5) Família: dos cuidados que auxiliam a unidade familiar; 6) Sistema de Saúde: cuidados que auxiliam o uso efetivo de sistemas de saúde. No segundo nível da taxonomia, as classes são agrupadas com letras alfabéticas e distribuídas nas seis propriedades, perfazendo um total de 27 classes. No terceiro nível da taxonomia estão alocadas as 433 intervenções de enfermagem (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2004).

Estes níveis recebem códigos específicos e o objetivo é em primeira instância, facilitar sistemas de informatização para alocação de recursos, a documentação de cuidados, a

organização de bases de dados para pesquisa e o acompanhamento da situação clínica do cliente.

Os códigos dos *sete* domínios são numerados de 1 a 7; das classes, de A a Z e cada intervenção um número codificado de 4 dígitos. As atividades embora não recebam um código, as autoras sugerem como poderiam ser representados e deixam o usuário a vontade para criar outras formas que se ajustem ao programa em suas intuições ou em outro sistema de arquivamento de informações.

As autoras orientam que o título e a definição, não podem ser mudados uma vez que se constituem o corpo da linguagem padronizada que caracteriza a taxonomia. Mudar significa modificar completamente o sentido e a intervenção corre o risco de não ser mais a mesma. As atividades, entretanto são mais flexíveis e podem ser modificadas dar um caráter mais singular a um dado grupo de cliente e situações específicas. Entretanto alertam para o fato que alterar em muito as atividades, tende a tornar a intervenção sem o sentido elaborado a partir da lista original da NIC.

Nesta proposta de classificação define-se intervenção de enfermagem como sendo qualquer procedimento ou tratamento de cuidado direto, baseado no julgamento clínico e no conhecimento que a enfermeira executa em benefício de um cliente, objetivando alcançar os resultados esperados, que incluem aspectos psicossociais e fisiológicos (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2004).

A intervenção de enfermagem é constituída pelos seguintes elementos: título, definição e atividades, e é executada pela enfermeira na sua implementação. Os títulos são conceitos que iniciam com proposições substantivas e devem ter, no máximo, três palavras, exigindo qualificadores para representar as ações da enfermeira, como: assistência, administração, restauração e promoção. A definição da intervenção compõe-se do conceito e descreve o procedimento da enfermeira.

Mas são as atividades de enfermagem que dão o caráter de ação e o real sentido das intervenções. Para as autoras as atividades são ações apropriadas que devem ser executadas pela enfermeira na implementação de uma intervenção, com o objetivo de alcançar os resultados esperados (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2004).

Por isto consideram que a NIC possibilita a utilização das atividades, de acordo com de uma situação particular, contudo o mais importante na padronização da linguagem dessas intervenções é o título, onde o nome e a definição da intervenção permanecem os mesmos para todos os clientes e em qualquer situação. Entre as finalidades da utilização da NIC estão à documentação clínica, comunicação de cuidados entre as diversas unidades, informatização dos dados, medida de produtividade, avaliação da assistência prestada, reembolso pelo serviço prestado pela enfermagem.

Esse sistema de classificação conta com a aprovação da ANA, como uma das classificações possíveis de serem usadas no processo de uniformização da linguagem de enfermagem nos Estados Unidos.

Outras definições conceituais proposta pela NIC estão ligadas a Taxonomia da NANDA uma vez que elaborado o diagnóstico propõe para cada um três níveis de prioridade. No primeiro nível estão alocadas as *intervenções prioritárias* e constituem-se de diagnóstico e/ou as características definidoras e apresentam-se em maior número de ações visando a solução do problema.

O segundo nível trata das *intervenções sugeridas* cuja probabilidade de remeter ao diagnóstico é menor que as prioritárias e são aplicadas a um número estrito de doentes com um mesmo diagnóstico. E o terceiro e o último nível são as intervenções denominadas de *adicionais optativas* que se compõem de intervenções que se limitam a um pequeno número de clientes permitindo a enfermeira configurar plano de cuidado individualizado.

Considera-se que a NIC é uma taxonomia de grande interesse para a enfermagem mundial e especificamente para a enfermagem brasileira, que vem buscando formas para sistematizar a assistência de enfermagem nas instituições de saúde e acredita-se que seu lançamento recente em língua indo que justifica a necessidade de estudos sobre a mesma (GUIMARÃES; BARROS, 2001; NAPOLEÃO et al., 2006).

Na seleção destas intervenções, as autoras solicitaram um esforço das enfermeiras em suas unidades especializadas de discutir na prática a melhor maneira de implementar a proposta da NIC, relacionando-as ao ambiente e ao tipo de clientela a ser utilizada. O ajuste da proposta ao cotidiano conduzia a uma resposta que traduzisse a natureza da especialidade com todas as suas especificidades.

A estratégia consistiu de solicitar aos enfermeiros que respondessem um questionário na qual constavam uma lista de intervenções utilizadas com maior frequência em um dado cenário orientado-as que fossem reduzida a algo em torno de menos de trinta. Esta fase, em junho de 1995 compreendeu 49 instituições, na maior parte grupo de especialistas, identificadas por uma listagem do *American Journal of Nursing*.

Para facilitar a seleção, uma relação de 433 intervenções foi anexada ao questionário e em cada instituição respondente um representante encarregou-se de organizar as colaborações de sua equipe, num esforço de delimitar a natureza da especialidade. Apenas 39 responderam ao estudo, dentre elas *American Society of Pain Management Nurses* (Sociedade Americana de Enfermeiros no Controle da Dor) com uma listagem de 53 intervenções para o diagnóstico Dor.

Neste contexto pode-se entender o conceito da NIC para as *intervenções essenciais* como aquelas que correspondem a um conjunto central e limitado de intervenções que caracterizam a natureza da especialidade e implica na frequência de seu uso pelo grupo de especialistas.

Para Nóbrega (2000) as maiores perspectivas com os sistemas de classificação na Enfermagem dizem respeito à necessidade de engajamento de todas as enfermeiras nesse processo, com fins de serem utilizados na prática profissional e testá-las, contestá-las e apresentar sugestões de acréscimo ou retirada de termos, e desta forma contribuir com a consolidação dos Sistemas de Classificação em Enfermagem.

O que se observa no cotidiano do fazer da enfermagem é que existe uma grande demanda de conhecimentos direcionada à execução das atividades ou ações. Logo seus profissionais tendem a estar mais preparados, embora ainda com dificuldades para argumentar ou descrever os fenômenos e as práticas executadas.

Existe um consenso dentro da profissão de enfermagem sobre a necessidade das classificações dos diagnósticos, intervenções, e resultados de enfermagem para que os vários elementos da prática de enfermagem sejam documentados e estudados (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2004).

O caráter intuitivo do planejamento das ações pode ser ampliado com a utilização das classificações de enfermagem. Críticas às classificações e taxonomias sugerem os riscos de

um “engessamento da prática”, mas por outro lado acredita-se que possam ser um convite a criar, recriar e pensar sobre elas no exercício de avançar na construção uma prática prescritiva, científica e autônoma para a enfermagem (CRUZ, 2007). Outros autores consideram que uma taxonomia para as intervenções traz benefícios a todos os níveis da prática da enfermeira que tende a facilitar a comunicação, proporcionando uma terminologia comum para a troca de informações no ensino, na pesquisa e na prática assistencial (SILVA e NÓBREGA, 1992; BARROS, 2007).

Um aspecto importante na construção da NIC descrito anteriormente é que para o refinamento das intervenções específicas, o grupo de pesquisadoras contou com a participação de cerca de cinquenta associações de especialistas em diversas áreas na enfermagem. Esta estratégia proporcionou ao projeto a identificação das intervenções que traduzissem a essência de cada uma das especialidades.

A NIC tem se mostrado de extrema importância para definir os cuidados necessários para os diversos tipos de doentes, podendo ser utilizada desde o cuidado domiciliar até o cuidado hospitalar de alta complexidade (GIUSTI et al., 2006).

A seleção de uma intervenção de enfermagem para determinado doente é parte do processo de decisão clínica da enfermeira. A base para como são selecionadas intervenções e as atividades a elas associadas depende de seis fatores descritos pelas autoras: (a) os resultados esperados do doente (b) a literatura que fundamenta a intervenção; (c) probabilidade de implementar a intervenção efetivamente; (d) a receptividade da intervenção para o indivíduo, família ou comunidade; e (e) a competência do enfermeira (MCCLOSKEY, BULECHEK, 2004).

Neste estudo as intervenções "Controle da dor" e “Administração de Analgésico” merece destaque, uma vez que delas emerge as discussões, associadas ao ambiente de terapia intensiva, consideradas as atividades importantes e realizadas pelo grupo de enfermeiros.

A proposta da NIC para o refinamento das atividades, no que se refere à dor, contou com o auxílio de enfermeiras especialistas e foram descritas em artigo de Pellino e cols. (2003) num criterioso trabalho de refinamento. Participaram do estudo todos os membros da *American Society of Pain Management Nurses* e da *Oncology Nursing Society* além de amostras randomizadas de enfermeiras da *National Association of Orthopaedic Nurses*,

Hospice and Palliative Nurses Association, American Association of Nurse Anesthetists, American Association of Critical Care Nurses e American Academy of Nurse Practitioners.

No que se refere a dor um grupo de especialistas recebeu das pesquisadoras da NIC um total de 91 atividades para serem avaliadas como definidoras de intervenções relacionadas à dor. Os respondentes taxaram a frequência de execução e a importância de cada atividade e estabeleceu-se uma relação destas escolhas com a formação e experiência das enfermeiras participantes do estudo.

Para Pellino et al. (2003), esta experiência revelou resultados de impacto no contexto do grupo de enfermeiras especialistas em dor. Os conhecimentos pertinentes a especialidade puderam ser definidos e validados, bem como as habilidades e atividades, condições prévias para desempenho competente necessários para um controle, ou *management*, da dor pela enfermeira. Especificamente, os objetivos eram: (1). Identificar as características demográficas de enfermeira envolvidas no controle da dor; (2) Descrever as atividades executadas por enfermeira envolvidas dentro no controle da dor; (3) Delinear as diferenças na prática (atividades) baseado na preparação educacional e na afiliação por especialidade (por exemplo, oncologia, cancerologia, administração de dor, ortopedia).

Thoroddsen (2005) testou a aplicabilidade da (NIC) a ser utilizado em um sistema de informação e documentação sobre forma de registro eletrônico na Islândia. Outro objetivo do estudo era testar a tradução de NIC em irlandês. Foi solicitado a 198 enfermeiras identificar quais as intervenções consideradas mais frequentemente utilizadas as 433 propostas pela NIC. Os resultados deste estudo indicaram que a NIC pode ser uma poderosa ferramenta para descrever a prática concreta de cada especialidade, uma vez que cada uma (médica, cirúrgica, psiquiatria) as intervenções desenharam um perfil bastante aproximado da prática e do conhecimento das diferentes especialidades bem como a estrutura de conhecimento que apoiava diversa a especialidades do conjunto das enfermeiras. A tradução de NIC para o irlandês mostrou-se viável e capaz de ser usada como um vocabulário unificado empregado em prontuário eletrônico.

Na Korea, Yom e cols. (2002) visaram o registro das enfermeiras em 60 doentes que sofrem cirurgia abdominal com o propósito de identificarem diagnósticos e intervenções de enfermagem. Os resultados mostraram que Dor era o diagnóstico mais frequente, assim como a intervenção "Controle da dor". E consideraram como resultado que a estrutura taxonômica

da NIC pode representar a prática das enfermeiras e servir de base para um sistema de registro computadorizado capaz de alimentar um banco de dados das ações realizadas, para futuras pesquisas no contexto hospitalar.

Guimarães e Barros (2003) elaboraram estudo que buscou identificar quais das atividades de enfermagem, contidas na intervenção "Controle de Líquidos", são realizadas e consideradas importantes por enfermeiras, para o atendimento de doentes com o diagnóstico de enfermagem Excesso de volume de líquidos, proposto pela *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Os dados foram coletados em três hospitais. A amostra constou de 77 enfermeiros, que escolheram a melhor alternativa em uma escala Likert, para indicar quais dessas atividades consideravam importantes realizar e quais eram realizadas na sua prática diária assistencial.

No nosso estudo as enfermeiras que atuam no cenário de terapia intensiva selecionaram das atividades propostas pela NIC àquelas que consideram importantes e possíveis de serem realizadas neste ambiente.

Neste contexto, o objeto de estudo se configura nas atividades de enfermagem dirigidas ao controle da dor nos pacientes no cenário de terapia intensiva, cuja proposta de tese se refere à constatação de que as atividades de enfermagem realizadas no controle da dor em pacientes em terapia intensiva se expressam pelo conceito/grau atribuído por enfermeiros da importância que atribuem as estas ações, condicionadas ao conhecimento clínico do enfermeiro referente ao manejo do controle da dor e fatores relacionados ao processo rotineiro do cuidado em terapia intensiva com predomínio de ações voltadas para resolução de problemas objetivos em detrimento de questões subjetivas e, portanto, multifatoriais como o quadro de dor do paciente criticamente enfermo.

3. Contribuições e Impacto na Enfermagem.

A pesquisa está inserida na linha de pesquisa Enfermagem Hospitalar, em seu eixo temático Cuidado de Enfermagem Hospitalar, do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH), do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Esta pesquisa contribui para a Enfermagem, considerando que poderá trazer reflexões no que se refere:

1- **A assistência:** para atualizar os conhecimentos sobre a classificação de intervenção de enfermagem NIC, trazendo à tona evidências e reflexões sobre o grau de inferência da ação de enfermagem sobre uma situação específica do processo de adoecimento da pessoa submetida à experiência de dor.

2 - **No ensino:** trazer reflexões e ações que possam ser discutidas no espaço de ensinar e aprender enfermagem e contribuem para a promoção do ensino da dor na graduação e pós-graduação capacitando os profissionais para que estejam preparados a prestar assistência o mais eficaz possível à pessoa que sente dor.

3 - **Na pesquisa:** Dada à prevalência da dor nos cenários de terapia intensiva, os estudos poderão evidenciar as percepções das enfermeiras nas suas decisões sobre a sua prática no controle da dor na terapia intensiva. O potencial da proposta está em discutir elementos importantes relacionados às intervenções dirigidas ao doente com dor diante do complexo ambiente de terapia intensiva

O profissional da saúde deve ser portador de um conhecimento científico que vise construir para si a para reflexões que orientem a sua prática, mantendo-se criativos e capazes de tornar simples cada atividade realizada junto ao doente e fácil de ser compreendida por todos os demais membros da equipe de saúde.

O enfermeiro, desde o início da sua formação, aprende que não pode separar o sintoma da pessoa que o sofre. Assim, espera-se que ele se concentre no indivíduo como foco central da sua atenção, que conheça a sua história, as suas expectativas, os seus desejos e que lhe preste cuidados personalizados.

Como área de conhecimento vem a ser um campo autônomo, de intervenção própria; cujo objeto de estudo, não é a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. Portanto espera-se dos enfermeiros uma contribuição no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação e autocontrole.

A experiência profissional aponta que existem lacunas de conhecimento sobre o cuidado do enfermeiro no manejo da dor do alívio do sofrimento, embora nos últimos dez anos a enfermagem brasileira tenham produzidos estudos cujas evidências tem impacto na realidade da nossa prática profissional

Entendemos assim, que este estudo será capaz de trazer à tona evidências e reflexões sobre o impacto da ação de enfermagem sobre uma situação específica do processo de adoecimento da pessoa submetida à experiência de dor, contribuindo significativamente para o aumento da investigação em enfermagem voltada para o desenvolvimento do conhecimento no campo do cuidar em saúde.

McClosely e Bulechek (2004) fundamentando as contribuições do uso da linguagem proposta pela NIC para a enfermagem reforçam que a familiarização das enfermeiras com a linguagem padronizada das classificações favorecerá a uma melhor comunicação de forma mais clara e objetiva das ações realizadas e prever outras necessidades do cliente.

A enfermagem após um período em que cresceu no envolvimento por conhecimentos e referências de outras áreas, procura de respostas para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas numa perspectiva mais específica de sua profissão e de seu objeto de trabalho: o cuidado. Portanto já podemos afirmar que existe, hoje, um corpo de conhecimentos produzidos através da investigação científica que tem como campo empírico de referência a prestação de cuidados de enfermagem.

A construção destes conteúdos pertinentes a enfermagem, emerge da necessidade da profissão de delimitar as suas atividades nos cenários de saúde, através de metodologia e linguagem próprias com vista a implementação e consolidação de uma prática baseada em evidências científicas.

O impacto de estudos sobre a prática das enfermeiras nos diversos espaços de cuidado representa um desafio para o seu exercício profissional, uma vez que as insere num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipe, como por exemplo, as prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do próprio enfermeiro que traduzem a natureza mais independente da profissão. Estudos realizados neste âmbito têm como forma de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que os doentes

legitimamente aspiram e que garantem a autonomia do pensar e do fazer caracterizadoras da nossa profissão.

À semelhança do que se passa em diferentes países, importa aprofundar e alargar o campo de investigação na área de controle da dor, o que só se consegue através de um forte investimento na enfermagem enquanto área de conhecimento.

A prevalência da dor nos cenários hospitalares torna por si só a temática de interesse com vistas a qualidade do cuidado e uma vez identificada no doente requer intervenções de enfermagem prescritas de forma a evitar riscos e detectar precocemente problemas potenciais oriundos da terapia antálgica.

O quadro de competências do enfermeiro frente a cuidados específicos remete para o domínio de um conjunto amplo de conhecimento de base científica da área da saúde em geral e da enfermagem, em particular, que se constituem como essenciais ao cuidado humano. Prestar cuidados de enfermagem adequada às necessidades singulares de cada cliente supõe a capacidade de, em situação, observar e fazer emergir os elementos relevantes da situação, entendida numa perspectiva de enfermagem e no quadro de uma negociação do sentido com o outro(s), tendo em vista a elaboração de um diagnóstico, da prescrição e execução de cuidados.

Para cuidar da dor as ações devem ser claramente definidas com base em uma anamnese detalhada cujos qualificadores claramente identificados, favorecem a uma intervenção hierarquizada e tratada com base em listas de atividades dirigidas a um tratamento único para cada doente.

A prestação de cuidados específicos coloca os enfermeiros em face de situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, exigindo a mobilização de um corpo de conhecimentos próprios da enfermagem que lhes permitam responder criativa e adequadamente à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam.

Esse aspecto merece de McClosey e Bulecheck (2004), a afirmativa que quando as enfermeiras documentarem sistematicamente os diagnósticos de seus doentes, os tratamentos realizados e os resultados obtidos poderão conseqüentemente elaborar um conjunto de

intervenções reconhecidamente capazes de funcionar melhor para um determinado diagnóstico ou população.

Sobre a relevância da pesquisa na temática da dor Silva e Leão (2004) afirmam que trata de área incipiente e que qualquer produção é bem-vinda alertando apenas que sejamos pesquisadores amadurecidos para conduzir estudos que possibilitem, de fato, uma enfermagem baseada em evidências científicas.

A reflexão direcionada para o profissional de saúde, particularmente os da enfermagem apontam que se faz necessário ao profissional da saúde acreditar na intensidade da dor de que o doente se queixa, e não apenas receitar um medicamento de acordo com seu julgamento da dor que o doente sente.

Se não podemos inferir na dor do outro, precisamos reconhecê-la, identificá-la tratá-la sob a perspectiva do outro e para isto devemos estar seguros das influências que as nossas próprias experiências e estudos têm sobre o cuidar da dor e do seu alívio.

E importante integrar pesquisa na prática do controle da dor, e saber identificar junto aos doentes e eficácia dos tratamentos recebidos e das estratégias de elaboradas nos estudos, com vistas a favorecer o diálogo necessário entre a pesquisa acadêmica e a prática assistencial.

Capítulo II

Metodología

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o tipo de estudo utilizado, a população, o modelo de investigação proposto, as variáveis, os critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos e sua aplicação teste piloto, a apresentação dos dados e os aspectos éticos.

2.1 Tipo de estudo:

O presente estudo é de abordagem quantitativa, não experimental e corte-temporal. Modelo este apontado por Sousa, Driessnack e Mendes (2007) como sendo o mais robusto e apropriado para perguntas de pesquisa - especialmente as descritivas - como são as do presente estudo, onde a coleta de dados acontece uma única vez e consiste em apenas uma observação. Utiliza procedimentos do tipo estatístico-descritivos para tratamento de dados e apresentação dos resultados (HOWELL, 2006).

Sobre o instrumento de coleta de dados foram utilizados dois grupos de questões que abordaram as intervenções de enfermagem diretas indiretas no cuidado ao paciente com dor internado em unidade de terapia intensiva, que variaram segundo: (i) a importância atribuída as atividades e (ii) frequência de realização das mesmas.

2.2. População:

A **população alvo**, também, chamada **população estudada**, é composta de elementos distintos possuindo certo número de características comuns (pelo menos uma) que no estudo constitui-se uma amostra não probabilística de enfermeiros atuantes em equipes de unidades de terapia intensiva. No estudo participaram 67 indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: bacharel em enfermagem, membro atuante de equipe da terapia intensiva; e mais de um ano em exercício nas unidades-cenário da coleta de dados. Para Polit e Hungler (1995) população-alvo compreende toda a população por quem o pesquisador está

interessado; que ao quais estão de acordo com os critérios de elegibilidade e são acessíveis como um grupo a ser estudado.

2.3 Local e Período:

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2007 a junho de 2008, em unidades de terapia intensiva de dois hospitais de grande porte, um público e um privado, localizados na cidade do Rio de Janeiro. As duas instituições foram escolhidas por apresentarem assistência de ponta na área de terapia intensiva, possuir sistematização de cuidados, valorizarem a educação continuada estimulando a enfermagem a realizar cursos de pós-graduação, além de realizarem rotineiramente projetos de educação em serviço.

As instituições que serviram de cenário para a coleta de dados apresentavam as seguintes características:

- Instituição-cenário 01: a terapia intensiva compõe-se de 22 leitos destes 20 em atividade divididos em doze (12) no CTI cirúrgico e seis (6) no CTI clínico. Total de e sua equipe de enfermagem é composta de 30 enfermeiros, distribuídos em três equipes semanais (12x60h) distribuídos por plantões diurnos e noturnos. Grande parte de sua clientela são de pacientes cirúrgicos em todas as especialidades médicas, incluindo transplantes.
- Instituição-cenário 2: a terapia intensiva possui 40 leitos compostas de duas unidades com total de 30 enfermeiros distribuídos por plantões diurnos e noturnos em dias alternados (escala de 12 X 36), entre chefe e diaristas (de 7 às 16h00 min.). Característica da clientela é mista, grande parte doentes cirúrgicos (em torno 45%). Durante a coleta de dados ocorreu um acréscimo de 10 leitos a contratação aumentando o número de respondentes para mais dez enfermeiros.

Na primeira fase (anterior a qualificação) foi obtida uma amostra de 41 enfermeiros, sendo 11 do HUCCF e 30 do Hospital São Lucas. Na segunda fase (posterior a qualificação) 26 enfermeiros, sendo 16 do HUCFF e 10 do Hospital São Lucas. Todos os enfermeiros que concordaram em participar do estudo responderam aos instrumentos 1 e 2. Apenas três enfermeiros do HUCFF não participaram do estudo: dois declinaram o convite de participar e um estava de licença saúde. Configurou-se uma população de 27 participantes da instituição-

cenário 1 (40,3%) e 40 da instituição-cenário 2 (59,7%). No Hospital São Lucas todos os enfermeiros elegíveis participaram do estudo.

2.4 Aspectos Éticos e Legais:

Durante a construção do projeto de pesquisa e proposição da tese de doutorado, o corpo diretivo de cada uma das duas instituições-cenário de coleta de dados foram consultadas quanto à possibilidade de realização do estudo. Foi solicitado ao Hospital São Lucas autorização para desenvolver a pesquisa nesta instituição, com resposta positiva (Anexo A). Após resposta afirmativa, o projeto foi submetido, avaliado e autorizado sob os protocolos de número 073/07 e 169/07 pelos Comitês de Ética em Pesquisa (i) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) - Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) e (ii) do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF) respectivamente (Anexos B e C).

Os enfermeiros das unidades de terapia intensiva que preenchiam os critérios de inclusão foram consultados e os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Observando as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, foram garantidos anonimato e sigilo dos dados referentes à identificação dos enfermeiros. Os participantes foram informados de que os dados pertinentes ao objeto de estudo seriam utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa (Apêndice E e F).

2.5 Processo de Coleta de Dados:

A equipe de coleta de dados foi composta por dois colaboradores de pesquisa (a pesquisadora, e dois (2) enfermeiros, chefes das unidades de terapia intensiva em ambas instituições nas quais foram realizadas as coletas de dados.

No momento da coleta de dados, ocorreu orientação prévia quanto ao procedimento de coleta foi padronizado por meio de treinamento prévio que consistiu em duas reuniões, onde os instrumentos foram explorados pelos assistentes de coleta e as dúvidas que emergiram foram esclarecidas pela pesquisadora.

A pesquisadora participou da coleta de dados e orientou quanto ao preenchimento dos instrumentos, que foram administrados durante os diferentes turnos de plantão dos serviços.

Na entrega dos instrumentos foram fornecidas as explicações e também respondidas as perguntas feitas pelos enfermeiros que compuseram a população em estudo. O preenchimento dos instrumentos deu-se durante o turno de trabalho. Cada participante respondeu ao seu instrumento individualmente, uma vez que o liam e respondiam com privacidade em uma sala destinada para os participantes da pesquisa.

Foi acertado que os participantes – enfermeiros que responderam ao convite para responder as questões do estudo - teriam o tempo necessário para preencher o instrumento. Ao final, a pesquisadora principal recolheu todos os instrumentos preenchidos nas unidades.

Foi obedecida a ordem de preenchimento na qual o enfermeiro pontuou primeiro lugar o instrumento referente ao grau de importância das atividades, e em seguida o instrumento referente à frequência com que as atividades são por eles realizadas na unidade terapia intensiva em que trabalham. Entre o início da coleta e a devolução dos instrumentos decorreram em média 90 dias.

2.6. Instrumentos:

2.6.1 Ficha de Identificação

Inicialmente, para caracterização dos participantes foram privilegiadas as informações demográficas concernentes a: nome, idade, sexo, tempo de formado, tempo de atuação na UTI, cargo que ocupa e formação acadêmico-profissional.

2.6.2. Intervenções de Enfermagem para o Controle da Dor

A construção dos itens do instrumento que avaliou as intervenções de enfermagem consideradas importantes e as intervenções de enfermagem realizadas foi baseada nas atividades que compõem as intervenções “controle da dor” e “administração de analgésicos”

proposta pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), 2004 (Anexos D e E) e (Apêndice A).

Inicialmente foram realizadas leituras prévias das atividades concernentes às intervenções, sendo selecionadas aquelas que apresentavam equivalência entre si e cujo sentido fosse mais abrangente e captasse as atividades relacionadas prática do enfermeiro.

Na construção do instrumento baseado em evidências na literatura científica, as intervenções “controle da dor” constituídas de 37 atividades, definidas por aquelas dirigidas para alívio e redução da dor a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente e da intervenção “administração de analgésicos” foi composta de 25 atividades, definidas como o uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor. O instrumento de 21 atividades relacionadas a intervenção “controle da dor” e 7 atividades relacionadas a intervenção “administração de analgésicos”. Esta seleção está apresentada na seqüência de apêndices (a seqüência é controle da dor NIC, administração de analgésico e depois a equivalência dos dois).

A seguir, para dar conta de responder aos objetivos do estudo e formalizar a coleta de dados, a autora optou pela utilização de um conjunto de assertivas sob as quais os enfermeiros deveriam assinalar sua opinião acerca das atividades da intervenção para controle da dor (MCCLOSKEY ; BULECHEK, 2004).

O total de itens no instrumento de coleta de dados o nº 1 e 2 correspondeu a 31 atividades/ações, investigadas através de questões fechadas. Elaboradas em forma de escala nominal (HOWELL, 2006), específica com cinco opções do tipo *Likert*, que segundo Hayes (2001) proporciona coeficientes de confiabilidade elevados para estudos quantitativos, devido a necessidade de observar a variabilidade. Para respondê-las, os participantes deveriam assinalar um “X” em uma das cinco opções possíveis para cada assertiva, escolhendo a que representasse de maneira mais precisa as suas percepções subjetivas com relação ao grau de importância atribuído às ações dirigidas às intervenções essenciais. O tempo total de preenchimento do instrumento em cada etapa foi de aproximadamente 30 minutos.

A especificidade teórica das etapas do estudo foi a diferença conceitual e impressa no cabeçalho do instrumento utilizado, traduzida por duas perguntas centrais, que caracterizaram

a necessária distinção entre a primeira e a segunda etapa da coleta de dados conforme apresentado nos esquemas gráficos abaixo:

Etapa I

	Importância das atividades realizadas na terapia intensiva				
Atividades	Nenhuma (1)	Pouca (2)	Neutra (3)	Muita (4)	Total (5)
atividade X					
atividade Y					

Etapa II

	Frequência com que são realizadas na terapia intensiva				
Atividades	Nenhuma (1)	Pouca (2)	Neutra (3)	Muita (4)	Total (5)
atividade X					
atividade Y					

Como observado nas representações gráficas acima, na etapa I, a pergunta que antecedeu os itens versando sobre atividades propostas pela NIC tratou da “**Importância** das atividades realizadas na terapia intensiva”. Na etapa II a pergunta que antecedeu os itens versando sobre atividades propostas pela NIC tratou da “**Frequência** com que são realizadas as atividades na terapia intensiva” (Apêndices B e C).

Inicialmente, o agrupamento/categorização das atividades com fins de análise foram utilizadas duas referências consideradas relevantes para a discriminação mais específica direcionada ao controle da dor, o estudo de Pellino et al. (2003) e a proposta taxonômica de McKosley e Bulecheck (2004).

A primeira referência descreve experiência da *The American Society of Pain Management Nurses* (ASPMN) para a elaboração das intervenções NIC relacionadas à dor. Neste estudo em particular, as enfermeiras especialistas formaram uma força tarefa com o objetivo de delinear uma pesquisa acerca das atividades que traduzissem a especificidade na

sua área de atuação na dor e que foram consideradas importantes para a caracterização das intervenções *essenciais* da especialidade e consistiu de um *levantamento de validação 1*³.

Do agrupamento das atividades listadas encaminhadas pela NIC, as especialistas estabeleceram oito prioridades para a prática nas quais foram inseridas as atividades, resultando no seguinte agrupamento: (1) atividades de controle e avaliação de dor; (2) atividades de controle farmacológico da dor; (3) atividades de controle não-farmacológico da dor; (4) atividades de relacionamento/comunicação terapêutica, aconselhando, controle cognitivo-comportamental; (5) atividades de ensino de paciente/familiar; (6) atividades de controle; (7) atividades de controle das eliminações; e (8) atividades colaborativas e institucionais.

Outra referência utilizada pela autora para elaborar as categorias utilizou os sete domínios descritos por McCloskey e Bulechek (2004) na construção da NIC. São eles: (1) Fisiológico Básico; (2) Fisiológico Complexo; (3) Segurança; (4) Família; (5) Sistema de Saúde.

O resultado desta elaboração entre as duas referências resultou na proposta apresentada para categorização e apresentação dos dados utilizada para análise preliminar dos dados na fase de qualificação da tese em tela (Apêndice D).

2.6.3. Validade e confiabilidade:

A validade do instrumento refere-se ao julgamento do mesmo para se verificar se ele realmente atende aos os diferentes aspectos da constituição do seu objeto. Não existe método estatístico para avaliar o conteúdo do questionário; o que depende essencialmente de um consenso entre especialistas.

³ Metodologicamente esta etapa é descrita por McKosley e Bulecheck (2004) como *levantamento de validação 1*³ e tencionou levantar o uso da classificação junto a organizações de especialistas Está inserida na Fase II relacionada a construção da taxonomia propriamente dita na qual se incluem a etapa 4, dirigida a organização de uma lista de intervenções em uma estrutura taxonômica inicial e a 5 que visava a validação dos títulos, atividades definidoras e taxonomia. (NIC; MCCLOSKEY, BULECHEK, 2004)

2.6.4. Teste Piloto.

O presente estudo contou com a aplicação de um teste piloto, para assegurar a qualidade dos instrumentos de coleta dos dados, principalmente para atender os aspectos referentes à clareza e precisão dos termos, forma das questões, desmembramento, ordenação, e introdução de elementos (GIL, 2002). O teste piloto possibilitou a avaliação fez parte da elaboração do conjunto de atividades direcionadas ao controle da dor - possíveis de serem implementadas nos pacientes com dor. O instrumento-piloto foi aplicado em um grupo de enfermeiros que trabalham em terapia intensiva, mas que não pertencem ao universo da população estudada.

Participaram desta fase onze enfermeiros e para estes foi submetido um termo de consentimento com fins de garantir sua voluntariedade e anonimato.

Depreenderam da opinião dos enfermeiros aspectos pontuais tais como: a necessidade de alterações na forma de algumas questões consideradas confusas, a exclusão de outras similares e a reestruturação da Ficha de Identificação para a caracterização da amostra, e seu perfil profissional. Neste aspecto emergiu a necessidade de transformar em critério fechado o tipo do cargo que os enfermeiros ocupam nas instituições.

Outro aspecto evidenciado pelos participantes foi a necessidade de desmembramento da questão referente às atividades não-farmacológicas possíveis de serem realizadas nos cenários de terapia intensiva, o que resultou em reescrever em separado cada modalidade terapêutica não-farmacológica.

Ao final do teste piloto foi configurado o instrumento final para a coleta de dados com 31 assertivas, sendo a de número 27 desmembrada em 9 subitens, discriminando cada modalidade não farmacológica proposta pela atividade “Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas”.

Outra atividade desmembrada em subitens foi *“Determinar impacto da experiência da dor sobre aprendizagem, estado de ânimo, desempenho profissional, responsabilidades dos papéis, sono e apetite”*. Na avaliação do grupo participante do teste piloto estes itens seriam melhor valorados pelos respondentes se posto em destaque, sendo desta forma possível perceber o grau de importância e de realização de cada uma nos cenários de terapia intensiva.

A alteração pode ser observada no exemplo abaixo:

a) item antes do teste piloto

Atividade	Importância das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (0)	Pouca (1)	Neutra (2)	Muita (3)	Total (4)
28. Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas (Biofeedback, TENS, Hipnose, Relaxamento, Imagem orientada, musicoterapia, diversão, aplicação de calor e frio, massagem)					

b) item após o teste piloto

Atividade	Importância das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (0)	Pouca (1)	Neutra (2)	Muita (3)	Total (4)
28. Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas					
28.a Biofeedback,					
28.b TENS					
28.c Hipnose					
28.d Relaxamento					
28.e Imagem orientada					
28.f Musicoterapia					
28.g Diversão					
28.h Aplicação calor /frio,					
28.i Massagem					

Outra atividade desmembrada em subitens foi “*Determinar impacto da experiência da dor sobre aprendizagem, estado de ânimo, desempenho profissional, responsabilidades dos papéis, sono e apetite*”. Na avaliação do grupo participante do teste piloto estes itens seriam melhor valorados pelos respondentes se posto em destaque, sendo desta forma possível perceber o grau de importância e de realização de cada uma nos cenários de terapia intensiva.

O resultado da sugestão dos enfermeiros pode ser observado abaixo.

a) item antes do teste piloto

Atividade	Importância das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (0)	Pouca (1)	Neutra (2)	Muita (3)	Total (4)
14. “Determinar impacto da experiência da dor sobre aprendizagem, estado de ânimo, desempenho profissional, responsabilidades dos papéis, sono e apetite”.					

b) item após teste piloto

Atividade	Importância das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (0)	Pouca (1)	Neutra (2)	Muita (3)	Total (4)
14. Determinar impacto da experiência da dor sobre aprendizagem.					
15. Determinar impacto da experiência da dor sobre estado de ânimo.					
16. Determinar impacto da experiência da dor sobre desempenho profissional.					
17. Determinar impacto da experiência da dor sobre responsabilidades dos papéis.					
18. Determinar impacto da experiência da dor sobre sono.					
19. Determinar impacto da experiência da dor sobre apetite.					

2.7. Tratamento dos dados.

Os dados coletados nas etapas I e II foram organizados em planilha de programas de computador do tipo Excel ® e posteriormente em planilha do Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS ®), versão 15.0. Para tratamento e análise preliminar dos dados foi utilizada estatística descritiva, mais especificamente as medidas de tendência central.

A fase descritiva foi precedida de uma avaliação exploratória, considerando a frequência simples e os percentuais das respostas fornecidas nas etapas I e II de aplicação do instrumento.

Na organização dos dados que descrevem o perfil da amostra a pesquisadora adotou o enquadramento estratificado de características do grupo investigado - idade, tempo de formado e tempo de atuação no serviço, com a finalidade de facilitar a caracterização dos participantes e porque estas variáveis poderiam estar relacionadas as fornecidas nos diferentes *grupos de atividades*.

Mais especificamente, considerando que a variação de idade dos respondentes foi de 22 a 50 anos, os participantes foram estratificados de acordo com a faixa etária em quatro intervalos de classe: ≤ 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, ≥ 50 anos. Para o tempo de formado, a variação foi descrita em anos e os intervalos estabelecidos foram ≥ 1 a e 1 a e 11 meses, 2 a 5 anos e 11 meses, 6 a 9 anos e 11 meses e ≥ 10 anos.

A formação acadêmico-profissional foi categorizada considerando os níveis de formação inerentes ao profissional de nível superior com detalhamento das áreas de conhecimento propostas na resolução COFEN nº 260/2001 que em seu artigo 1º fixa como especialidades da enfermagem, de competência do Enfermeiro uma lista de quarenta e duas (42) especializações das quais oito (8) foram utilizadas em nosso estudo lato-senso, além dos curso de stricto-senso (Anexo F).

A descrição inicial dos dados foi realizada em cada item dos dois instrumentos apontando as suas frequências mais significativas (maiores e menores).

Neste ponto da descrição dos dados procedeu-se o agrupamento por categorias organizadas com base nos domínios propostos por McCloskey e Bulechek (2004) somando-se a elas as propostas de organização das ações específicas na área da dor realizadas pelas especialistas que colaboraram no projeto de seleção de atividades específicas entre as consideradas importantes e mais realizadas pelas enfermeiras neste tipo de paciente.

Embora esta forma de apresentar os dados tenha se apresentado como capaz de favorecer a discussão, decidiu-se pelo encaminhamento de nova proposta de apresentação dos resultados considerando que a tese tem como propósito comparar às atividades consideradas importantes e realizadas, dada a frequência da sua valoração assinalada por cada respondente.

Em outras palavras, um novo agrupamento com menor número de categorias e demonstrando claramente a distribuição das frequências, mostrou ser mais simples e mais clara para descrever e discutir os resultados e imprimir sobre eles uma análise capaz de responder aos objetivos do estudo.

Os itens foram organizados em duas categorias, a saber: as relacionadas com o cuidado direto e as relacionadas com o cuidado indireto.

As ações/atividades de cuidado direto para efeito deste estudo são aquelas realizadas a partir da interação com o paciente e família através do contato físico e toque se relacionado com os procedimentos específicos de enfermagem ou as dirigidas a coleta informações, orientações e esclarecimentos resultantes do diálogo junto ao paciente. Neste ambiente a relação acontece no espaço que compreende o em torno do leito do paciente, por onde a enfermagem circula e atua e estabelece vários tipos de comunicação verbal e não-verbal com o doente.

Chamamos de ações/atividades de cuidado indireto as realizadas sem aproximação física e/ou espacial, mas relacionadas ao planejamento e avaliação para um cuidado criterioso, personalizado e para a promoção de bem estar do paciente. Nelas o enfermeiro embora não esteja em contato direto, implementa um conjunto de melhorias e observações sobretudo que o cerca, gerando medidas de intervenção de caráter administrativo, de avaliação das condições do ambiente, das observações sobre o resultado do cuidado de enfermagem, dos tratamentos propostos e das necessidades geradas pela sua condição clínica. Existe uma preocupação em oferecer condições para que o cuidado e é por sua intervenção que são estabelecidas as relações entre membros da equipe de saúde e os doentes.

Em relação às atividades não-farmacológicas referentes ao item 27 do instrumento se procedeu tratamento diferenciado das demais atividades do instrumento.

Com relação ao item 27 que os seus sub-itens observou-se que foram assinalados de forma diferenciada dos demais itens nos dois instrumento.

No item “*Encorajar o uso de técnicas não farmacológicas*” e seus sub-itens que compõem as modalidades terapêuticas não-farmacológicas (27 a, 27b, 28c, 27d, 27e, 27f, 27g, 27h, 17i) o comportamento dos respondentes com relação a forma de assinalar as respostas se apresentaram da seguinte forma: a) os enfermeiros pontuaram somente o item 28 ou um ou

mais de um de seus subitens; b) os enfermeiros assinalaram somente seus sub-itens; c) os enfermeiros não assinalaram nenhum dos dois (item e sub-item); d) os enfermeiros assinalaram apenas o item; e) os enfermeiros assinalaram grau de “nenhuma” no item 28 e de “pouca” a “total” nos demais sub-itens; f) assinalaram grau de “muita” a “total” no item 28 e de “nenhuma” nos demais sub-itens. Devido a este comportamento por parte dos respondentes os resultados e a análise privilegiaram destacar o número de respondentes que selecionaram cada item e subitem.

2.8. Limitações do método.

Durante a inserção dos dados no programa SPSS foram observadas falhas no preenchimento de alguns itens nos dois instrumentos. Foram considerados erros de preenchimento: a) quando os respondentes assinalaram mais de uma valoração; b) quando deixaram de marcar o item. Estas falhas produziram populações com diferentes números (n=66; n=65; n=64), mas não implicou em alterações significativas das frequências dos item dos instrumentos.

Capítulo III

Resultados

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Caracterização da amostra:

Dos 67 questionários aplicados aos enfermeiros, 100% foram preenchidos e devolvidos. A seguir a caracterização dos participantes, procedemos a descrição, análise e discussão dos dados que dividimos de três seções para fins didáticos de apresentação ao leitor. Na primeira (2.6.2), apresentamos os resultados referentes à frequência das respostas em relação à importância atribuída e na segunda, (2.6.3.) em relação à realização das atividades, ambas organizadas em dois grupos: (i) atividades de intervenção direta e (ii) atividades de intervenção indireta (**Quadro 1; Quadro 2; Quadro 3 e Quadro 4**).

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros, segundo características sócio-profissionais. Rio de Janeiro, 2008.

		N	%
Sexo	Feminino	52	77,6
	Masculino	15	22,4
Idade	Média (DP)	32,19 (5,819)	
	Mediana (Min.-Máx.)	31 (22-47)	
	≥30 anos	33	49,3
	31 a 40 anos	32	47,8
	41 a 50 anos	2	3,0
Instituição	Público	27	40,3
	Privado	40	59,7
Tempo de Formação	Média (DP)	2,49 (0,859)	
	Mediana (min.-máx.)	2,00 (1-4)	
	≥1 ano a e 1a e 11 meses	9	13,4
	2 a 5 anos e 11 meses	44	65,7
	6 a 9 anos e 11 meses	9	13,4
	≥ 10anos	5	7,5
Formação	Somente com Graduação	22	32,8
	Esp. em Gerenciamento	2	3,0
	Esp. Neonatologia	2	3,0
	Esp. Dermatologia	1	1,5
	Esp. Terapia Intensiva	28	41,8
	Esp. Cardiologia	5	7,5
	Esp. Terapias Não Convencionais	1	1,5
	Esp. Nefrologia	2	3,0
	Esp. Auditoria	2	3,0
Tempo de Atuação	Média (DP)	2,15(0,853)	
	Mediana (Min.-Máx.)	2,0(1-4)	
	≥ 1 ano a e 11 meses	6	9,0
	2 a 5 anos e 11 meses	32	47,8
	6 a 9 anos e 11 meses	19	28,4
	≥ 10anos	10	14,9
Cargo que Ocupa	Líder	40	59,7
	Rotina	23	34,3
	Chefia	4	6,0

A população de 67 enfermeiros está composta majoritariamente (77,6%) pelo sexo feminino, na faixa etária predominante abaixo de 30 anos (49,3%) seguida de 31 a 40 anos (47,8). Quanto ao tempo de formado, a faixa mais representativa foi a dos que possuem entre 2 e 6 anos de graduação em enfermagem, perfazendo um total de 44 respondentes (65,7%), seguido dos enfermeiros formados entre 1 ano e 1 ano e 11 meses (13,4%) e dos formados entre 6 a 9 (13,4%) anos.

Com relação ao tempo de exercício profissional em unidade de terapia intensiva houve predomínio 32(47,8%) na faixa entre 2 a 5 anos e 11 meses de atuação, onde 6 enfermeiros atuavam entre 1 ano e 1 ano e 11 meses (9%) e 19 atuavam entre 6 a 9 anos e 11 meses (28,4%) e 10(14,9%) acima de 10 anos.

Dentre os respondentes, apenas 22 (32,8%) haviam cursado apenas a graduação em enfermagem. Dentre os que declararam título de especialista, 28 (41,8%) eram certificados em terapia intensiva 5 (7,5%) em Cardiologia 2 (3%) em Nefrologia 2 (3%) em Auditoria e apenas 1 (1,5%) em Terapias Não-Convencionais/Alternativas.

Quanto a seus cargos, por ocasião da coleta de dados 40 (59,7%) eram líderes, 23 (34,3%) eram enfermeiros da rotina e 4(6,0%) chefes de serviço ou de seção.

A seguir a caracterização dos participantes, procedemos a descrição, análise e discussão dos dados que dividimos de três seções para fins didáticos de apresentação ao leitor. Na primeira (2.6.2), apresentamos os resultados referentes à frequência das respostas em relação à importância atribuída e na segunda, (2.6.3.) em relação à realização das atividades, ambas organizadas em dois grupos: (i) atividades de intervenção direta e (ii) atividades de intervenção indireta (**Quadro 1; Quadro 2; Quadro 3 e Quadro 4**).

3.2. Importância atribuída às atividades de intervenção direta

Quadro 1. Distribuição das atividades de cuidado direto assinaladas pelos enfermeiros, segundo o grau de importância atribuído. Rio de Janeiro, 2008.

ITENS	IMPORTÂNCIA									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor	0	0	1	1,6***	10	15,6***	29	45,3***	24	37,5***
2 Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos.	3	4,5	4	6,0	2	3,0	25	37,3	33	49,3
3.Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos	2	3,0	4	6,0	7	10,4	28	41,8	26	38,8
4.Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa.	8	12,1*	4	6,1*	11	16,7*	22	33,3*	21	31,8*
5.Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais	2	3,1**	8	12,3**	11	16,9**	15	23,1**	29	44,6**
6. . Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.	2	3,0	0	0	5	7,5	28	41,8	32	47,8
7.Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado.	1	1,5	3	4,5	2	2,3	32	47,8	29	43,3
8. Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.	1	1,5	2	3,0	7	10,4	29	43,3	28	41,8
9. Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado.	7	10,4	5	7,5	17	25,4	18	26,9	18	26,9
10. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas	4	6,0	4	6,0	2	3,0	21	31,3	36	53,7

Legenda: I - Importantes N= *66 ; **65;***64; corresponde ao número de respondentes no item.

Os itens assinalados pelos respondentes na categoria de “intervenções direta” que apresentaram frequência elevada no grau de “**Total**” importância foram: (i) *Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas*, por 36 (53,7%); (ii) *Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos*, Por 33 (49,3%); (iii) *Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor*, por 32 (47,8%); (iv); *Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado*, por 29 (43,3%); e (v) *Utilizar método adequado de levantamento de informações* por 29 (44,6%) respondentes; (vi) *Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá*, por 28 (41,8%).

Os itens que apresentaram destaque pelos respondentes em relação ao grau de “**Muita**” importância foram: (i) *Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado*, por 32 (47,8%); (ii) *Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor*, por 64 (45,3%); (iii) *Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá*, por 29 (43,3%); e (iv) um combinado dos itens: (a) *Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa* e (b) *Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor*, por 28 (41,8%).

3.3. Realização atribuída as atividades de intervenção direta

Quadro 2. Distribuição das atividades de cuidado direto assinaladas pelos enfermeiros, segundo o grau de realização atribuído. Rio de Janeiro, 2008.

ITENS	REALIZADAS									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor	5	7,5	8	11,9	16	23,9	23	34,3	15	22,4
2 Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos.	1	1,5	9	13,4	11	16,4	24	35,8	22	32,8
3.Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos	3	4,5	12	17,9	18	26,9	23	34,3	11	16,4
4.Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa.	8	11,9	26	38,8	14	20,9	12	17,9	7	10,4
5.Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais	12	17,9	24	35,8	16	23,9	6	9,0	9	13,4
6. . Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.	10	14,9	10	14,9	14	20,9	18	26,9	16	23,9
7.Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado.	8	11,9	12	17,9	14	20,9	20	29,9	12	17,9
8. Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.	9	13,4	15	22,4	13	19,4	14	20,9	16	23,9
9. Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado.	10	14,9	13	19,4	10	14,9	18	26,9	16	23,9
10. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas	10	14,9	13	19,4	10	14,9	18	26,9	16	23,9

Legenda: **R** - Realizadas N= *66 ; **65;***64; corresponde ao números de respondentes no item.

Em relação ao grau de realização, na atribuição do grau “**Total**”, os respondentes destacaram os itens: (i) *Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos*, por 22 (32,8%); sendo os itens (ii) *Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor*,(iii) *Ensinar que pode ocorrer sonolência, avaliar experiências anteriores de dor*, e (iv) *Avaliar com paciente e equipe a eficácia de medidas de controle da dor* por 16 (23,9%) respectivamente.

Nos itens considerados “Muito” realizados os respondentes assinalaram (i) *Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos* por 24 (35,8%); *Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos* 23 (34,3%); e *Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado* 20 (29,9%).

Quando comparadas às freqüências entre os itens considerados importantes e realizados, os enfermeiros (n=67) consideraram de “**Total**” importância o item: “*Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas*” 36 (53,7), entretanto, quanto à freqüência de realização esta recebeu o grau de “Total” de apenas 16 (40,3%), apresentando uma diferença de 29,8% entre o grau de importância atribuído e o de realização atribuído pelos respondentes.

O mesmo comportamento foi observado entre os graus do item “*Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado*” que evidenciou uma diferença de 25,4%.

O item 2 “*Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos*” mostrou a menor diferença (16,4%) entre o grau “Total” importância (49,3%) e o grau (32,4) “Total” realização.

3.4. Importância atribuída às atividades de intervenção indireta

Quadro 3. Distribuição das atividades de cuidado indireto assinaladas pelos enfermeiros, segundo o grau de importância atribuído. Rio de Janeiro, 2008.

ITENS	IMPORTÂNCIA									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.	0	0	0	0	4	6,0	16	23,9	47	70,1
2. Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia	0	0	0	0	2	3,0*	26	39,4*	38	57,6*
8. Considerar a possibilidade de infusão contínua, isolada ou em bolos, para manter os níveis séricos.	2	3,0	5	7,5	8	11,9	24	35,8	28	41,8
4. Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio	1	1,6***	0	0,0	5	7,8***	23	35,9***	35	54,7***
5. Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação, irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido.	0	0	3	4,5	5	7,5	18	26,9	41	61,2
6. Determinar o impacto da experiência da dor sobre a aprendizagem	9	13,4	2	3,0	15	22,4	24	35,8	17	25,4
7. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o estado de ânimo	6	9,0	9	13,4	11	16,4	24	35,8	17	25,4
8. Determinar o impacto da experiência da dor sobre desempenho profissional	11	16,4	9	13,4	14	20,9	20	29,9	13	19,4
9. Determinar o impacto da experiência da dor sobre responsabilidades dos papéis	9	13,6*	5	7,6*	13	19,7*	23	34,8*	16	24,2*
10. Determinar o impacto da experiência da dor sobre sono	1	1,5	2	3,0	8	11,9	32	47,8	24	35,8
11. Determinar o impacto da experiência da dor sobre apetite	1	1,5	3	4,5	6	9,0	32	47,8	25	37,3

ITENS	IMPORTÂNCIA									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12 Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.	5	7,5	5	7,5	5	7,5	26	38,8	26	38,8
13. Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.	1	1,5**	1	1,5**	2	3,1**	31	47,7**	30	46,2**
14. Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor	4	6,0	2	3,0	3	4,5	19	28,4	39	58,2
15. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto	3	4,5	4	6,0	4	6,0	29	43,3	27	40,3
16. Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos.	2	3,0*	1	1,5*	5	7,6*	24	36,4*	34	51,5*

Legenda: **R** - Realizadas N= *66 ; **65; ***64; corresponde ao números de respondentes no item.

A categoria de cuidados indiretos contém 14 atividades. Os itens nos quais obteve-se maior grau de “**Total**” importância atribuída pelos respondentes foram: (i) *Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência*. 47(70,1%); (ii) *“Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor”* por 39 (58,2%); (iii) *“Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia”* por 38 (57,6%); (iv) *“Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio* de 64 respondentes 35 (54,7%); e (v) *“Instituir precauções de segurança no uso de analgésico”* por 34 (51,5%).

No que se refere ao grau de “**Muito**” importante destacaram-se os itens: (i) *“Determinar o impacto da experiência da dor sono e apetite”* por 32 (47,8%), (ii) *“Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.”*, de um total de 65 respondentes 31 (47,7%); (iii) *“Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto”* por 29 (43,3); (iv) *“Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia”* por 26 (39,4%).

3.5. Realização atribuída às atividades de intervenção indireta

Quadro 4. Distribuição das atividades de cuidado indireto assinaladas pelos enfermeiros, segundo o grau de realização atribuído. Rio de Janeiro, 2008.

ITENS	REALIZAÇÃO									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.	1	1,5	6	9,0	10	14,9	22	32,8	27	40,3
2. Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia	1	1,5	7	10,4	9	13,4	35	52,2	15	22,4
8. Considerar a possibilidade de infusão contínua, isolada ou em bolos, para manter os níveis séricos.	17	25,4	10	14,9	16	23,9	15	22,4	9	13,4
4. Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio	5	7,5	7	10,4	13	19,4	19	28,4	23	34,3
5. Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação, irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido.	1	1,5	6	9,0	6	9,0	34	50,7	19	28,4
6. Determinar o impacto da experiência da dor sobre a aprendizagem	18	26,9	18	26,9	19	28,4	8	11,9	4	6,0
7. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o estado de ânimo	16	23,9	12	17,9	16	23,9	20	29,9	3	4,5
8. Determinar o impacto da experiência da dor sobre desempenho profissional	18	26,9	10	14,9	17	25,4	16	23,9	6	9,0
9. Determinar o impacto da experiência da dor sobre responsabilidades dos papéis	18	26,9	9	13,4	18	26,9	16	23,9	6	9,0
10. Determinar o impacto da experiência da dor sobre sono	7	10,4	11	16,4	16	23,9	20	29,9	13	19,4

ITENS	REALIZAÇÃO									
	Nenhuma		Pouca		Neutra		Muita		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11. Determinar o impacto da experiência da dor apetite	9	13,4	11	16,4	14	20,9	22	32,8	11	16,4
12 Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.	5	7,5	23	34,3	10	14,9	18	26,9	11	16,4
13. Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.	9	13,4	16	23,9	13	19,4	19	28,4	10	14,9
14. Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor	2	3,0	8	11,9	13	19,4	26	38,8	18	26,9
15. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto	2	3,0 (n=66)	13	19,4 (n=6)	18	26,9 (n=66)	20	29,9 (n=66)	13	19,4 (n=66)
16. Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos.	6	9,0	16	23,9	15	22,4	14	20,9	16	23,9

Legenda: R – Realizadas N= *66 ; **65;***64; corresponde ao números de respondentes no item.

Os itens de intervenção indireta que se destacaram no grau “**Total**” realizadas pelos enfermeiros foram (i) “*Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência*” por 27(40,3%); (ii) “*Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio*” do total de 66 responderam 23 (34,3%); (iii) “*Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor*” por 18 (26,9%); e (iv) “*Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos*” por 16 (23,9%).

No grau “**Muito**” realizadas os itens mais valorados pelos respondentes foram: (i) *Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia* 35(52,2%); (ii) “*Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação,*

irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido 34(50.7%); (iii) “Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor” por 26 (38,8%); dados acima descritos são apresentados no **Quadro 4**.

A diferença entre os resultados apresentados nos dois instrumentos foi expressiva quando comparadas à atribuição de “**Total**” importância e “**Total**” realização, em relação aos itens: “*Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia*”, que apresentou uma diferença de 35,2%; “*Reduzir ou eliminar fatores que aumentam-precipitam a dor*” de 31,3% e “*Observar indicadores não verbais de desconforto*” diferença de 29,8 %.

3.6. As atividades Não-Farmacológicas.

Dada a diversidade no modo pelo qual foram assinaladas as respostas decidiu-se apresentar o número de respondentes obtidos dos instrumentos demonstrando a quantidade de enfermeiros que selecionaram cada item e subitem,

Tabela 02. Número de respondentes em cada técnica não farmacológica consideradas no grau “**Total**” e “**Muita**” Importância

Itens	Total Importância	Muita Importância
	N	N
Biofeedback,	6	3
TENS	6	3
Hipnose	0	1
Relaxamento	20	15
Imagem orientada	10	9
Musicoterapia	17	9
Diversão	23	10
Aplicação calor /frio,	38	18
Massagem	38	18

Das técnicas não-farmacológicas as que obtiveram número maior de respondentes no grau de “Total” importância foram: *Massagem* e *Aplicação de calor e frio* (n=38 cada uma); *Diversão* (n=23) e *Musicoterapia* (n=17).

Das técnicas não-farmacológicas as que obtiveram número maior de respondentes no grau de “Muita” importância foram: *Massagem* e *Aplicação de calor e frio* (n=18); *Relaxamento* (n=15); *Diversão* (n=10)

Tabela 03: Número de respondentes em cada técnica não farmacológica consideradas no grau “Total” realização.

Itens	Total Realização	Muita Realização
	N	N
Biofeedback,	1	2
TENS	12	3
Hipnose	1	1
Relaxamento	5	17
Imagem orientada	10	10
Musicoterapia	14	14
Diversão	17	10
Aplicação calor /frio,	32	9
Massagem	32	16

Das técnicas não-farmacológicas as que obtiveram número maior de respondentes assinalando o grau de “Total” realização foram: *massagem e aplicação de calor e frio* (n=32 cada uma) e *diversão* (n=17) apresentaram maior frequência.

No grau de “Muito” realizadas as técnicas que foram mais selecionadas pelos foram: *Relaxamento* (n=17) e *Massagem* (n=16) e *Musicoterapia*, (n=14) foram as mais assinaladas pelos respondentes.

Capítulo IV

Discussão

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O estudo encontrou resultados inéditos em âmbito nacional e internacional. Não se encontrou estudos que avaliaram o grau de importância e o grau de realização de ações, relacionadas as intervenções de enfermagem e quando são considerados estudos sobre dor no cenário da terapia intensiva, estes são escassos. Ainda, poucos são os estudos no Brasil que utilizam a linguagem taxonômica da NIC (Nursing Interventions Classification), a qual mostrou ser capaz de revelar as possibilidades da linguagem como ferramenta de análise direcionada a uma discussão sobre tratamentos de enfermagem no contexto da terapia intensiva.

O estudo avaliou o grau de importância e realização atribuído a 31 atividades com base nas intervenções de enfermagem “Controle da dor” e “Administração de analgésicos” da *Nursing Intervention Classification* (MCCLOSKEY, BULECHEK, 2004). As atividades foram selecionadas como uma proposta de linguagem clínica capaz de verificar expressar pelo grau de importância atribuída pelo enfermeiro as atividades relacionadas ao manejo da dor e as atividades implementadas por ele na terapia intensiva. Estas atividades serviram como “pano de fundo” para tornar conscientes aos respondentes aos cuidados que não são percebidos como ações para controle da dor pela equipe de enfermagem, mesmo que utilizadas rotineiramente em terapia intensiva.

O estudo que tem referência avaliou o grau de importância e de realização de ações de enfermagem direcionadas ao controle da dor, teve uma amostra de 829 enfermeiras especialistas e permitiu a obtenção de uma lista de atividades consideradas mais e menos importantes pelo grupo estudado (PELLINO *et al.*, 2002). O objetivo principal do estudo era definir e validar conhecimentos, habilidades e atividades necessárias ao desenvolvimento de competências para o controle da dor em suas áreas de atuação e para atingi-lo utilizaram 91 ações/atividades listadas por 100 enfermeiras em um estudo piloto que, pretendeu chegar a um conjunto de ações específicas para dor aplicáveis em suas especialidades.

O resultado do estudo mostrou-se capaz de avaliar as necessidades educacionais direcionadas a uma especialização; estabelecer padrões de cuidado, e identificar prioridades para estudos futuros.

A discussão do presente estudo foi organizada em quatro partes. A primeira refere-se à caracterização da unidade de terapia intensiva, a segunda, aos destaques referentes às atividades diretas e indiretas que foram selecionadas de cada intervenção; a terceira refere-se à caracterização das atividades em relação ao grau de importância atribuído, a terceira refere-se à caracterização das atividades em relação ao grau de realização atribuído.

As unidades de terapia intensiva caracterizam-se pelo atendimento de pacientes em situações de risco, que necessitam de cuidados complexos e especializados. Enfatizam o conhecimento técnico-científico e utiliza grande aparato tecnológico. As rotinas diárias são, muitas vezes, rígidas e inflexíveis e a rapidez de ação no atendimento, muitas vezes necessária, corrobora para uma assistência de enfermagem norteada pelo modelo biomédico (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004).

Nos cenários de terapia intensiva a enfermeira que atua no serviço deve possuir conhecimento, perícia e experiência clínica, com ênfase nas habilidades de comunicação, avaliação das/os clientes e determinação de prioridades dirigidas ao seu cuidado. Portanto embora fortemente influenciada pela alta tecnologia o trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas requer do profissional habilidade interpessoal, educacional e administrativa que garantam a efetividade do cuidado dirigido a esta clientela. (NAZÁRIO, 1999)

Os estímulos que estão presentes no ambiente físico e social da terapia intensiva e podem ser fontes de estresse para o doente, como, por exemplo: as camas estarem dispostas uma ao lado da outra, fazendo com que os pacientes participem do que está acontecendo com o doente ao lado; há constante expectativa de que aconteçam emergências; presença de equipamentos dispostos próximos aos leitos; luminosidade artificial e permanente; existência de alarmes sonoros e luminosos provenientes de aparelhos (CORNOCK, 1998). Somando-se a estes estímulos a perda da privacidade causa desconforto entre homens e mulheres expostos no mesmo ambiente e na maioria das vezes despidos. Considerando as condições dos doentes é necessária a monitorização contínua dos sinais vitais e inúmeros procedimentos são

realizados a todo o momento por vários membros da equipe de saúde. (GÓIS; DANTAS, 2004)

Nesse contexto, atuar em unidades de terapia intensiva requer experiência profissional e, em termos de empregabilidade, credencia o enfermeiro para as exigências do mercado de trabalho pela experiência de atuação em situações críticas, características que implicam no perfil profissional dos enfermeiros que nelas atuam. No entanto, quando consideramos o grau de importância atribuído e/ou o grau de realização de determinada ação no contexto da terapia intensiva, é necessário considerar as variáveis que permeiam e influenciam essa atribuição de valor, contemplando a experiência profissional, a formação realizada e aspectos que refletem crenças e atitudes.

A importância atribuída à determinada ação, pressupõem conhecimento do objeto sobre o qual irá intervir já a realização de determinada ação, exige além do conhecimento, a experiência prévia a ela relacionada, a disponibilidade para e a possibilidade de realizá-la, bem como a valorização da mesma por parte dos atores envolvidos.

A valorização de determinada ação como importante contempla o conhecimento adquirido por ocasião da instrução formal, na academia ou em situações correlatas (auto-instrução, congressos), bem como as crenças culturalmente compartilhadas e experiências prévias relacionadas à mesma.

A realização de determinada ação, além do conhecimento, das crenças e das experiências vivenciadas, requer disposição afetiva (atitudes), relativamente estáveis, que implicam a tendência de responder a idéias (crenças), pessoas, instituições ou eventos de um certo modo, de reagir ao alvo, ou objeto (crença, ideal, símbolo, pessoa, instituição, qualquer coisa existente para o indivíduo) de forma positiva ou negativa. A ação requer atitudes, as quais são culturalmente aprendidas e organizadas pela experiência (PIMENTA ; PORTNOI, 1999; GARCIA; NÓBREGA, 2000).

No que se refere as necessidades do paciente, um estudo realizado por Koizumi et al. (1979) entrevistou pacientes internados na terapia intensiva e identificou como sendo seus principais problemas: a dor, a separação da família, os procedimentos de manutenção da respiração a que são submetidos e o fato de estarem em ambiente desconhecido e agressivo.

A dor é um diagnóstico de enfermagem prevalente no ambiente de terapia intensiva e que exige atenção prioritária por parte das enfermeiras. Achados obtidos em um estudo de Pasini (1996) com a finalidade de caracterizar as necessidades de cuidados de pacientes na UTI examinaram e entrevistaram 32 pacientes internados identificando a dor como um dos mais prevalentes por 62,5% do grupo estudado .

O desafio para enfermeira é estar atenta ao sintoma e integrar ao controle da dor técnicas para diminuir o desconforto de pacientes hospitalizados (ERKES et al., 2001).

O controle da dor é um constante desafio no ambiente de cuidado crítico. Envolve a avaliação da sua presença, do tipo, da intensidade, da localização e suas possíveis causas. Os parâmetros dessa avaliação podem mudar de paciente para paciente, e esta torna-se ainda mais difícil, quando o paciente não consegue se comunicar verbalmente, exigindo do enfermeiro estratégias de interação com vistas a obter melhor controle sobre os resultados dos tratamentos propostos pela equipe de saúde. Nesse contexto nosso maior desafio é obter uma avaliação junto ao paciente mesmo que impedidos de expressar-se verbalmente, por estarem inconscientes, intubados e/ou limitados por sua condição clínica crítica.

4.1. AS INTERVENÇÕES DIRETAS

Quanto ao grau de “Total” Importância

As intervenções consideradas como as mais importantes pelos enfermeiros podem ser inseridas no contexto da avaliação e da educação do paciente com dor, que deve corresponder à abordagem inicial, independente do ambiente considerado, fornecendo ao enfermeiro elementos essenciais no planejamento diário e ações posteriores para o controle da dor garantindo ao paciente maior participação no tratamento.

Na terapia intensiva aspectos relacionados a avaliação do quadro algico e a educação do paciente, na prática, podem parecer pouco comuns, dado a dinâmica de trabalho desta unidade, no entanto, deve se considerar que estes são elementos essenciais para o efetivo controle da dor.

A intervenção “*Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas*” foi considerada a mais importante por 36 (53,7%) dos enfermeiros. Este dado indica que os enfermeiros consideraram importante a participação do paciente na avaliação do controle da dor.

Nos últimos anos, importantes avanços ocorreram em relação à avaliação da dor com a validação de critérios objetivos, que hoje podem ser utilizados em diferentes locais e possibilitam comparações entre estudos. A padronização da dor como quinto sinal vital, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, ainda que alvo de críticas, foi um importante passo para chamar atenção dos profissionais de saúde sobre importância do controle da dor. A avaliação da dor passou a ser prioritária, consistindo em exigência para a acreditação hospitalar, pois fornece elementos essenciais para intervenção e controle do quadro algico.

Outro aspecto sobre a avaliação da dor apontada no item assinalado pelos respondentes é a necessidade das propostas de tratamento e a sua eficácia junto ao cliente sejam discutidas no contexto multidisciplinar.

O papel dos diferentes integrantes de uma equipe multidisciplinar no controle da dor e como estes conhecimentos se articulam, tem sido tema de debate entre os profissionais que se dedicam à busca de um modelo efetivo do atendimento.

Dentre os estudos que abordam a questão da colaboração interdisciplinar destaca-se o estudo de revisão sobre estratégias para mudanças direcionadas ao controle da dor elaborado por Shannon e Bucknall (2003) onde as autoras reforçam a necessidade de colaboração de outros membros da equipe de saúde para garantir um cuidado de qualidade ao paciente. Consideram que é importante que o médico seja experiente e tenha conhecimento sólido sobre dor para dar conta de delinear uma abordagem à dor e isto inclui a efetiva participação do paciente na avaliação da eficácia do tratamento.

Estudos que podem aprofundar mais a questão da avaliação conjunta entre enfermeira, paciente e médico foram descrito por Ferrell et al. (1991) que examinaram o modo no qual enfermeira toma decisões clínicas relativas à dor. Apontam que algumas barreiras podem ir de encontro à forma como controlam a dor. Das 1015 enfermeiras que participaram do estudo, um terço identificou como barreiras mais frequentes para o alívio da dor: o desconhecimento do paciente ou família acerca do tratamento, a falta de colaboração por parte dos médicos e prescrições de analgésico inadequadas. A estas barreiras podem ser somadas a cooperação do paciente, o nível de conhecimento dos demais profissionais de enfermagem e o tempo disponível da enfermeira dedicar-se a uma avaliação mais criteriosa junto ao paciente (FERRELL, MCCAFFERY E ROPCHAN, 1992).

A intervenção *“Oferecer informações sobre a dor, a saber: suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos”* foi assinalada por 33 (49,3%;) enfermeiros.

Estudos sobre dor durante os procedimentos na unidade de terapia intensiva apontam que técnicas rotineiras realizadas pela equipe de enfermagem, somadas a condição clínica de base intensificam a dor e sofrimento dos pacientes na terapia intensiva (PUNTILLO, 2002; PASERO; MCCAFFERY, 2002; HERR et al., 2006). Os procedimentos listados como dolorosos e angustiantes para os pacientes estavam associadas a seis ações rotineiras na terapia intensiva a saber: mobilização no leito, remoção de dreno de ferida, aspiração traqueal, remoção de cateter femoral, colocação de cateter venoso central e troca de curativos (PASERO; MACFERRY, 2002).

É indispensável que sejam empregadas estratégias de alívio da dor antes da realização de procedimentos dolorosos para evitar o sofrimento de pacientes sob nossos cuidados. Estas exigem o emprego de um conhecimento específico direcionado ao controle da dor a ser utilizado pelas enfermeiras e pelos médicos na terapia intensiva (STTOTS et al., 2004).

A intervenção “*Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor*” foi considerada a mais importante por 32 (47,8%) dos enfermeiros.

Embora o dado seja considerado um aspecto positivo em relação a valoração assinalada pelos enfermeiros, eles são contraditórios a resultados descritos na literatura sobre o escasso conhecimento das enfermeiras acerca do uso de analgésicos (ERKES et al., 2001; WILSON, 2007) e seus possíveis efeitos colaterais (FERREL, 1993; WINSLOW, 1998).

Estudo que avaliou percepções de necessidades educacionais na área da farmacologia de dez enfermeiras de serviços de emergência identificou que as enfermeiras desejavam por um melhor preparo nesta área, o que poderia ser obtida numa pós-graduação. Reconheceram que precisam de conhecimento farmacológico para dar suporte a prática e fundamentar avaliação e controle do medicamento prescrito para os pacientes (KING, 2004). Identificaram o “controle de medicamento” como uma atividade da enfermagem que requer conhecimentos de farmacologia (op. cit.).

No Brasil, embora a enfermeira não seja responsável pela prescrição do medicamento propriamente dito, o seu controle e a avaliação da sua eficácia incluem-se na prática de seus cuidados e em nada ferem os limites da nossa legislação.

A importância atribuída à intervenção anterior também indica a preocupação dos respondentes no que se refere aos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na terapia intensiva. Esta valoração foi congruente com a intervenção “*Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá*”, assinalada por 28(41,8%) enfermeiros como a intervenção direta mais importante.

No cenário de terapia intensiva esta ênfase no controle dos possíveis efeitos colaterais resulta dos medos dos efeitos do tratamento, provocados por analgésicos potentes e fazem parte de um conjunto de barreiras que impedem o cuidado e controle da dor em pacientes

hospitalizados. As prováveis causas destas barreiras são: déficits de conhecimento na área da dor relativos ao seu controle, ao manejo dos medicamentos e as formas de avaliação do tratamento. Estas causas podem sofrer influências do sistema de crenças e convicções pessoais das enfermeiras e dos médicos sobre dor e influenciadas pelas suas próprias vivências e experiências pessoais (PUNTILLO, 1990; TWYLCROSS 2000).

Neste contexto, o desconhecimento sobre analgesia e dor, os mecanismos de ação das drogas e seus respectivos efeitos colaterais tende a fragilizar qualquer orientação da enfermeira para o paciente acerca do seu tratamento para o alívio da dor.

A atividade “*Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado*”, dos 65 respondentes deste item foi assinalado por 29 (43,3%) enfermeiros e também destacou-se como uma das atividades de total importância e pode indicar a preocupação dos enfermeiros em elaborar uma variedade de medidas diante ao evento doloroso. Este aspecto positivo merece destaque, pois indica que o grupo respondente percebe a natureza multidimensional da dor, o qual exige várias abordagens terapêuticas dirigidas ao seu manejo.

Esta idéia é fundamentada por Loeser e Melzack (1999) dedicados ao estudo da fisiologia da dor. Para os autores o indivíduo manifesta diferentes formas de perceber a dor cuja causa precisa ser identificada. A manifestação dolorosa pode ser tão complexa que, para o seu tratamento é necessário em primeira instância identificar “as suas causas”. Logo, em uma avaliação inadequada, a dor persistirá independente do tratamento farmacológico utilizado. Sugerem o emprego de múltiplas abordagens tais como a terapia cognitivo-comportamental e psicoterapias como recurso de acessar diferentes partes do cérebro, modificando a experiência dolorosa e reduzindo seu impacto na vida da pessoa.

No presente estudo a frequência da atividade assinalada pelos respondentes sugere que estes percebem que para dar conta da complexidade da dor é necessária que a sua abordagem compreenda diversas modalidades de tratamentos entre farmacológicos e não farmacológicos.

Outro item de destaque refere-se a “*Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais*” assinalados por 29 (44,6%) do total de 66 respondentes.

A valoração desta atividade representa um aspecto positivo destacado pelos enfermeiros. Na terapia intensiva a dor pode ser precipitada por diversas situações, que podem ser os cuidados prestados durante a sua internação, o ambiente da terapia intensiva, o medo da morte e o afastamento de seus familiares.

A capacidade de expressar dor e decidir o que é melhor para si, pode estar afetada na terapia intensiva e diante deste estado de vulnerabilidade dos pacientes, os enfermeiros devem estar sensíveis a esta condição e tornarem-se responsáveis em fazer valer os princípios éticos, da justiça e autonomia, advogando no sentido defendê-lo e protegê-lo, inclusive em situações de contra indicação no uso de estratégias ineficazes no controle da dor.

A American Pain Society (Gordon, 2005a) recomenda como prioridade nos serviços de saúde, que a dor seja identificada e tratada prontamente. Para tanto, todos os pacientes devem ser habitualmente avaliados com fins de estabelecer parâmetros para o tratamento. Alertam que na avaliação da dor vários aspectos devem ser considerando além da sua intensidade. Sugerem que um registro seguro da dor deve compreender uma documentação rica em dados acerca da qualidade, do local, dos fatores agravantes e o impacto emocional causado ao paciente e, embora a equipe de enfermagem tenha mais oportunidades de interação com os pacientes, o levantamento adequado de informações para a avaliação da experiência dolorosa no contexto da terapia intensiva ainda consiste em grande desafio.

A rotina de observação intensa deve prever a detecção de nuances de comportamentos que podem indicar a presença da dor cuja mensuração requer interpretar conteúdos produzidos pelos pacientes resultantes da sua linguagem, das suas experiências anteriores e da sua história de vida, que em grande parte, vão depender do nível de interação entre o profissional de saúde e o paciente. Isto acontece quando o profissional passa a reconhecer o seu paciente como pessoa, escutando-o, e participando ativamente de seu desenvolvimento educacional em busca de soluções terapêuticas.

Quadro 5: Atividades com grau de total importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas</i>	36	53,7
<i>Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos</i>	33	49,3
<i>Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor</i>	33	49,3
<i>Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado com total de 65 respondentes</i>	29	43,3
<i>Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais</i>	29	44,6
<i>Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá</i>	28	41,8

Quanto ao grau de “Muita” Importância

Os itens destacados pelos enfermeiros com o grau de “muito” importante privilegiaram atividades direcionadas para o tratamento farmacológico considerando os aspectos de orientação sobre os seus possíveis efeitos e estratégias de uso.

Os itens “*Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado*” 32 (47,8%) e “*Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor*” 28 (41,8%) se destacaram tanto no grau de total importância, abordado anteriormente, como no grau de “muita” importância. A valoração do dado outra vez, sugere que na população estudada houve uma congruência em considerar importante o alívio da dor.

O uso de analgésicos foi destacado pelos itens “*Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá*” por 29 (43,3%) e “*Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa*”, por 28 (41,8%).

Sobre a orientação dos pacientes em terapia intensiva, estudos de Puntillo et al. (1997); Richards e Hubbert (2007) e Pasero e McCaffery (2002) alertam que mesmo intubados, muitos pacientes podem colaborar na mensuração de sua dor ficando aptos a fazer

um julgamento mais preciso da qualidade da analgesia.

Os dados do estudo demonstram que na prática clínica, a preocupação relacionada ao tratamento farmacológico da dor por parte dos enfermeiros é relevante e descrita na literatura como um dado preocupante, mesmo que em ambientes de cuidado intensivo. Um exemplo destas afirmações é apontado em um estudo elaborado por Briggs e Dean (1998) para descrever sob que bases teóricas fundamentam-se os registros de controle da dor aguda em uma unidade de pós-operatória. Ao avaliarem os prontuários os autores encontraram em todos os planos de cuidado a administração de analgésicos como a primeira alternativa ao controle da dor em detrimento de outras práticas não-farmacológicas disponíveis nos cenários hospitalares.

Por outro lado, o uso criterioso da analgesia deve ser um objetivo dos enfermeiros levando em consideração as prioridades na clínica do paciente. Sobre estas questões Banzenni (2007) afirma que é necessário que se estabeleçam protocolos de analgesia de acordo com as características de cada serviço, onde a resposta à terapia analgésica seja regularmente avaliada e documentada já que as condições dos pacientes são dinâmicas e a necessidade de analgésicos pode variar freqüentemente.

Outra atividade que também obteve destaque no grau de “muito” importante refere-se a *“Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor”*, assinalado por 29 (45,3%) dos 64 respondentes.

Considerando que neste cenário o paciente está sob condições críticas e inspira total atenção e monitoramento de suas reações, esta passa a ser uma função essencial da enfermeira: buscar estratégias de acessar a dor do paciente, valorizando a possibilidade dela estar presente esteja ele sedado ou não.

Um estudo de Pasero e McCaffery (2002) alerta que as enfermeiras devem considerar as possibilidades de participação do paciente em manifestar a sua dor, mesmo sob condições adversas. Para as autoras as enfermeiras devem levar em conta o auto relato dos que podem se expressar, considerar nos intubados o movimento dos olhos e membros superiores e inferiores, os que podem apontar uma escala e aqueles cuja resposta esteja nas manifestações corporais possíveis de serem interpretadas como de dor pelos que estão totalmente incapazes.

Portanto, a comunicação nestes cenários é ponto de partida para que o enfermeiro possa aprender como ajudar o paciente a expressar seus problemas e efetivar a sua participação concreta nos tratamentos propostos durante a sua internação.

Quadro 5: Atividades com grau de “muita” importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado</i>	32	47,8
<i>Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor”, assinalado por 64 respondentes.</i>	29	45,3
<i>Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá. De um total de 65 respondentes</i>	29	43,3
<i>Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor”</i>	28	41,8
<i>Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa</i>	28	41,8

Em relação à Realização assinalada pelos enfermeiros

Quanto ao grau de “Total” Realização

Observou-se que os itens selecionados neste estudo pelos respondentes encaminharam-se a realizar: ensino e informações sobre tratamentos, seus efeitos colaterais, da tipologia e causa da dor.

Dos 67 respondentes que assinalaram o item “*Oferecer informações sobre a dor, a saber: suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos*”, 22 (32,8%) enfermeiros assinalaram grau de “total” realização.

Dados da literatura reforçam a baixa frequência demonstrada neste estudo. Já descrito anteriormente a dor durante os procedimentos tem sido referida por diversos autores (PUNTILLO, 2002; MANIAS; BUCKNALL; BOTTI, 2004; HERR et al., 2006), contudo cabe incluir na discussão que muito dos achados apresentados nos estudo acerca da dor durante os procedimentos, também apontam para déficits de realização nas propostas de implementação.

Um estudo multicêntrico de Puntilo (2002) que avaliou os tipos e performance de analgésicos administrados durante seis procedimentos (remoção de tubo orotraqueal,

aspiração, mudança de decúbito, curativo, inserção de cateter femural) na terapia intensiva revelaram que: mais que 63% de pacientes não recebeu nenhum tipo de analgésico, menos que 20% receberam doses de opiáceo; e somente 10% de pacientes foram tratados previamente com uma combinação de fármacos. Concluíram que a maioria dos pacientes não foi medicada antes dos procedimentos ainda que a intensidade de dor aumentasse durante a sua realização.

A reduzida implementação de medidas para o controle da dor também foi demonstrada por um recente estudo brasileiro elaborado por Calil e Pimenta (2005). As autoras buscavam avaliar a intensidade da dor e a adequação da analgesia no setor de emergência. A amostra foi composta de 100 vítimas de acidentes de transporte atendidas em um hospital de referência para trauma e realizaram-se duas avaliações: após 1 hora da intervenção analgésica ou após 3 horas sem intervenção analgésica. Os resultados revelaram que 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. O estudo concluiu que uma significativa parte da população do estudo permaneceu sem analgesia durante o período de observação. Números expressivos de inadequação analgésica foram encontrados demonstrando a reduzida importância conferida à analgesia no trauma em nosso meio.

Ao contrário do preconizado, a dor ainda não representa no ambiente hospitalar uma prioridade no cuidado, embora seja corrente a importância no seu tratamento para manter as funções vitais, interromper processos mórbidos em evolução e favorecer a colaboração do paciente durante o tratamento e/ou procedimento a serem realizados. Este dado preocupante tem reflexos nos dados do presente estudo, considerando que foram poucos os enfermeiros que pontuaram ser possível realizar um preparo ainda que educacional, antes de um procedimento potencialmente doloroso.

Assinaladas por 16 (23,9%) enfermeiros, o grau de realização foi igual nos itens “Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor” e “Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá”. Estes se referem ao tratamento farmacológico e dizem respeito a colocar em prática orientações importantes junto ao paciente sobre os riscos potenciais do emprego de opióides.

O desafio é fazer com que o controle da dor seja prioritário nos cuidados oferecidos à totalidade dos pacientes em todos os níveis de atenção, principalmente nos cenários onde tende a ser uma constante, causando sofrimento desnecessário diante do arsenal farmacológico e não-farmacológico a disposição dos profissionais de saúde. Este desafio é demonstrado nos dados apresentados nestes itens e que expressam a dificuldade de implementar cuidados diretos de natureza educacional junto ao paciente na terapia intensiva.

Infere-se que se o cuidado é feito com o outro, a comunicação adequada é fundamental, em pacientes críticos e terminais. (INABA, SILVA; TELES, 2005).

Outro item apontado por 16 (23,9%) enfermeiros, como uma das intervenções diretas mais realizadas foi “*Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado*”. Este dado, embora com frequência baixa quando considerados ao total de respondentes é relevante. Sugere que os enfermeiros percebem a importância de levantar a história da dor de seus pacientes. Na prática clínica, esta situação emerge quando a dor torna-se de difícil controle e o paciente se mostra refratário à terapêutica medicamentosa de rotina.

Segundo Chong e Burchett (2003) a avaliação é influenciada pela história da doença; experiências anteriores de dor e história de uso crônico de analgésicos. Ainda incluem-se outras variáveis tais como: a personalidade, a cultura e o medo do desconhecido provocado pelo ambiente. Isto faz a avaliação da dor difícil, especialmente na terapia intensiva, considerando as limitações impostas pela sua situação clínica crítica.

Quadro 5: Atividades com grau de “muita” importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos</i>	22	32,8
<i>“Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor” e</i>	16	23,9
<i>Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.</i>	16	23,9
<i>“Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado”.</i>	16	23,9

Quanto ao grau de “muita” Realização

Quadro 6: Atividades com grau de “muita” realização relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor</i>	23	34,3
<i>Administrar analgésicos coadjuvantes e /ou medicação para potencializar os analgésicos</i>	23	34,3

Dentre as atividades “**Muito**” realizadas destacou-se o item “dos respondentes. Este item também mereceu destaque no grau de “**Total**” importância pelos respondentes. Este dado reforça que o grupo de enfermeiros estudados reconhece que procedimentos realizados no cotidiano da terapia intensiva causam dor e desconforto nos pacientes. Estes aspectos, já discutidos anteriormente merecem poucas complementações. No que se refere a como este cuidado poderia ser inserido na prática clínica, Puntillo (2002) sugere que os procedimentos dolorosos (mudança de decúbito, aspiração de vias aéreas, curativos, remoção de tubo oro traqueal e inserção de cateter femoral) devem ser precedidos da administração de analgésicos, preferencialmente, opióides.

O item “*Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor*” foi considerado como atividades “muito” realizadas na terapia intensiva por 23 (34,3%) enfermeiros.

Embora este item tenha se destacado dentre as demais atividades realizadas, estudos apontam que os enfermeiros apresentam déficits na comunicação e conseqüente avaliação dos pacientes em vários ambientes: no pós-operatório da terapia intensiva (PIVA, CARISTI, GALZERANO, 2004), na oncologia (MCCAFFERY E FERRELL, 1997); e nos cenários de emergência. (CALIL ; PIMENTA, 2005)

Para Mcferry e Ferrell (1989) a avaliação da intensidade da dor e a administração de opióides são duas importantes atividades habituais na prática clínica. A avaliação demanda, sempre que possível, ensinar o paciente como usar escalas de avaliação e fazer o registro de acordo com a informação do paciente.

O item “*Administrar analgésicos coadjuvantes e /ou medicação para potencializar os analgésicos*”, foi assinalado por 23 (34,3%) dos respondentes.

É importante o uso de medicamentos adjuvantes no controle da dor e o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas combinadas que, geralmente resultam em melhor controle da dor, uma vez que serão necessárias doses menores de medicamentos e por conseguinte menores efeitos colaterais. O arsenal terapêutico analgésico oficial é representado pelo grupo medicamentoso alopático, homeopático, fitoterápico e neurocirúrgico. Diversos grupos de medicamentos antiálgicos têm alcançado um crescente desenvolvimento técnico-científico: anestésicos, analgésicos, antiinflamatórios e sedativos. (VALE, 2006).

A experiência dolorosa não é exclusivamente física, pois se soma a ela uma relevante carga de ansiedade e de outros sintomas que podem se exacerbar quando o paciente é submetido ao estresse, ao isolamento e as incertezas de uma internação na terapia intensiva.

As atividades de intervenção indireta

Quanto ao grau de “Total” Importância

A categoria de cuidados indiretos compõe-se de 14 atividades. Os itens que mereceram destaque no grau de “**Total**” importância foram:

O item *Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência* foi expressiva a valoração dos respondentes. No estudo 47(70,1%) dos enfermeiros indicaram ser relevante obter indicadores não verbais de dor no cenário de terapia intensiva. Esta ênfase pode estar relacionada às condições na qual se encontram grande parte dos pacientes internados: não podem descrever a dor através do relato verbal por estarem sedados, intubados e/ou inconscientes.

Entende-se por indicadores não verbais de dor: o choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou contraturas, movimento das pernas, piscar de olhos, alterações no ritmo da ventilação mecânica. Estes e outros indicadores ainda em estudo, são essenciais para a avaliação e tem sido objeto de discussão por muitos autores (PUNTILLO, 1990, PASERO ; MCCAFFERRY, 2002; PIVA, 2004; YONG et al., 2006; HERR et al. 2006) que preconizam,

em pacientes incapazes (idosos, debilidade mental, crianças, sedados e intubados) a avaliação da experiência dolorosa como uma prioridade no cuidado crítico, que provoque impacto no controle efetivo da dor. Sugerem que sejam utilizadas inúmeras medidas de avaliação para acessar dimensões físicas, cognitivas e comportamentais da dor garantindo que as intervenções possam ser implementadas e avaliadas sistematicamente tendo como referência as manifestações do paciente.

A relevância da avaliação não-verbal é apontada por um estudo de Puntillo (1990) que identificou que 63% de 24 pacientes críticos referiram dor de moderada a severa durante a sua permanência na terapia intensiva. Esses pacientes estavam impedidos de falar em decorrência de tubos e destes (80%) informaram ter tentado numerosas vezes, comunicar-se com a equipe ao sentirem dor, sinalizando com os olhos, agarrando e segurando o braço da enfermeira e ao mover as suas pernas para cima e para baixo, no leito.

A avaliação da dor é essencial, mas um componente desafiador, em qualquer plano de cuidado visando o seu controle. Se a dor é subjetiva, nenhuma medida objetiva é satisfatória. De caráter multidimensional, deve ser avaliada em diversos aspectos (sensitivo, afetivo e cognitivo) da experiência de dor nos pacientes e a sua natureza varia de acordo com o tipo de paciente, da dor e sua situação clínica.

Os respondentes ao assinalarem este item manifestam a importância deste tema para a enfermagem de terapia intensiva e apontam uma preocupação em acessar a dor em pacientes com relato verbal prejudicado. Este pode ser um indicador da necessidade de produzir estudos sobre avaliação neste cenário uma vez que sem avaliação não se pode saber na prática clínica a eficácia das propostas de tratamento para o controle da dor.

O item *“Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor* foi assinalada por 39(58,2%) dos enfermeiros e demonstra que no grupo estudado a resolução de situações que agravam a dor dos pacientes na terapia intensiva tem relevância e, que estas podem ser minimizadas por estratégias que independem do tratamento farmacológico e estão ao alcance do enfermeiro no cotidiano de sua prática assistencial.

O item *“Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio”*, de um total de 64 respondentes foi uma atividade assinalada por 35(54,7%) enfermeiros. Este dado ao ser selecionado pelos enfermeiros pode indicar que no grupo

estudado é reconhecido os diferentes tipos de dor e as suas causas em cada paciente, consequentemente a estratégia de abordagem deverá ser específica e direcionada para a sua efetiva resolução.

O item “*Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos*” foi assinalado por 34(51,5%) respondentes. Este dado pode indicar que metade dos enfermeiros do estudo preocupa-se com os riscos advindos da terapia antálgica e o uso destas terapias exige um conjunto de medidas de controle de seus efeitos adversos.

Um consenso sobre o uso de “SOS”⁴ elaborado pela *American Society for Pain Management Nursing and the American Pain Society* em 2004 descreve como uma questão fundamental da qualidade e segurança do tratamento farmacológico, o reconhecimento de que as necessidades dos pacientes mudam, quando a intensidade da dor muda. Para o grupo, a equipe de saúde deve reavaliar a dor sistematicamente quanto a eficácia do seu alívio, efeitos colaterais e eventos adversos e, a enfermeira é competente para acessar e avaliar a eficácia dos analgésicos prescritos e administrar as doses, alerta que estas devem estar preparadas a reconhecer todas as peculiaridades do paciente e dos analgésicos.

Para tomar decisões básicas sobre a administração dos medicamentos a enfermeira deve estar familiarizada acerca do início e duração do efeito, de seus mecanismos de ação e possíveis efeitos colaterais.

Cada paciente tem uma percepção de dor e nela vivencia uma experiência que requer freqüente reavaliação e titulação dos analgésicos. Titular em tese significa encontrar a dose terapêutica dos pacientes ministrando pequenas doses de analgésicos a intervalos curtos e regulares, até atingir a melhora relatada pelo paciente. A reavaliação na hora certa e de forma oportuna ajuda a garantir a segurança do paciente e que na prática clínica pode se melhorar com a implementação de terapias adjuvantes e protocolos de titulação para a prescrição de opióides.

A escolha de analgésico deve estar baseada na natureza e severidade da dor e na resposta do indivíduo para tentativas empíricas. Adicionalmente, é essencial que a maioria dos analgésicos inicie por doses baixas e gradualmente tituladas atinjam a dose ideal e

⁴ Esta sigla se refere a oferta de medicamento somente face demanda do paciente e para o qual o médico prescreve uma dosagem capaz de obter melhora imediata (tradução nossa de “PRN” ou “As Needed”).

individual para o paciente. Esta pode ser a chave para controlar os efeitos colaterais e avaliar custo e benefício do uso para cada paciente. (APS, 2003).

Quadro 5: Atividades com grau de “muita” importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência</i>	47	70,1
<i>“Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor</i>	39	58,2
<i>“Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio”, de um total de 64 respondentes foi uma atividade assinalada por (%)</i>	35	54,7
<i>“Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos</i>	34	51,5

Quanto ao grau de “Muito” Importante

No que se refere ao grau de “muito” importante destacaram-se os itens: *Determinar o impacto da experiência da dor sono e apetite* 32 (47,8%). A ênfase desta atividade pelos respondentes sugere que esta atividade é reconhecida como fatores que potencializam e pode ser agravados pela dor. O sono e a alimentação são necessidades humanas básicas e podem sofrer interferências da dor e ao mesmo tempo agravar o quadro doloroso.

A perda da noção do tempo acontece por que, geralmente, perdem o contato com a iluminação natural, e ainda, devido a sua permanência em repouso que, faz com que as horas demorem a passar. A ausência de janelas e a presença de iluminação artificial, além de desorientar no tempo e no espaço, podem interferir na satisfação da necessidade básica do sono.

Na opinião dos profissionais, a interrupção do sono constituiu fator estressante para o paciente e não conseguir dormir resulta em maior desgaste físico dos pacientes, fadiga e diminuição da motivação para interagirem com o tratamento (GOIS ; DANTAS, 2004).

A atividade *“Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; programar diário sobre a dor”* foi assinalada por 31 (47,7%) enfermeiros. No estudo, os enfermeiros dão ênfase à realização do controle da eficácia dos analgésicos nos pacientes internados e implementação de uma evolução da história de dor dos seus pacientes. Mas a expressão do dado não encontra amparo na literatura. Na terapia intensiva, um exemplo clássico é a dor aguda, esta é frequentemente mal tratada porque os médicos não prescrevem com eficiência

os analgésicos (por exemplo, baixas doses ou dose inapropriadas ou intervalos entre as doses prolongadas) e as enfermeiras administram baixas doses (frequentemente menos do que é preconizado) (CLEELAND et al., 1994; MCCAFFERY; PASERO, 1999, PARGEON ; HAILEY, 1999).

O Item “*Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto*” foi assinalado por 29 (43,3) respondentes”. Este dado sugere que os enfermeiros do estudo consideram que possam atuar na redução do impacto do ambiente que no paciente em terapia intensiva pode produzir estímulos que intensificam a dor e estresse nos pacientes. Os ruídos dos aparelhos utilizados são intensos e repetitivos, amplificados pela condição da imobilidade do paciente. Em uma revisão de literatura elaborada sobre estressores em terapia intensiva, Ribeiro, Silva e Miranda (2005) identificaram como os mais citados nas referências bibliográficas que fundamentam este estudo: os estressores ambientais (estrutura física), estressores físicos (dor) e estressores psicológicos (morte, ausência da família, depressão, rejeição e regressão).

As UTI são descritas como uma sinfonia tecnológica, devido especialmente ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos funcionários (DINIZ, GOMES JUNIOR ; ARAÚJO, 2007).

Os ruídos na terapia intensiva também são provocados pela equipe de saúde (KAHN et al., 1998). O som ofensivo e a geração de barulho desnecessário deveria ser avaliado no ambiente e lentamente modificado no comportamento dos profissionais que trabalham em cuidado crítico (*op. cit.*). É necessário criar uma cultura que respeite o silêncio, diminuindo barulho desnecessário, tais como conversas altas no corredor ou em torno do paciente, especialmente à noite; celulares com toques em alto volume que ao se somarem aos afamados ruídos de aparelhos e monitores aumentam a atenção do paciente à dor (PETTERSON, 2000).

Na terapia intensiva as rotinas são diferenciadas dos demais setores de um hospital, e em sua grande maioria são disciplinas rígidas que limitam o paciente do convívio com seus familiares, modificando totalmente o seu cotidiano. Embora o ambiente tecnológico da UTI traga benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo. Contraditoriamente, o paciente sente-se isolado, mesmo que rodeado por uma equipe que se reveza 24 horas durante o dia ao seu lado. O ambiente desconhecido incomoda, exatamente

pela fragilidade de sua situação crítica, pela dor e pelo medo de morrer sem aqueles que são fontes de apoio para superar as dificuldades que a vida impõe.

Segundo Severo, Girardon-Perlini (2005) na terapia intensiva pode haver prejuízo na relação da equipe com os pacientes dificultada pela impossibilidade de comunicação pela presença de equipamentos como tubos endotraqueais ou em decorrência da própria condição clínica. Para os autores pode ainda haver pouca disponibilidade de tempo da equipe em função da dinâmica da unidade cuja relação poderá ser facilitada se houver empatia e compromisso do profissional para com o paciente e este acreditar e confiar na equipe.

Para o grupo estudado cuidar do ambiente pode ser tangível e passível de ser realizado, embora na prática clínica dependa da colaboração de todos os trabalhadores que atuam na terapia intensiva.

O item “*Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia*” foi selecionado por 26 (39,4%) dos respondentes e indica que os enfermeiros dirigem ações para garantir que os pacientes sob seus cuidados tenham controle da dor adequado. No contexto da terapia intensiva este dado pode ser relevante na prática clínica uma vez que faz parte do cotidiano da equipe de enfermagem o aprazamento e a administração dos analgésicos. No âmbito da assistência de enfermagem no controle da dor a frequência deste dado em detrimento de outras atividades listadas, pode indicar que o grupo estudado acredita que o tratamento da dor depende em grande parte do tratamento analgésico.

Quadro 5: Atividades com grau de “muita” importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Determinar o impacto da experiência da dor sono e apetite</i>	32	47,8
<i>Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; programar diário sobre a dor</i>	31	47,7
<i>Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto</i>	29	43,3
<i>Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia</i>	26	39,4

Quanto ao grau de “Muita” realização

O item *Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor* foi assinalado por 26(38,8%) enfermeiros. Este item também mereceu destaque no grau de realização “Total” o que reforça a relevância da atividade para o grupo estudado.

Quadro 5: Atividades com grau de “muita” importância relacionada às intervenções diretas

Item/Atividade	N	%
<i>Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor</i>	26	38,8

4.2. AS ATIVIDADES NÃO-FARMACOLÓGICAS

Dada a diversidade no modo pelo qual foram assinaladas as respostas decidiu-se apresentar o número de respondentes obtidos dos instrumentos demonstrando a quantidade de enfermeiros que selecionaram cada item e subitem.

O caráter multidimensional da dor exige uma variedade de estratégias de tratamento junto ao paciente, com o objetivo de garantir eficácia dos tratamentos convencionais e ampliar a sua atuação no alívio da dor. Os métodos não farmacológicos fazem parte de um conjunto de abordagens a serem utilizadas pela equipe de saúde, com o objetivo de bloquear a geração, transmissão, percepção e apreciação dos estímulos nociceptivos, o que pode ser feito em diferentes níveis do sistema nervoso central e periférico (PIMENTA ; CHAVES, 2003).

Estas atividades geralmente são usadas em combinação com analgésicos e sua atuação tem sido descrita por muitos autores como eficazes no alívio da dor . Embora poucos estudos documentem a sua eficácia, o corpo do conhecimento para substanciar seu uso está aumentando como medidas a serem aplicadas no tratamento nas dores aguda, crônica ou recorrente.

No estudo as alternativas apresentadas foram selecionadas pelos enfermeiros provavelmente considerando o seu conhecimento acerca de sua aplicabilidade e impacto no alívio da dor, no contexto da terapia intensiva. Os dados foram analisados considerando o

número de respondentes que assinalaram as técnicas não-farmacológicas listadas no instrumento.

Aspectos relevantes atribuídos às atividades não farmacológicas

Em relação a “Total” Importância

Com relação às técnicas não-farmacológicas, verificamos que 38 respondentes selecionaram: *Massagem e Aplicação de calor e frio*. Esta atividade faz parte de um conjunto de técnicas e procedimentos ensinados nos cursos de graduação e amplamente utilizados em muitos ambientes de cuidado. Estes recursos são comumente utilizados em ambiente hospitalar o que provavelmente explica o número de respondentes que assinalaram esta modalidade como importante na terapia intensiva. Com um dos recursos a ser utilizado no tratamento da dor Silva e Leão (2004) apontam como um procedimento que os enfermeiros já utilizam terapias para o controle da dor .

Na enfermaria, utilizam-se compressas frias como analgésico e toalhas quentes como antiinflamatório. A aplicação de calor promove a vasodilatação, melhora do metabolismo e da circulação local provoca o aumento da extensibilidade dos tecidos moles, relaxamento muscular, analgesia e redução da rigidez articular. Como consequência as reações locais se caracterizam pelo aumento do fluxo sanguíneo na área tratada e pelo relaxamento muscular (VALE, 2006).

O emprego desta modalidade é acessível a todos da equipe de enfermagem, mas requer abordagem específica na dor e por conseguinte a indicação deve ser feita pelo enfermeiro, visando avaliação do tratamento no paciente. Em geral, na experiência com pacientes internados, a aceitabilidade é boa, pois o calor aplicado em ambientes frios provoca relaxamento e bem-estar e pode ser realizado com a colaboração dos pacientes e acompanhantes.

A aplicação de frio ou crioterapia gera vasoconstrição reflexa, por aumento da atividade neurovegetativa simpática, por ação direta do frio nos vasos sanguíneos. Causa também, miorelaxamento e analgesia em decorrência da redução da atividade dos fusos musculares, da junção neuromuscular, da velocidade de condução dos nervos periféricos e da

redução da atividade muscular reflexa (PEDRINELLI *apud* VALE, 2006). A crioterapia, apesar de muito eficaz no alívio da dor, é pouco utilizada em nosso meio, ou referida apenas no uso nas lesões musculares agudas. Para Vale (2006) de todos os estímulos cutâneos, a crioterapia é um dos mais eficazes no alívio da dor; o frio proporciona analgesia, às vezes mais eficaz e mais precoce e duradoura que o calor. O modo de aplicação pode ser através do uso de compressas, bolsa com agentes frios e aerossóis refrigerantes.

A massagem é uma das modalidades terapêuticas que merecem destaque e não por acaso apontada em nosso estudo. Nos cenários de terapia intensiva pode ser aplicado antes e após procedimentos dolorosos tais como punções, banho no leito e na tensão muscular gerada pela dor e ansiedade. Na massagem manual, a aplicação de toque suave ou de força em tecidos moles proporciona alívio da dor e da tensão. É um método que traz benefícios para a circulação local, relaxamento muscular, conforto e bem-estar ao paciente e alivia a tensão psíquica (MCCAFFERY; PASERO, 1999)

Muitos autores tem elaborado estudos para a comprovação de sua efetividade na prática clínica seja para a redução da dor nas parturientes (DAVIM, 2007); para melhorar o funcionamento físico e psíquico do indivíduo, reduzir a utilização dos serviços de saúde na oncologia (SECOLLI et al., 2005); proporcionar conforto e bem-estar em pós-operatório de cirurgia cardíaca (HATTAN, KING; GRIFFITHS, 2002).

A valorização da técnica pelos pacientes talvez encontre explicação no fato que a percepção do toque em determinadas partes do corpo causa instintivamente prazer e alívio em regiões doloridas. (VALE, 2006). Na terapia intensiva a massagem diminui ansiedade e dor, produz relaxamento fisiológico, induz e aumenta a duração do sono. Achados de um estudo que avaliou os efeitos da massagem em um grupo de pacientes na terapia intensiva que recebeu 6 minutos de massagem na região dorsal, mostrou que os pacientes estudados dormiram uma hora a mais que os pacientes do grupo controle. (TULLMAN, 2000)

O dado no estudo pode sugerir que o número de respondentes que consideraram importante esta atividade, considerem esta modalidade terapêutica familiar dentre as práticas executadas junto ao cliente, uma vez que pode ser realizada pela equipe de enfermagem mesmo sem emprego de técnicas específicas.

Outras atividades selecionadas foram *Diversão* (n=23) e *Musicoterapia* (n=17). Esta ênfase pode ser explicada pelo fato de ser acessíveis a equipe para ao oferecer entretenimento ao paciente na terapia intensiva. Ao fazer com que a dor seja deixada de lado momentaneamente no ritmo da música, melhora-se o humor do paciente internado e reduz o consumo de analgésicos. Pode ser usada música para promover relaxamento e distração. Para oferecer música relaxante é importante deixar que os pacientes possam selecionar, dentre os vários estilos possíveis, a de sua preferência. Esta modalidade terapêutica pode ser aplicada com um aparelho convencional do tipo CD, MP3 ou em todo o ambiente em horários fixos. Com forma de tratamento sistemático é empregada por profissionais treinados (musicoterapeuta) e com objetivos diferentes em relação ao tratamento de doenças.

Como atividade da enfermagem a musica pode ajudar ao paciente a melhorar o relaxamento muscular e reduzir as doses de analgésicos (GECSEDI ; DECKER, 2001).

A utilização da música pela enfermagem é considerada um desafio destacado por Silva e Leão (2004) que enfatizam a importância de conhecer o potencial evocativo do material sonoro oferecido aos indivíduos e seu uso corrente pode avançar um pouco mais na compreensão da sua influência sobre o fenômeno doloroso. As autoras estudaram noventa mulheres com diagnósticos de fibromialgia, lesão por esforços repetitivos/doenças osteoarticulares, relacionadas ao trabalho (LER/DORT) e afecções relacionadas à coluna vertebral.

As pacientes foram submetidas à audição individual de três peças musicais. Os achados identificaram que nos três grupos de pacientes houve redução estatisticamente significativa da intensidade da dor ao final da audição musical.

Estudo em Hong Kong avaliou a efetividade da música na redução da ansiedade em 20 pacientes do sexo masculino em ventilação mecânica. Foram mensuradas a pressão arterial, a respiração e a ansiedade. Os achados apontaram para a eficácia na diminuição da ansiedade nos pacientes em uso de ventilador que ouviram música por um tempo maior que trinta minutos (WONG, LOPEZ-NAHAS, MOLASSIOTIS, 2001).

Em relação a “Muita” Importância

Algumas atividades que obtiveram ênfase no número de respondentes no grau de “**Muita**” importância foram as mesmas destacadas anteriormente são elas: *Massagem e Aplicação de calor e frio* (n=18) e *Diversão* (n=10).

O subitem *Relaxamento* mereceu seleção de 15 respondentes e foi destacado como importantes apenas neste grau. O resultado do emprego de modalidades como música e massagem podem levar pacientes ao relaxamento e conseqüentemente diminuir a ansiedade, o estresse e a dor (HATTAN; KING; GRIFFITHS, 2002; GOOD et al., 2001; ROYKULCHAROEN; GOOD, 2004; ALMEIDA et al., 2005; ELER; JACKES, 2006).

Embora exija um ambiente calmo para a sua execução a ênfase dada pelos enfermeiros a esta modalidade sugere que reconhecem a possibilidade de executá-la junto ao paciente, uma vez que técnica simples de respiração lenta e expiração prolongada pode induzir ao relaxamento durante qualquer procedimento doloroso. É muito comum á beira do leito, acalmar o paciente usando a voz pausada e conduzindo a sua respiração para que possamos realizar , por exemplo, uma punção venosa difícil ou executar um curativo.

Autores como Smeltzer et al. (2002) afirmam que no ambiente clínico, o enfermeiro pode dispor desta técnica que consiste na combinação de respiração lenta e ritmada, por vezes combinada com uma imagem mental de relaxamento e conforto. Ressaltam, no entanto, que esta terapia funciona apenas para algumas pessoas e deve ser utilizada junto aos demais tratamentos para dor.

Na Tailândia, Roykulcharoen e Good (2004) demonstraram obter reduções significativas na sensação e angústia de dor em 102 adultos após cirurgia abdominal ao usarem relaxamento sistemático durante 15 minutos no primeiro dia de pós-operatório.

Neste sentido a modalidade pode ser empregada pelos enfermeiros com impacto significativo para o alívio da dor no contexto da terapia intensiva.

Em relação a “Total” Realização

As modalidades que obtiveram número maior de respondentes assinalando o grau de “**Total**” realização foram: *massagem e aplicação de calor e frio* (n=32) e *diversão* (n=17) e no grau de “Muita” realização *Relaxamento* (n=17) e *Massagem* (n=16) e *Musicoterapia*, (n=14). “Estas compreendem as mesmas modalidades com número de respondentes relevantes no grau de “**Total**” e **Muito**” importante. Este dado aponta que os enfermeiros, ao assinalarem estes subitens, com ênfase nos dois instrumentos, se mantiveram coerentes considerando que alteraram a forma de marcar o instrumento.

A enfermagem tem um papel fundamental em ajudar pacientes com dor a criar alternativas para superar o sofrimento. Nos cenários de terapia intensiva outras formas de tratamento não-farmacológico são previstas para os enfermeiros atuarem tais como, tocar e conversar com o paciente, minimizar o barulho, evitar negar a dor, focar atenção no paciente, valorizar a dor, evitar a movimentação excessiva do paciente, explicar os motivos, quando necessário e orientar quanto às medidas tomadas para o alívio da dor (VILA ; MUSSI, 2001).

Pode-se dizer, que nas últimas décadas, o emprego das terapias não-farmacológicas tem merecido destaque pelos enfermeiros em diversas áreas de atuação e especialidades. No atendimento a dor muitos dos avanços tecnológicos resultam em novos equipamentos e novas drogas, que ao mesmo tempo em que trazem novas oportunidades de alívio e benefícios indiscutíveis ao pacientes, podem colocar em risco sua capacidade de superar a dor aprendendo com enfrentá-la.

Capítulo V

Conclusão

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

Dos 31 itens relacionados às atividades de enfermagem no controle da dor e classificadas neste estudo como cuidados diretos e cuidados indiretos, duas receberam maior destaque na atribuição de grau de importância pelos enfermeiros de terapia intensiva e foi considerado por eles como de total importância: *Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas* (53,7%) na categoria de cuidados diretos, e *Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência* (70,1%) na categoria de cuidados indiretos.

Quando analisados quanto ao grau de frequência de realização, o item *Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos* na categoria de cuidados diretos mostraram-se mais expressivo com referência de 32,8% dos respondentes, e o item *Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência* se manteve mais expressivo na categoria de cuidados indiretos com 40,3%.

As modalidades terapêuticas não farmacológicas consideradas importantes no estudo *Massagem, Aplicação de Calor e Frio*, cujo número de respondentes também foi expressivo entre as mais realizadas.

Estes resultados mostram que apesar do grau de importância atribuído a determinado item relacionado ao controle da dor em terapia intensiva, existe uma desigualdade/distinção/diferença/expressiva quando comparados grau de frequência e de realização, muitas vezes realizando mais aquelas ações as quais não se atribuem grau de importância maior, ou deixando de realizar ações apesar de terem atribuído total grau de importância como no caso da observação de indicadores não-verbais.

Este mapeamento reforça a tese de as atividades de enfermagem realizadas no controle da dor em doentes de terapia intensiva se expressam pelo grau de importância atribuído pelos

enfermeiros no contexto da terapia intensiva. Esta variação pode ser interpretada a partir dos vários fatores envolvidos na avaliação e controle da dor do paciente criticamente enfermo, que vão desde dificuldades apresentadas pelos pacientes para verbalizarem a presença e características da dor, resultando em predomínio de ações voltadas para resolução de problemas objetivos e mais facilmente mensuráveis, até as lacunas referentes ao conhecimento do enfermeiro e, conseqüentemente, sua competência técnica para avaliar as questões multifatoriais existentes e considerar a implementação das possibilidades terapêuticas tanto no âmbito farmacológico como não-farmacológico.

A dor como um sinal subjetivo, acrescida da impossibilidade do paciente verbalizá-la, condiciona o profissional de saúde em terapia intensiva a estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, além de apontar para a necessidade da utilização de instrumentos de avaliação para mensuração da dor neste cenário específico.

Tendo em vista os resultados do estudo, a avaliação da dor deve ser preocupação do enfermeiro, considerando que a identificação de sinais algícos e sua caracterização, são ferramentas importantes para o cuidado em terapia intensiva. Por outro lado, a avaliação da dor caracteriza-se como um desafio no cuidado ao paciente criticamente enfermo apesar da certeza e das evidências científicas de que a identificação e o manejo da dor determinam um cuidado qualitativo. Ainda sob esta perspectiva é preciso que os profissionais de saúde valorizem além do relato do paciente e os sinais por ele identificados que dizem respeito as suas condições clínicas.

Como ciência do cuidar, a enfermagem deve estar atenta a propiciar meios que minimizem o desconforto da dor que é gerada pelas complicações decorrentes das causas que levam o paciente à terapia intensiva. O conhecimento da patologia e dos fatores desencadeantes da dor deve ser compreendido pelo enfermeiro e sua equipe de forma que produza efeito positivo, pois esses conhecimentos são essenciais para garantir uma assistência de enfermagem com qualidade a estes pacientes e suas peculiaridades.

5.1.Limitações do Estudo

Limitações deste estudo foi o reduzido número da amostra que embora tenha atendido aos objetivos do estudo, impedem possíveis generalizações. No instrumento não foram realizados testes estatísticos específicos de validade e confiabilidade antes da aplicação do instrumento.

Estudos futuros poderão ser realizados, visando a um maior aprofundamento das questões relacionadas com a validação de intervenções propostas pela NIC visando controle da dor em diversos cenários de terapia intensiva.

5.2.Recomendações para estudos futuros

Com base nos resultados, conclusões e limitações deste estudo recomendam-se que:

- Sejam realizados estudos de validação e adequação cultural com utilização da proposta da NIC referentes ao manejo da dor em diversos cenários de prática e áreas de especialização de enfermagem.
- Estudos sobre a aplicabilidade das escalas não verbais de avaliação da dor em terapia intensiva são de extrema importância no contexto desta especialidade, considerando os doentes críticos internados nestas unidades.
- Que possam ser implementadas propostas de educação permanente para aumentar o corpo de conhecimento das enfermeiras na temática do controle da dor.
- Que sejam realizados estudos clínicos controlados e pesquisas de meta-análise nas modalidades não-farmacológicas para determinar quais métodos são efetivos no controle da dor, em que pacientes podem se utilizados e para que tipos de dor possam ser aplicados.
- Inclusão em todos os níveis de formação em enfermagem da graduação á pós-graduação, de conteúdos referentes á temática da dor, considerando as especificidades das áreas de conhecimento e com ênfase nas intervenções de enfermagem.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p 52-58, 2005.
- ALMEIDA, Nilza Alves Marques et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2003.
- ANGERAMI, E. L. S. O que é diagnóstico de enfermagem. In: **SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**,1, São Paulo, 1991. Anais. São Paulo, 1991. p. 233.
- AMERICAN PAIN SOCIETY (APS), 2003. **Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain** (5th Ed.). Glenview, IL: Author. 2003.
- ASLAN, Fatma Eti Aslan, BADIR, Aysel; SELIMEN, Deniz. How do intensive care nurses assess patients' pain? **Nursing in Critical Care**, v.8, n.2, p. 62-67, apr. 2003.
- BARRA, Daniela C. C.; NASCIMENTO, Eliane R. P.; BERNARDES, Jane F. L. Analgesia e sedação em terapia intensiva: Recomendações gerais. **Revista Mineira Enfermagem**, Minas Gerais, v.10, n.2, p.176-180, abr./jun., 2006.
- BARROS, A. L. B. L de. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARROS, A. L. B. L de. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem**. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 4, n. 1/2, p. 64-66, 2000. www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm.
- BARROS,D. M. V. **Estilos de Aprendizagem e o uso das tecnologias digitais interativas**. Curso pós-graduação Faculdade de Educação Unicamp, junho de 2007.
- BASSANEZI, B. S. B.; FILHO, A. G O. Analgesia Pós-Operatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.33, n. 2, p. 118, mar./abr. 2006.
- BENNER, Patrícia. **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Edição Comemorativa. Coimbra, Pt – Tipografia Arte Pronta. Dezembro/2001.
- BLACK, J. M., JACOBS, E. M. Luckmann and Sorensen's **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem Psicofisiológica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 240-244, mar./abr. 2003.

BRAUN, Leandro, FILHO, José Luciano B. Dor diagnóstico e tratamento. **Revista Âmbito**, São Paulo, v. 1, n. 2, 2004.

BRIGGS, M.; DEAN, K. L. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. **J Clin Nurs**, v. 7, n. 2, p. 155-63, 1998.

BUCKNALL T. et al. Evidence based practice: are critical care nurses ready for it?, **Australian Critical Care**, v.14, n. 3, p. 92-98, 2001.

CALIL, A. M , PIMENTA, C. A. M.: Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 692-699, set./out. 2005.

CAROL, A. C., KENNETH, R. B. Pain management in critical care. **British Journal of Anaesthesia**, CEPD Reviews, v. 3, n. 6, p. 183-186, 2003.

CASSIANO, Reinaldo Mesquita. **Estratégias competitivas das empresas produtoras de sementes de soja**: um estudo exploratório no Sul de Mato Grosso. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional) - CNEC/FACECA, Faculdade Cenecista de Varginha, Varginha, 2005.

CAVALCANTE, V. O., TEIXEIRA, M. J., FRANCO, R. A. Dor pós-operatória. **Revista Simbidor**, v.1, n.1, p.45-53, 2000. Disponível em: <<http://www.simbidor.com.br/i201.htm>> Acesso em: 25 out. 2006.

CHAVES, Lucimara D.; LEÃO, Eliseth R. **Dor**: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Editora Maio, 2004.

CHONG, C. A, BURCHET, K. R. Pain management in critical care. **British Journal of Anaesthesia**, CEPD Reviews, v. 3, n. 6, 2003.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CLARKE, A. M., STILLWELL, M. E. L. Role of the surgical position in the development of postoperative low back pain. **Journal of Spinal Disorders**, v. 6, p. 238-241, 1993.

CLARKE, E. B. et al. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 11, p. 18-31, 1996.

CLEELAND, C. S. et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. **NEJM**, v. 330, p. 592-596, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação

do profissional de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Documentos básicos de enfermagem**. São Paulo (SP); 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (BR). Resolução COFEN 260. Fixa as Especialidades de Enfermagem. 2001.

CORNOCK, M. A. Stress and intensive care patient:perceptions of the patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing**. England, v. 27, n. 3, p. 518-527, 1998.

CRUZ, D. A. L. M. Classificações em enfermagem: tensões e contribuições. **Revista Saúde**, Universidade Guarulhos, v. 1, n. 1, 2007.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.49-62, jul,1999.

CRUZ, D. de A. L. M. da. Contribuição do diagnóstico de enfermagem para autonomia da enfermeira. In: ANTUNES, J. M. et al. (Org.). **Uso do diagnóstico na prática de Enfermagem**. Brasília: ABEn, 1997. (Série Didática; Enf. no SUS, p.51-1).

CURTIS, J.R. et al. Quality Improvement: A "How-To" Guide for the Interdisciplinary Team. **Critical Care Medicine**, v. 34, n. 1, p. 211-218, 2005.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa, TORRES Gilson de Vasconcelos, MELO, Eva Saldanha de. Estratégias Não Farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.6, nov./dez. 2007.

DESBIENS, N. A. et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults. **Crit Care Med**, v. 24, n. 12, p. 1953-1961, 1996.

DINIZ, I. N. A; GOMES JUNIOR, W. M.; ARAÚJO, G. W. de. Determinação dos níveis de ruído nas Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais de Belo Horizonte, visando uma melhoria na qualidade de vida. In: CONGRESSO DE ECOLOGIA DO BRASIL.2007, Caxambu – MG. **Anais do VIII Congresso de Ecologia do Brasil**. Disponível em: <<http://www.sebecologia.org.br/viiiiceb/pdf/433.pdf>>. Acesso em: 20 jul de 2008.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnósticos e intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DONOVAN, M, DILLON, P., MCGUIRE, L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. **Pain**, v. 30, n. 1, p. 69-78, 1987.

EDWARDS, H. et al. Improving pain management by nurses: a pilot peer intervention program. **Nursing and Health Sciences**, v. 3, n. 1, p. 35-46, 2001.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 185-190, set./dez. 2006.

ELLIS, J. A. et al. Pain in Hospitalized Patients: How Are We Doing? **Clinical Journal of Pain**, v. 18, n. 4, p. 262–89, 2000.

ERKES, E. B. et al. An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients. **Pain Management Nursing**, v. 2, n. 2, p. 47-53, jun. 2001.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. Coordenação de Graduação EEAN. **Ementa do 6º período do Curso de Graduação – PCI IX**. 1997. <http://www.eean.ufrj.br/graduacao/ementa06.htm>

FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

FEELEY, K., GARDNER, A. Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: Literature review, case study and recommendations for practice. **Australian Critical Care**, v. 19, n. 2, p. 73-77, may 2006.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FELDT, K. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). **Pain Manag Nurs**, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2000.

FERREL, B. et al. Clinical decision making and pain. **Cancer Nursing**, v.14, p. 289-297, 1991.

FERRELL, B. F.; FERRELL, B. A. **Pain in the Elderly**. Seattle, WA: IASP Press, International Association for the Study of Pain. 1993.

FERRELL, B.R., MCCAFFREY, M., ROPCHAN, R. **Pain management Pain**. Philadelphia, PA, Lippincott, 1992.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Apresentado na Mesa Redonda “A **sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência**”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GECSEDI, R.; DECKER, G. Incorporating alternative therapies into pain management: more patients are considering complementary approaches. **American Journal of Nursing**, v. 101, p. 35–39, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIUSTI, A. et al., An analysis of the feasibility of home rehabilitation among elderly people with proximal femoral fractures. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 87, p. 826–831, 2006.

GLENN, D. The Essence of Advanced Nursing Practice. **The Internet Journal of Advanced Nursing Practice**, v. 8, n. 1, 2006.

GOIS, C. F. L., DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 22, jan./fev. 2004.

GOOD, M. et al. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. **J Adv Nurs.**, v. 33, n.2, p. 208-215, 2001.

GORDON, D. B. et al. The use of "as-needed" range orders for opioid analgesics in the management of acute pain: a consensus statement of the American society of pain management nursing and the American pain society. **Pain Management Nursing**, v. 5, n. 2, p. 53-58, 2005a.

GORDON, D. B. et al. Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. American Pain Society Quality of Care Task Force. **Arquive International Medicine**, v. 165, July 25, 2005b.

GORDON, D.B. et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. **Pain Management Nursing**, v. 3, p. 116-130, 2002.

GORDON, M. **Nurgins diagnosis**: process and application. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994. 421p.

GORDON, M. Nursing nomenclature and classification system development. **Online Journal Issues in Nursing**. Sept. 30 1998. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/ojin/tcp7_h.htm>. Acesso em: fev. 2005.

GOZZANI, J. L. Fisiopatologia da Dor. In: CAVALCANTI, I. L., MADALENA, M. L. **Dor**. 1. ed. Rio de Janeiro: SAERJ, 2003.

GRIMSHA, W. J. M.; RUSSELL, I. T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. **Lancet**, v. 342, n. 8883, p. 1317-22, 1993.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. Controlar líquidos: uma intervenção de enfermagem para o paciente com excesso de volume de líquidos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 734-741, nov./dez. 2003.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. Classificação das intervenções. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-134, jun, 2001.

GUIRARDELLO, E. de B. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 33, n. 2., p. 123-129, jun. 1999.

GULLO, A. Anaesthesia. Pain, Intensive Care and Emergency Medicine - A.P.I.C.E. Proceedings of the 19th Postgraduate **Course in Critical Care Medicine Trieste**, Italy, v. 15, 12 nov. 2004.

HATTAN, J.; KING, L.; GRIFFITHS, P. The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery: a randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 2, p. 199-207, 2002.

HAYES, Bob E. **Medindo a satisfação do cliente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001.

HERR, K. et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. **Pain Management Nursing**, v. 7, n. 2, p. 44-52. June 2006.

HILL, A. (Org.). **Guia das Medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural**. São Paulo: Hemus; [s.d.].

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HOWELL, D. **Statistical methods for Psychology**, 6th ed. USA: Thomson Wadsworth. 2006.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definition of pain terms. Pain 2001. <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

ICNP. **International Classification for Nursing Practice**. Geneva, 1993 [mimeografado].

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JCAHO. **Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH)**. Oak Brook Terrace, Ill.: Joint Commission Resources. 2001a

JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Brazilian Nurses Accuracy in Naming Diagnostic Statements. In: RANTZ, M. J.; LEMONE, P. (Orgs.). **Classification of Nursing Diagnoses** - Proceedings of the Fourteenth Conference. Glendale (CA): Cinahl Information Systems; 2002. p. 122-126.

JOINT COMMISSION ON THE ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS: **Hospital Accreditation Standards**. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO, 2001.

KAHN, D. et al. Identification and modification of environmental noise in an ICU setting, **Chest**, v. 114, n. 2, p. 535-540, 1998.

KING, R. Issues and innovations in nursing education. Nurses perceptions of their pharmacology educational needs. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, p. 392–398, 2004.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 1998.

KOIZUMI, M. S. et al. Percepção os pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 135-42, 1979.

KOLB. A. D.; BOYATZIS, E. R. Assessing Individuality in Learning: the learning skills profile. **Educational Psychology**, v.11, n. 3/4, 1991.

LOESER, J. D.; MELZACK, R. Pain: an overview. **Lancet**, v. 353, p. 1607-1609, 1999.

LOWER, J., BONSACK, C., GUION, J. High-tech high-touch: mission impossible? Creating an environment of healing. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 21, n. 5, Sept. 1, 2002.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANIAS, Elizabeth; BUCKNALL, Tracey; BOTTI, Mari. **Assessment of patient pain in the postoperative context** (2004) ARROW Discovery Service (Australia). 2004.

MARIA, V. L. R. **Preparo das enfermeiras para utilização dos diagnósticos de enfermagem**: relato de experiência. 1990. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

MARIA, V. L. R. **Preparo das enfermeiras para utilização dos diagnósticos de enfermagem**: relato de experiência. 1990. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

MATHER, H. G. et al. Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. **Br Med J.**, v. 1, n. 6015, p. 925-929, apr. 17 1976.

MCCAFFERY, M.; BEEBE, A.; PASERO, C. **Pain**: clinical manual. St Louis: Mosby; 1999.

MCCAFFERY, M. What is the Role of Nondrug Methods in the Nursing Care of Patients With Acute Pain? **Pain Management Nursing**, v. 3, n. 3, p. 77-80, Sept. 2002.

MCCAFFERY, M.; FERRELL, B. **Pain**: Clinical Manual for Nursing Practice. St. Louis, MO: C. V. Mosby, 1989.

MCCAFFERY, M.; FERRELL, B. R. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 14, n. 3, p. 175-188, 1997.

MCCAFFERY, M.; FERRELL, B. R.; PASERO, C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. **Pain Management Nursing**, v. 1, n. 3, p. 79-87, 2000.

MCCAFFERY, M.; PASERO, C. Pain Control: Teaching Patients to Use a Numerical Pain-Rating Scale. **The American Journal of Nursing**, v. 99, n. 12, p. 22, Dec. 1999.

MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M.. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 3. ed. St. Louis: Mosby - Year Book; 2004.

MELZACK, R.; CASEY, K. L. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In: KENSHALO, D. **The Skin Senses**. Springfield III, 423-443. 1968.

MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v. 150, n. 3699, p. 971-977, 1965.

MELZACK, R.; WALL, P. D. **The Challenge of Pain**. Penguin Books: London. 1982.

MENEZES, C. N. B.; SILVA, J. A. Estimação da magnitude dos descritores afetivos de dor por médicos, enfermeiras e pacientes do serviço de oncologia: um enfoque da psicofísica clínica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, UNIFOR, v. 20, n. 3, p. 143-149, 2007.

MERSKEY, H. et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. **Pain**, v. 6, p. 249-252, 1979.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS Association (NANDA). **Nursing diagnoses: definitions & classification 1999-2000**. Philadelphia: Artes Médicas do Sul; 2000.

NAPOLEÃO, A. A. **Estudo da Aplicabilidade de Intervenção da NIC no atendimento a criança - Diagnóstico de Enfermagem "desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionadas a presença de via aérea artificial"** em um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica. 2005. 301p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

NAPOLEÃO, A. A. et al. Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 608-613, jul./ago. 2006.

NASCIMENTO, E. R. P., TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 março-abril; 12(2):250-7.

NAZÁRIO, N. O. **Fragments de uma construção do assistir em situações de Emergência / Urgência**. Florianópolis: Editora Insular, 1999.

NIEKERK, L. M. V.; HONS, B. A.; MARTIN, F. The Impact of the Nurse-Physician Relationship on Barriers Encountered by Nurses During Pain Management. **Pain Management Nursing**, v. 4, n. 1, p. 3-10, mar 2003.

NOBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Idéias, Série Didática: Enfermagem no SUS. 2000.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa (PB): Idéia; 2000. p.1-15.

NOGUEIRA, I. S. **Integração Ensino/Serviço – Repensando Formação do Enfermeiro**. 1990. 108 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

OLIVEIRA, L. H. de. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert**. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional) - PPGA CNEC/FACECA, Varginha, 2005.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). **Programas Nacionales de Control del Câncer – Políticas y pautas para la gestion**. Genebra, 2004.

ORGILL, R., KREMPL, G. A., MEDINA, J. E. Acute pain management following laryngectomy. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 128, n. 7, p. 829-832, jul. 2002.

PARGEON, K.; HAILEY, B. Barriers to effective cancer pain management: A review of the literature. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 18, p. 358–368, 1999.

PASCHOA, S., ZANEI, S. WHITAKER, I. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 3, p. 305-310, jul./set. 2007.

PASERO, C.; MCCAFFERY, M. Pain in the critically ill. **The American Journal of Nursing**, v. 102, n. 1, p. 59-60, 2002.

PASINI, D. Diagnóstico de Enfermagem de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (U.T.I.). **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 501-518. 1996.

PELLINO T; A. et al. The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: role delineation study. **Pain Manag Nurs**. v. 3, n. 1, p. 2-15, mar. 2002.

PELLINO, TERESA A. et al. The American Society of Pain Management Nurses Role-Delineation Study: National Association of Orthopaedic Nurses Respondents. **Orthopaedic Nursing**, v. 22, n. 4, p. 289-297, July/August 2003.

PETTERSON, M. Reduced noise levels in ICU promote rest and healing. **Critical Care Nurse**, v. 20, n. 5, p. 104, 2000.

PIMENTA, C. A. M. **Dor** – Manual Clínico de Enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2000.

PIMENTA, C. A. M. et al. Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação na área de saúde. **Rev Simbidor**, v. 2, p. 23-35, 2001.

PIMENTA, C. A. M.; CHAVES, L. D. Controle da Dor Pós – Operatória: Comparação entre métodos analgésicos. **Rev. Latino Am. Enf.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 215-219, 2003.

PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Dor** – um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PINTO, Cecília Maria Izidoro. Estilos de aprendizagem: uma experiência na aprendizagem em enfermagem 2000. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PIVA, M.; CARISTI, D.; GALZERANO, A. Assesment Pain in: Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency Medicine: A.P.I.C.E. Proceedings of the 19th Postgraduate **Course in Critical Care Medicine Trieste**, Italy, v. 15, 12 nov. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POTTER, P. A., PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática** – Clínica e Prática Hospitalar. 3. ed. São Paulo: Santos, 1998.

PUNTILLO, K. Acute Post Operative Pain. **Indian J. Anaesth.**, v. 50, n. 5, p. 340-344, 2006.

PUNTILLO, K. et al. Does age make a difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults? **Acute Pain**, v. 9, n. 3, p. 125-134, 2003.

PUNTILLO, K. Pain assesment and management in the critically ill: Wizardry or Science? **American Journal and Critical Care**, v. 12, n. 4, p. 310–316, Jul. 2002.

PUNTILLO, K. Pain experience of intensive care unit patients. **Heart& Lung**, v. 19, n. 5, may. 1990.

PUNTILLO, K. The phenomenon of pain and critical care nursing. **Heart& Lung**, v. 17, n. 3, may. 1988.

PUNTILLO, K. A. et al. Relationship between behavioural and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. **Critical Care Medicine**, v. 25, p. 7, p. 1159–1166, 1997.

RIBEIRO, Cristina Gomes; SILVA, Carla Viviane Nunes Soares; MIRANDA, Matilde Meire. O Paciente Crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 9, n. 4, p. 371-377, out./dez. 2005.

RICHARDS, J.; HUBBERT, A. O. Experiences of Expert Nurses in Caring for Patients with Postoperative Pain. **Pain Management Nursing**, v. 8, n. 1, p. 17-24, mar. 2007.

RICHARDSON, R. J et al. **Pesquisa Social – Métodos e Técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROND, M. E. J.; WIT, R.; VAN DAM, F. S. A. M. A Pain Monitoring Program for Nurses Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude. **Journal of pain and symptom management**, v. 19, n. 6, p. 457-467, Jun. 2000.

ROWLINGSON, J. C. Pain mechanisms and pathways. In: HAMIL, R. J., ROWLINGSON, J. C. **Handbook of critical care pain management**. New York; Mc Graw-Hill; p 27, 1994.

ROYKULCHAROEN, V.; ARUNY, U. P.A; GOOD, Marion. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. **Journal of advanced nursing**, v. 48, n. 2, p. 140-148, 2004.

ROYKULCHAROEN, V.; GOOD, M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 2, p. 140-148, 2004.

SANTORO, D. et al. **Recomendações de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem em Terapia Intensiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2008, v. 1, p. 5-260.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. vol. 12, n. 3, 2004.

SBED – **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. Disponível em: <<http://www.dor.org.br>>. Acesso em: 06 dez. 2006.

SEREZA, T. W.; DELLAROZA, M. S. G. O Que Está Sendo Aprendido a Respeito da Dor na UEL? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 24, p. 55-66, jan./dez. 2003.

SEVERO, G. C; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Médica**. v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SHANNON, K.; BUCKNALL, T. Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 19, p. 154-162, 2003.

SILVA, A. T. M. C.; NÓBREGA, M. M. L. Necessidade de Classificação das intervenções de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE

ENFERMAGEM, 3 SEMINÁRIO PARAIBANO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM 3., João Pessoa, 1992. Anais. João Pessoa, Universidade da Paraíba, 1992.

SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Práticas complementares no alívio da dor. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor**, 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, p. 121-133, 2004.

SILVA, Y. B., PIMENTA, C. A. M. Análise dos Registros de Enfermagem Sobre Dor e Analgesia em Doentes Hospitalizados. **Rev. Esc. Enf. USP** 2003; 37(2): 109-18

SMELTZER, S. C., et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SOTIERJ - **Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.sotierj.com.br>>. Acesso em: 06 dez. 2006.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, mai./jun. 2002.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-. Acesso em: 05 jan. 2010.

STOTTS, N. A. et al. Wound care pain in hospitalized adult patients. **Heart & Lung**, v. 33, n. 5, p. 321-332, 2004.

TEIXEIRA, M. J. et al. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, M.J, FIGUEIRO, J. A. B. **Dor: Epidemiologia, Fisiopatologia, Avaliação, Síndromes Dolorosas e Tratamento**. 1. ed., São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 2001.

THORODDSEN, A. Applicability of the Nursing Interventions Classification to describe nursing. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 19, n. 2, p. 128-139, 9 May 2005.

TRESCA, Rosemary Pezzetti e DE ROSE JR, Dante. **Estudo comparativo da motivação intrínseca em escolares praticantes e não praticantes de dança**. Disponível em: <<http://www.ucb.br/mestradoef/rbcm/downloads/a1v8n1.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2004.

TULLMAN, D.F.; DRACUP, K. Creating a healing environment for elders, **AACN Clinical Issues Advanced Practice in Acute and Critical Care**, v. 11, p. 34-50, 2000.

TWYLCROSS, A. Education about Pain: A Neglected Area. **Nurse Education Today**, v. 20, n. 3, p. 244-253, 2000.

VALE, N. B. Analgesia adjuvante e alternativa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 56, n. 5, Sept./Oct. 2006.

VILLA, V. S. C.; MUSSI, F. C. O alívio da dor no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 300-307, 2001.

WARREN, Judith J.; COENEN, Amy. International Classification for Nursing Practice (ICNP) Most-frequently Asked Questions. **J Am Med Inform Assoc.** v. 5, n. 4, p. 335-336, jul./ago. 1998.

WILSON, Benita. Nurses' knowledge of pain. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 6, p 1012-1020, 2007.

WINSLOW, E. H. Critical care extra. Effective pain management. **American Journal of Nursing**, v. 98, n. 7, p. 16, 1998.

WONG, H. L.; LOPEZ-NAHAS, V.; MOLASSIOTIS, A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. **Heart Lung**, v. 30, n. 5, p. :376-387, 2001.

YATES, M. P. et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital inpatients. **J Clin Nurs.**, v. 7, n. 6, p. 521-530, nov. 1998.

YOUNG, J. et al. Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 22, p. 32-39, 2006.

YOUNG-HEE, Chi; SUNG AI Yoo; HYUNG, Sook. Application of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes to Patients Undergoing Abdominal Surgery in Korea. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 13, n. 3, p. 77-87, 28 Jun. 2008.

Anexos

ANEXO A

**AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA
INSTITUIÇÃO CENÁRIO – HOSPITAL SÃO LUCAS**

AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Em resposta a solicitação de autorização da Doutoranda Cecília Maria Izidoro Pinto da EEAN / UFRJ à Direção do Hospital São Lucas a proceder coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **Controle da dor aguda pós-operatória: intervenções de enfermagem na terapia intensiva**. Considerando que esta cumpre as normas vigentes da lei CNS 196/96 e apresenta à instituição:

- Projeto resumido com cronograma
- Bibliografia atualizada
- Termo de consentimento para ser assinado voluntariamente pelos enfermeiros da terapia e dispõe-se a orientações do procedimento de coleta de dados
- Temática relevante para o grupo de enfermeiras da instituição

Nestes termos autorizamos que nesta instituição possa ser procedida a coleta de dados da solicitante.

Rio de Janeiro,


Laura Patrícia Medeiros
Enfermeira
CNS 196/96

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/HESFA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA



Protocolo nº 073/07

Título do Projeto: Controle da dor aguda pós-operatória: intervenções de enfermagem na terapia intensiva

Pesquisadora Responsável: Cecília Maria Izidoro Pinto

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 20/08/07

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de setembro de 2007.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2007



Marcia Tereza Luz Lisboa
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA

ANEXO C
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HUCFF/UFRJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

- Coordenador:**
 Alice Helena Dutra Violante
 Médico - Prof. Associada
- Secretária:**
 Zucena Rodrigues da Silva
 Professora
- Membros Titulares:**
 Doutor Mário Maia de Faria
 Médico - Prof. Associado
 Roberto Augusto Zucena Cortes
 Médico - Prof. Assistente
 Eliete Regina Ambrosio
 Assistente Social - Mestre
 Hilaria Wazarynski
 Representante dos Usuários
- Luiz Carlos Duarte de Miranda
 Médico - Prof. Adjunto
- Luiz da Conceição de Araújo Marques
 Nutricionista - Mestre
- Danilo Ugo Barros
 Médico - Prof. Adjunto
- Rogério de Fátima Rivelli
 Farmacêutica Doutora em Fisiologia
- Roberto Castro Pedreira
 Médico - Doutor
- Maria Tereza Antonio
 Farmacêutica - Especialista
- Membros Suplentes:**
 Arna Paoli Trindade Rocha
 Farmacêutica
- Nutricionista - Professor Adjunto
- Beatriz Maria Tropa
 Médica - Professora
- Cristiano Alberto Guimarães
 Médico - Prof. Adjunto
- Cecília de Assis Martins
 Assessoria
- Lucio Heleno Luis Viana
 Farmacêutico
- Médico Assistente - Farmacêutico
- Maria da Conceição Zucena Cortes
 Médica - Professor Assistente
- Maria de Fátima Gustavo Lopes
 Representante dos Estudantes
- Vera Regina Oliveira da Silva
 Enfermeira
- Mário Fernando Perceval
 Farmacêutico - Doutor
- Orlando Nunes Casarua
 Sociólogo - Doutor
- Rui Mokid
 Médico - Prof. Adjunto
- Vânia Dias de Oliveira
 Assistente Social

CEP - MEMO - n.º 042/08 Rio de Janeiro, 07 de fevereiro de 2008.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 169/07 - CEP

Título: "Controle da dor aguda pós-operatória: intervenções de enfermagem na terapia intensiva"

Pesquisador (a) responsável: Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto

Data de apreciação do parecer: 24/01/2008

Parecer: "APROVADO."

Informo ainda, que V. S.a. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 24/07/2008, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 - CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof. Alice Helena Dutra Violante
 Coordenadora do CEP
 Prof. Luiz Carlos Duarte de Miranda
 Coordenador Substituto do Comitê de
 Ética em Pesquisa FMHUCFF/UFRJ

ANEXO D CONTROLE DA DOR - NIC

Definição: Alívio ou redução da dor a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente

Atividades:

Realizar um levantamento abrangente da dor de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes

Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência

Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia

Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta à dor

Analisar as influências culturais sobre a resposta à dor

Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida (p.ex., sono, apetite, atividade, cognição, estado de ânimo, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidade dos papéis)

Avaliar experiências anteriores de dor de modo a incluir a história individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado

Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas

Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio

Utilizar método de levantamento desenvolvimentalmente adequado que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitadores reais e potenciais(p.ex., fluxograma, registro em diário)

Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento de conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento

Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração, e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos

Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p.ex., temperatura ambiente, iluminação, ruído)

Reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor(p.ex., medo, fadiga, monotonia e falta de informação)

Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor

Selecionar e implementar uma variedade de medidas (p.ex., farmacológica, não-farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando adequado

Analisar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio

Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente

Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (p.ex., biofeedback, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de atividades, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem), antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente e junto com outras medidas de alívio de dor

Colaborar com o paciente, com as pessoas significativas e com outros profissionais da saúde na seleção e implementação de medidas não-farmacológicas de alívio da dor, quando adequado

Oferecer alívio com os analgésicos prescritos

Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA-patient-controlled analgesia), se adequado

Usar as medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave

Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação

Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos

Verificar o nível de desconforto com o paciente, observar as mudanças no registro médico, e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente

Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor

Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente

Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor

Encorajar o paciente a discutir sua experiência de dor, quando adequado

Notificar o médico se as medidas não forem bem sucedidas ou se a queixa atual seja uma mudança significativa em relação à experiência anterior de dor do paciente

Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor

Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando adequado

Analisar encaminhamentos para o paciente para os familiares e para as pessoas significativas a grupos de apoio e a outros recursos, quando adequado

Oferecer informações adequadas para promover o conhecimento da família quanto à resposta à experiência de dor e quanto à própria experiência de dor

Incorporar a família na modalidade de alívio à dor, se possível

Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos

Fonte: McCloskey JC, Bulechek GM, editors. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

ANEXO E ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICOS - NIC

Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor

Atividades:

Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar o paciente.

Verificar a prescrição médica para a droga, e o horário do analgésico prescrito.

Verificar história de alergias a drogas

Avaliar a capacidade do paciente para participar da seleção do analgésico, via e dose, e envolve-lo conforme apropriado.

Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriada quando mais de um for prescrito.

Determinar as seleções de analgésicos (narcótico, não-narcótico ou AINH) com base no tipo e na gravidade da dor.

Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dosagem para alcançar uma ótima analgesia.

Escolher a via IV ao invés da IM para injeções freqüentes do analgésico, quando possível.

Identificar narcóticos e outras drogas controladas, conforme protocolo da instituição.

Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose ou se forem observados sinais incomuns

Satisfazer às necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem o relaxamento para facilitar a resposta à analgesia

Administrar analgésicos de hora em hora para prevenir picos e depressão da analgesia especialmente em dor intenso

Estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos de modo a otimizar a resposta do paciente.

Administrar analgésicos auxiliares e/ou medicamentos quando necessário para potencializar a analgesia

Analisar o uso de infusão contínua, sozinha ou associada a comprimidos de opióides para manter os níveis séricos.

Instituir precauções de segurança para os que recebem analgésicos narcóticos, conforme apropriado.

Orientar para solicitar medicamento antes que a dor fique mais forte

Informar o indivíduo que com a administração de narcóticos pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2 a 3 dias, desaparecendo depois

Corrigir idéias erradas/mitos do paciente ou familiares sobre analgésicos, especialmente os opióide (p.ex., adicção e riscos de *overdose*)

Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e freqüentes após cada administração em especial, após as primeiras doses, também observando sinais e sintomas de efeitos colaterais (p.ex., depressão respiratória, náusea e vômito, boca seca e constipação)

Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais

Avaliar e documentar o nível de sedação dos pacientes que recebem opióides.

Implementar ações para reduzir os efeitos colaterais dos analgésicos (p.ex., constipação e irritação gástrica).

Colaborar com o médico se a droga, a dose, a via de administração ou as mudanças de intervalo forem indicadas, fazendo recomendações específicas baseadas nos princípios equianalgésicos.

Ensinar o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos secundários e expectativas de envolvimento nas decisões sobre o alívio da dor.

Fonte: McCloskey JC, Bulechek GM, editors. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

ANEXO F ESPECIALIDADES COREN

Para além da enfermagem geral existem ainda as especialidades em enfermagem, segundo Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução 290/04:

- Aeroespacial - Desenhista/Projetista (workstation: Sólid works e Catia V5 R15) composto por auxiliar de enfermagem, técnico e enfermeiro com domínio específico em softs em desenhos técnicos e metrologia
- Assistência ao Adolescente
- Atendimento Pré-Hospitalar
- Banco de Leite Humano
- Cardiovascular
- Central de Esterilização e Reprocessamento
- Centro Cirúrgico
- Clínica Cirúrgica
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Diagnóstico por Imagem
- Doenças Infecciosas
- Educação em Enfermagem
- Emergência
- Endocrinologia
- Endoscopia
- Enfermagem do Trabalho
- Estomaterapia
- Ética e Bioética
- Gerenciamento de Serviços de Saúde
- Gerontologia e Geriatria
- Ginecologia
- Hemodinâmica
- Homecare
- Infecção Hospitalar
- Informática
- Nefrologia
- Neonatologia
- Nutrição Parenteral
- Obstetria
- Ocupacional
- Oftalmologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria
- Perícia e Auditoria
- Psiquiatria e Saúde Mental
- Saúde Coletiva
- Saúde da Família
- Sexologia Humana
- Traumatologia-Ortopedia
- Terapia Intensiva
- Terapias Naturais/Tradicionais e Complementares/Não Convencionais

Apêndices

APÊNDICE A EQUIVALÊNCIA DAS ATIVIDADES

<i>Controle da dor da NIC.</i>	
Definição: Alívio ou redução da dor a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente	
<i>Administração de analgésicos</i>	
Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor	
Itens do instrumento	Equivalência das atividades
1. Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.	Verificar o nível de desconforto com o paciente, observar as mudanças no registro médico, e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente
2. Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia.	Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos
3. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor	Encorajar o paciente a discutir sua experiência de dor, quando adequado
4. Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos.	Verificar o nível de desconforto com o paciente, observar as mudanças no registro médico, e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente
5. Orientar para solicitar medicação para dor sempre que necessitar, antes que ela fique mais forte.	Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave
6. Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos	Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
7. Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa.	Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos
8. Considerar a possibilidade de infusão contínua, isolada ou em bolos, para manter os níveis séricos.	Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave
9. Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais	Verificar o nível de desconforto com o paciente, observar as mudanças no registro médico, e informar outros profissionais da saúde que trabalham com o paciente Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos

10. Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.	Avaliar e eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor
11. Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.	
12. Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação, irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido.	Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
13. Determinar o impacto da experiência da dor sobre a aprendizagem	
14. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o estado de ânimo	
15. Determinar o impacto da experiência da dor sobre desempenho profissional	
16. Determinar o impacto da experiência da dor sobre responsabilidades dos papéis	
17. Determinar o impacto da experiência da dor sobre sono	
18. Determinar o impacto da experiência da dor appetite	
19. Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésico.	Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
20. Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.	Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
21. Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.	Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor
22. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto	Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor
23. Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor	. Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação no tratamento Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor

24. Analisar o desejo de o paciente participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor.	Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor
25. Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado.	Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor
26. Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio	Avaliar e eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor
27. Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas	Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias <i>não-farmacológicas antes de procedimentos dolorosos</i> Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor Informar outros profissionais da saúde/ familiares sobre as estratégias não-farmacológicas que estão sendo utilizadas pelo paciente para encorajar abordagens preventivas ao controle da dor
27.a – Biofeedback,	Idem
27.b – TENS	Idem
27.c- Hipnose	Idem
27.d – Relaxamento	Idem
27.e – Imagem orientada	Idem
27.f – Musicoterapia	Idem
27.g – Diversão	Idem
27.h – Aplicação calor / frio	Idem
27.i – Massagem	Idem
27.j- Distração (ver tv, ler, conversar com alguém)	Idem
28. Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado.	Idem
29. Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio	Analisar encaminhamentos para o paciente para os familiares e para as pessoas significativas a grupos de apoio e a outros recursos, quando adequado
30. Corrigir idéias erradas / mitos do paciente e da família sobre adição / superdosagem excessiva de analgésicos	Incorporar a família na modalidade de alívio à dor, se possível
31. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas	Avaliar e eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor Instituir e modificar medidas de controle da dor com base na resposta do paciente Encorajar o paciente a discutir sua experiência de dor,

	<p>quando adequado</p> <p>Notificar o médico se as medidas não forem bem sucedidas ou se a queixa atual seja uma mudança significativa em relação à experiência anterior de dor do paciente</p> <p>Utilizar uma abordagem multidisciplinar no controle da dor, quando adequado</p> <p>Incorporar a família na modalidade de alívio à dor, se possível</p> <p>Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos</p>

Administração de analgésicos (Selecionei para o instrumento as que estão em vermelho)

Definição: Uso de agente farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor

1. Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar o paciente.
2. Verificar a prescrição médica para droga e o horário do analgésico prescrito.
3. Verificar a história de alergia a drogas.
4. Avaliar a capacidade do paciente para participar da seleção de analgésico , via e dose e envolve-lo conforme apropriado.
5. Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriado quando mais de um for prescrito.
6. Determinar as seleções de analgésico narcótico não-narcótico ao AINH, com base no tipo e na gravidade da dor.
7. Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dosagem para alcançar uma ótima analgesia.
8. Escolher a via IV ao invés da IM para injeções frequentes do quando possível.
9. Identificar narcótico e outras drogas controladas conforme protocolo da instituição.
10. Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésico narcóticos na primeira dose ou se forem observados sinais incomuns.
11. Satisfazer as necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem o relaxamento para facilitar a resposta a analgesia.
12. Administrar analgésico de hora em hora para prevenir pico de depressão da analgesia, especialmente em dor severa.

13. Estabelecer expectativas positivas quanto eficácia dos analgésicos de modo a otimizar a resposta do paciente.
14. Administrar analgésicos e ou medicamentos coadjuvantes quando necessário para potencializar a analgesia.
15. Analisar o uso de infusão contínua, sozinha ou em bolus para manter os níveis séricos.
16. Instituir precauções de segurança para os que recebem analgésicos narcóticos conforme apropriado.
17. Orientar para solicitar medicamento antes que a dor fique mais forte.
18. Ensinar que pode ocorrer sonolência durante os primeiros dois a três dias desaparecendo depois.
19. Corrigir idéias erradas, mitos do paciente e/ou familiares sobre analgésicos, especialmente os opióides.
20. Avaliar a eficácia do analgésico a intervalos regulares e freqüentes após cada administração, mas em especial após as primeiras doses, também observando sinais e sintomas de efeitos colaterais.
21. Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais.
22. Avaliar e documentar o nível sedação dos pacientes que recebem opióides.
23. Implementar ações para reduzir os efeitos colaterais dos analgésicos.
24. Colaborar com o médico se a droga, a dose, a via de administração ou as mudanças de intervalo forem indicadas fazendo recomendações específicas baseadas nos princípios equianalgésicos.
25. Ensinar o uso de analgésico, estratégias para reduzir as expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.

APÊNDICE B INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Marque com um X a sua opinião sobre as intervenções que você considera importantes de serem executadas para o cliente com dor em seu setor. <i>Prof^a Cecília Maria Izidoro Pinto</i> <i>Orientadora: Prof^a Dr^a Deyse Conceição Santoro</i>					
Identificação:					
Nome:		Idade:		Sexo:	
Tempo de formado:		Tempo de atuação na UTI:		Cargo que ocupa:	
Formação Acadêmico-Profissional: () Doutorado em _____ () Mestrado em _____ () Especialização em _____ () Graduação					
CONTROLE DA DOR <i>* Alívio ou redução da dor em um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente</i>					
ADMINISTRAR ANALGÉSICOS <i>* Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor</i>					
Atividades	Importância das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (1)	Pouca (2)	Neutra (3)	Muita (4)	Total (5)
1. Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.					
2. Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia.					
3. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência da dor e transmitir/notificar a aceitação da resposta à dor					
4. Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos.					
5. Orientar para solicitar medicação para dor sempre que necessitar, antes que ela fique mais forte.					
6. Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos					
7. Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa.					
8. Considerar a possibilidade de infusão contínua, isolada ou em bolos, para manter os níveis séricos.					
9. Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais					
10. Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.					

11. Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.					
12. Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação, irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido.					
13. Determinar o impacto da experiência da dor sobre a aprendizagem					
14. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o estado de ânimo					
15. Determinar o impacto da experiência da dor sobre desempenho profissional					
16. Determinar o impacto da experiência da dor sobre responsabilidades dos papéis					
17. Determinar o impacto da experiência da dor sobre sono					
18. Determinar o impacto da experiência da dor sobre apetite					
19. Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos.					
20. Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.					
21. Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.					
22. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto					
23. Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor					
24. Analisar o desejo de o paciente participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor.					
25. Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado.					
26. Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio					

27. Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas					
a – Biofeedback,					
b – TENS					
c – Hipnose					
d – Relaxamento					
e – Imagem orientada					
f – Musicoterapia					
g – Diversão					
h – Aplicação calor / frio					
i – Massagem					
j- Distração (ver tv, ler, conversar com alguém)					
28. Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado.					
29. Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio					
30. Corrigir idéias erradas / mitos do paciente e da família sobre adição / superdosagem excessiva de analgésicos					
31. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas					
Fonte: McCloskey JC, Bulechek GM, editors. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.					

APÊNDICE C INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<p>Marque com um X a sua opinião sobre as intervenções que você considera capazes de serem executadas para o cliente com dor em seu setor. <i>Prof^a Cecília Maria Izidoro Pinto</i> <i>Orientadora: Prof^a Dr^a Deyse Conceição Santoro</i></p>					
Identificação:					
Nome:		Idade:		Sexo:	
Tempo de formado:		Tempo de atuação na UTI:		Cargo que ocupa:	
Formação Acadêmico-Profissional: () Doutorado em _____ () Mestrado em _____ () Especialização em _____ () Graduação					
CONTROLE DA DOR					
* Alívio ou redução da dor em um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente					
ADMINISTRAR ANALGÉSICOS					
* Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor					
Atividades	Frequência das intervenções realizadas na terapia intensiva				
	Nenhuma (1)	Pouca (2)	Neutra (3)	Muita (4)	Total (5)
1. Observar indicadores não-verbais do desconforto, especialmente em pacientes incapazes de se comunicarem com eficiência.					
2. Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia.					
3. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer à experiência da dor e transmitir /notificar a aceitação da resposta à dor					
4. Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causa, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos.					
5. Orientar para solicitar medicação para dor sempre que necessitar, antes que ela fique mais forte.					
6. Administrar analgésicos coadjuvantes e / ou medicação para potencializar os analgésicos					
7. Administrar analgésicos de hora em hora, para prevenir picos e depressões, especialmente em dor severa.					
8. Considerar a possibilidade de infusão contínua, isolada ou em bolos, para manter os níveis séricos.					
9. Utilizar um método adequado de levantamento de informações que permita o monitoramento da mudança da dor e que auxilie na identificação dos fatores precipitantes reais e potenciais					
10. Avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares; implementar diário sobre a dor.					

11. Ensinar sobre o uso de analgésicos, estratégias para reduzir os efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.					
12. Monitorar efeitos indesejáveis tais como: depressão respiratória, náusea / vômito, boca seca, constipação, irritação gástrica, retenção urinária, sedação excessiva, fala arrastada, prurido.					
13. Determinar o impacto da experiência da dor sobre a aprendizagem					
14. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o ânimo					
15. Determinar o impacto da experiência da dor sobre o desempenho profissional					
16. Determinar o impacto da experiência da dor sobre responsabilidade dos papéis					
17. Determinar o impacto da experiência da dor sobre apetite					
18. Determinar o impacto da experiência da dor sobre sono					
19. Instituir precauções de segurança para paciente que recebe analgésicos.					
20. Ensinar o paciente que pode ocorrer sonolência durante os primeiros 2-3 dias de administração de narcóticos, mas que desaparecerá.					
21. Determinar a frequência necessária para fazer um levantamento do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.					
22. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto					
23. Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor					
24. Analisar o desejo de o paciente participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contra-indicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor.					
25. Selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado.					
26. Analisar o tipo e a origem da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio					

27. Encorajar o uso de técnicas não-farmacológicas					
a – Biofeedback,					
b – TENS					
c – Hipnose					
d – Relaxamento					
e – Imagem orientada					
f – Musicoterapia					
g – Diversão					
h – Aplicação calor / frio					
i – Massagem					
j- Distração (ver tv, ler, conversar com alguém)					
29. Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a individual ou familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, quando adequado.					
30. Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio					
31. Corrigir idéias erradas / mitos do paciente e da família sobre adição / superdosagem excessiva de analgésicos					
32. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas					

Fonte: McCloskey JC, Bulechek GM, editors. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

APÊNDICE D
QUADRO DEMONSTRATIVO DO AGRUPAMENTO DAS ATIVIDADES
CONTROLE DA DOR UTILIZADAS NO ESTUDO

AGRUPAMENTO DAS ATIVIDADES AVALIADAS PELA ASPMN	DOMÍNIOS DA ESTRUTURA TAXONÔMICA DA NIC	NOMINAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O ESTUDO
(1) controle e avaliação de dor; (6) atividades de controle	Fisiológico Básico: cuidados que dão suporte a funcionamento do organismo	1- Atividades básicas de avaliação e controle da dor:
(2) controle farmacológico da dor ; (3) controle não-farmacológico da dor	Fisiológico Complexo: cuidados que dão suporte à regulação hemostática	2- Atividades terapêuticas para o controle da dor
(4)relacionamento/comunicação terapêutica, aconselhando, controle cognitivo-comportamental;	Comportamental: cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam as mudanças no estilo de vida	3- Atividades comportamentais visando mudança do padrão doloroso
(7) controle das eliminações;	Segurança : cuidados que dão suporte à proteção contra danos	4- Atividades de segurança e proteção sobre terapêuticas e procedimentos no controle da dor
(5) ensino de paciente / familiar	Família: cuidados que dão suporte à unidade familiar	5- Atividades de suporte a família e paciente para compreensão do tratamento e enfrentamento da dor
(8) atividades colaborativas e institucionais.	Sistema de saúde: cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde.	6- Atividades de relacionadas a mediação com o sistema de saúde e a comunicação eficaz sobre os cuidados

APÊNDICE E

E. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO – HUCFF
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Atividades relacionadas ao controle da dor” no cenário de terapia intensiva

Na qualidade de doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery venho convidá-la (lo) à participar do estudo cujo objeto é as atividades de enfermagem relacionadas à intervenção dirigidas ao controle da dor nos clientes de terapia intensiva. Os objetivos para o alcance deste estudo serão: a) Verificar a correlação entre a importância atribuída pelo enfermeiro nas atividades relacionadas à intervenção controle da dor e as atividades implementadas pelo enfermeiro na terapia intensiva. b) Analisar a implementação das atividades de enfermagem no controle de dor na terapia intensiva com base no julgamento clínico do enfermeiro. As atividades apresentadas no instrumento compõem-se cada uma das intervenções organizadas por enfermeiras americanas denominada Nursing Intervention Classification ou NIC, e resultam do esforço em unificar as intervenções realizadas pelas enfermeiras através de uma linguagem clara e clinicamente significativa. A proposta da NIC baseia-se no resgate e identificação das práticas executadas pelas enfermeiras em diferentes cenários de prática, embora o grupo que as elaborou aconselhe sua adaptação à realidade nos países que se propuserem a elaborar estudos relacionados a esta classificação. Neste estudo as intervenções selecionadas são aplicáveis a situação de dor aguda em particular a dor pós-operatória, de interesse no estudo, e a sua participação na proposta em questão visa delimitar as intervenções que são importantes e aplicáveis ao ambiente da terapia intensiva. Usou-se como método de obter sua opinião sobre cada intervenção listada escala tipo Likert, com valores determinados de 1 a 5. O mesmo instrumento será aplicado em duas etapas e será necessário que você participe em dois momentos distintos. No primeiro você estará pontuando, através da escolha das 32 assertivas as intervenções que considera importantes para o cliente com dor pós-operatória, e no segundo, a intenção da pesquisadora e saber com que frequência você realiza no cenário de terapia intensiva. Desde já nos colocamos a disposição para esclarecimentos e mais uma vez agradecemos a sua disponibilidade em participar desta fase do estudo e que compreende a coleta de dados para a elaboração da tese. Você não terá nenhum gasto e também não receberá qualquer pagamento em dinheiro ou de outra natureza por ter participado da pesquisa. A sua participação é muito importante e trará benefícios para a formação dos profissionais e para a assistência de Enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, fazendo perguntas pessoalmente ou entrando em contato com a pesquisadora por telefone ou pelos e-mails que estão escritos a qualquer momento. Pesquisadora / Doutoranda: Cecília Maria Izidoro Pinto, Mail: ceciliaizidoro@uol.com.br Telefones de contato: 7832-4435/ 9978-3352/2462-2780.

Telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa HUCFF / UFRJ. (21) 2562-2480 / 2562 – 2480 e-mail: ccp@hucff.ufrj.br. Acredito ter sido bem informado a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim sobre o estudo acima citado. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, de que maneira participarei que será mantido sigilo e as informações obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa ficando à vontade para que a qualquer momento possa tirar minhas dúvidas. Ficou claro também que não terei despesas e nem receberei benefícios pessoais com a minha participação. Concordo voluntariamente (de livre e espontânea vontade) em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos a mim e ao desenvolvimento do meu trabalho nesta instituição.

Data: ____/____/____

 Assinatura do participante
 Cecília Maria Izidoro Pinto

 Nome da Doutoranda / Pesquisadora

Data: ____/____/____

 Assinatura da Doutoranda / Pesquisadora



APÊNDICE E

F. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO – HUCFF
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Controle da dor aguda pós-operatória: intervenções de enfermagem na terapia intensiva”

Caro colega enfermeiro:

Na qualidade de doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery venho convidá-la (lo) à participar do estudo cujo objetivo é a **Controle da dor aguda pós-operatória: intervenções de enfermagem na terapia intensiva**. As intervenções apresentadas no instrumento compõem-se de uma lista descritas pela NIC para serem implementadas no controle da dor aguda. Considerando a dor pós-operatória como um dos tipos de dor aguda de interesse no estudo, a sua participação no refinamento do instrumento visa em primeira instancia delimitar a aplicabilidade de seu uso no contexto da terapia intensiva. Usou-se como método de obter sua opinião sobre cada intervenção listada escala de 5 assertivas (tipo Likert). Desde já nos colocamos a disposição para esclarecimentos e mais uma vez agradecemos a sua disponibilidade em participar desta fase do estudo. Você não terá nenhum gasto e também não receberá qualquer pagamento em dinheiro ou de outra natureza por ter participado da pesquisa. Esta pesquisa não trará riscos para a sua saúde física ou mental, ou do idoso que você acompanha. E, também, não haverá riscos morais, ou seja, você e o idoso não serão expostos a humilhações ou situações que lhes causem vergonha ou constrangimentos. A sua participação é muito importante e trará benefícios para a formação dos profissionais e para a assistência de Enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, fazendo perguntas pessoalmente ou entrando em contato com a pesquisadora por telefone ou pelos e-mails que estão escritos a qualquer momento. Pesquisadora / Doutoranda: Cecília Maria Izidoro Pinto, Mail: ceciliaizidoro@uol.com.br Telefones de contato: 7832-4435/ 9978-3352/2462-2780. Acredito ter sido bem informado a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim sobre o estudo acima citado. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, de que maneira participarei, que o meu nome não aparecerá, e que a qualquer momento posso tirar dúvidas. Ficou claro também que não terei despesas e nem receberei benefícios pessoais com a minha participação. Concordo voluntariamente (de livre e espontânea vontade) em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos a mim e ao desenvolvimento do meu trabalho nesta instituição.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Cecília Maria Izidoro Pinto

Nome da Doutoranda / Pesquisadora

Data: ____/____/____

Assinatura da Doutoranda / Pesquisadora