

BARREIRAS DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO***NURSE'S BARRIERS IN THE ACUTE PAIN MANAGEMENT******LAS BARRERAS DEL ENFERMERO EN EL MANEJO DE DOLOR AGUDO***ANA CLÁUDIA DE SOUZA LEITE¹LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA²

Este estudo busca as barreiras de enfermagem no manejo da dor aguda. Após os cuidados éticos, aplicou-se um questionário estruturado contendo onze questões fechadas e quatro abertas a trinta e três enfermeiros que atuam no pós-operatório de um hospital de grande porte de Fortaleza, durante os meses de maio e abril/2000. Os dados coletados foram agrupados em tabelas e analisados com estatística descritiva simples para evidenciar as barreiras teórico-metodológicas relacionadas ao manejo da dor aguda pela enfermagem. As principais barreiras foram o desconhecimento de teorias, métodos e técnicas de manejo da dor pelos enfermeiros. O desconhecimento desses elementos pode estar associado a falta de especialização na área e o longo tempo de formação acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Dor aguda – Enfermagem – Pós-Operatório

This study searches the nursing barriers in the management of the acute pain. After the ethical cares, a structured questionnaire was applied containing eleven closed questions and four open questions for thirty three nurses of the Fortaleza' hospital postoperative, between may and april/2000. The collected data were contained in tables and analyzed with simple descriptive statistics to evidence the theoretical-methodological barriers related to the acute pain's nursing management. The mains barriers appears for the theories' knowing, the methods and techniques of the acute pain' management nursing. The ignorance of those elements can be associated among the unspecialized in the area and the long time of academic formation.

KEY WORDS: Acute Pain – Nurse – Postoperative

El estudio búsqueda las barreras de la enfermería en el manejo del dolor agudo. Después de los cuidados éticos, aplicó-se uno cuestionario con once preguntas cerradas y cuatro preguntas abiertas a treinta tres enfermeras que atuam no postoperatorio de uno hospital de Fortaleza, durante el mes de mayo y april/2000. Los datos reunidos se contuvieron en las tables y fueron analizados con estadísticas descriptivas simples para evidenciar las barreras teoricas et metodologicas relacionadas al manejo del dolor afilado para el enfermería. Las barreras principales son lo desconocimiento de las teorías, métodos y técnicas del manejo del dolor agudo de enfermeras. Lo desconocimiento de los elementos estan relacionados a falta de especialización en el área y el tiempo largo de formación académica.

PALABRAS CLAVE: Dolor – Enfermería – Postoperatorio

¹ Enfermeira – Mestre em Enfermagem Clínico-Cirúrgica – Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da CAPES. Endereço: Rua Dr. Márlío Fernandes, 81/803 Bl. C CEP.: 60 811-370 Bairro Edson Queiroz – Fortaleza, Ceará – E-mail: acst@matrix.com.br

² Enfermeira – Doutora em Enfermagem – Professora Titular do Depto de Enfermagem da UFC. E-mail: pagliuca@ufc.br.

INTRODUÇÃO

A dor aguda é um sinal de alarme para a ocorrência de lesões no organismo e um sintoma comum no pós-operatório. Apresenta-se dentro de um intervalo de tempo curto ou tem início recente (< 6 meses), podendo ser resultante de um traumatismo, cirurgia ou doença. Ela deixa traços sobre o psiquismo, sobre a memória, sobre o comportamento, os quais serão mais profundos se a sua intensidade for maior, se ela tiver sido negligenciada, mal investigada ou colocada em dúvida. Pode ser classificada conforme a sua intensidade como leve, moderada ou severa.^{1, 2, 3}

Qualquer que seja a cirurgia, a dor pós-operatória é imprevisível. Existe um certo grau de sofrimento durante esse período e em média cerca de 1/3 dos pacientes sofrem moderadamente, 1/3 sofrem de dores intensas e 1/3 de dores muito importantes.^{4, 5}

A administração sistemática de doses fixas de analgésicos a todos os doentes poderá se revelar insuficiente, supérflua, até mesmo deletéria em determinados casos. A analgesia pós-operatória tem características bem particulares, acontecendo durante um período de instabilidade, durante o qual o paciente deve retornar a um estado de equilíbrio e eliminar as drogas administradas durante o período per-operatório, drogas em geral possuidoras de um grau variável de um potencial de depressão do sistema ventilatório.

Apesar de todos os avanços conquistados pela indústria farmacêutica na concepção de analgésicos mais potentes e com menos efeitos nocivos ao indivíduo, a dor aguda no pós-operatório ainda é uma constante. Além disso, sendo freqüentemente encontrada neste período, a dor deverá ser evitada sobre um plano ético, mas também sobre as suas repercussões negativas: respiratórias, cardiocirculatórias, tromboembólicas e psiquiátricas.⁶

A dor configura uma base de explicações neurofisiológicas e psíquicas, cujas repercussões variam de um indivíduo ao outro. A pessoa com dor é a única capaz de saber da sua existência, da sua localização, da sua frequência e da sua intensidade, mostrando o caráter subjetivo que a envolve. Esse conceito é compartilhado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor,⁷ e define a dor como uma experiência sensorial e emocional desa-

gradável, associada a uma lesão tecidual ou potencial ou descrita em tais termos.

Vários fatores contribuem para manter o caráter individual e subjetivo da dor, tais como, as experiências anteriores, os mecanismos fisiológicos, o meio sócioeconômico, cultural e espiritual e psicológico da pessoa que sofre a dor.^{3, 6, 7} Esses fatores são culturalmente válidos também para aqueles que tratam da dor, caracterizando uma relação de intersubjetividade que pode contribuir ou não para subestimação e o subtratamento da dor.⁸

Considerada na atualidade como o quinto sinal vital⁹ a presença da sintomatologia dolorosa em pessoas durante o período pós-operatório, impõe determinadas prioridades no atendimento de enfermagem.

O enfermeiro é o profissional que passa a maior parte do seu tempo assistindo pacientes com dor no pós-operatório exercendo uma posição de destaque em relação aos outros profissionais de saúde. Além do que possui a qualificação técnica e científica necessária para isso, podendo atuar de forma preventiva e terapêutica no combate à dor e suas complicações, bem como na recuperação do equilíbrio fisiológico.^{2, 10}

A assistência do enfermeiro à pacientes com dor aguda tem estreita relação com os fatores cognitivos e afetivos tanto para aquele que presta assistência quanto para aquele que a recebe. O conhecimento e as crenças são fatores cognitivos capazes de influenciar no comportamento e na relação intersubjetiva entre enfermeiro e paciente. Além desses, os sentimentos são considerados como fatores afetivos que muito contribuem para uma inadequação da assistência.

Apesar das bases científicas, a literatura já há algumas décadas enfatiza dificuldades no tocante a avaliação e tratamento da dor no período pós-operatório pelo enfermeiro.^{11, 12}

Algumas pesquisas identificaram o desconhecimento desse profissional sobre os tipos de drogas analgésicas, dosagens e vias de administração, a utilização incorreta e inadequada das doses de analgésicos, implicando numa série de repercussões para o paciente. Essas pesquisas destacam essas evidências como a principal causa de incidência de dor no pós-operatório, seguido também do medo exagerado de episódios de depressão respiratória pela inclusão das drogas opiáceas na terapia analgésica.^{6, 13}

Diante da problemática, supõe-se, para efeito desse estudo que as dificuldades técnicas de manejo da dor possam ter íntima relação com o conhecimento sobre esse domínio de estudo. Portanto, pretende-se investigar as barreiras técnicas e teóricas de enfermagem no manejo da dor aguda em um hospital-escola.

METODOLOGIA

Este estudo busca explorar e descrever de forma quantitativa a relação entre os fatores técnicos e cognitivos

da dor e os métodos de avaliação utilizados para o manejo da dor. Esses dados foram agrupados em tabelas e analisados com estatística descritiva simples.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, foi realizada a caracterização dos enfermeiros entrevistados com o intuito de identificar fatores relacionados ao tempo de serviço, as atividades atuais e à formação acadêmica, que poderiam interferir no manejo da dor durante o período pós-operatório.

QUADRO 1 – ENFERMEIROS DO PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O SETOR DE TRABALHO, TEMPO DE SERVIÇO E A FORMAÇÃO ACADÊMICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DURANTE O PERÍODO DE ABRIL E MAIO DE 2000.

Setores	n	%	Tempo de Serviço (anos)			Formação Acadêmica	
			< 5	5 – 10	Setores	Especialista	Não Especialista
			%	%	%	%	%
Cirurg. Geral	10	30,6	–	12,1	18,2	9,0	21,4
Transp. Renal	9	27,2	6,0	9,0	12,1	6,0	21,2
Gineco-Obst.	6	18,1	–	–	18,2	–	18,2
Sala Rec. (P.O.I)	5	15,1	–	6,0	9,0	6,0	9,0
U.T.I	3	9,0	–	3,0	6,0	3,0	6,0
total:	33	100	6,0(2)	30,3(10)	63,7(21)	24,2(8)	75,8(25)

que interferem na prática do enfermeiro no combate à dor durante o período pós-operatório.

O local do estudo foi um Hospital Universitário, na cidade de Fortaleza-CE, estruturalmente de grande porte, atende diversas especialidades de nível secundário e terciário e, possui, ainda, dois ambulatórios destinados a atendimento da sintomatologia dolorosa.

Há cerca de 116 enfermeiros que administram a assistência no pós-operatório das diversas especialidades cirúrgicas desta Instituição. Com parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição, iniciou-se a coleta de dados após consentimento livre e esclarecido dos participantes, durante o período de abril e maio de 2000.

Para a obtenção dos dados, optou-se pela aplicação *in loco* de um questionário estruturado contendo onze questões fechadas e quatro abertas a trinta e três enfermeiros. Esse quantitativo representa a amostra do total de enfermeiros das unidades cirúrgicas.

Buscou-se coletar as características da amostra quanto à formação acadêmica, tempo de serviço, as atividades atuais, o conhecimento sobre as teorias neurofisiológicas

O Quadro 1 oferece duas informações principais. A primeira mostra que dos enfermeiros atuantes no pós-operatório (30,6%), trabalham no setor de cirurgia geral, seguido de enfermeiros (27,2%;9), do setor de transplante renal e no pós-operatório de Ginecologia e Obstetrícia (18,1%;6). A segunda informação diz que a maioria dos enfermeiros entrevistados (63,7%;21) tem mais de dez anos de atuação no pós-operatório, predominando nos setores de Cirurgia Geral (18,2%) e Ginecologia e Obstetrícia (18,2%).

Os resultados mostraram que a maioria (75,8%;25) não possui especialização em nenhuma área da enfermagem. Essa evidência levanta a discussão sobre uma das barreiras no manejo da dor, ou seja, a não especialização nesta área de conhecimento.

A complexidade do tema da dor exige formação clínica especializada e prática profissional prolongada para o manejo adequado da dor. Isto porque o período pós-operatório se caracteriza pela presença de instabilidade respiratória e hemodinâmica do paciente e, no uso de tecnologia de ponta para monitorização.^{14, 2} O efeito das drogas anestésicas e o trauma cirúrgico encontram uma

trajetória singular em cada indivíduo e, ainda, podem ser influenciados tanto por patologias associadas quanto pelas dimensões cognitivas e afetivas do paciente. Além disso, como parte de um período denominado de perioperatório, é preciso conhecer os fatores específicos antecedentes da cirurgia e os que ocorrem durante a cirurgia com potencial de influenciar positiva ou negativamente na qualidade do pós-operatório.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES ATUAIS DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS SEGUNDO O SETOR DE TRABALHO DURANTE O PERÍODO DE ABRIL A MAIO DE 2000.

Setores	Atividade Atual				
	n	%	Assistencial %	Docente-Assistencial %	Outras %
Cirurg. Geral	10	30,6	18,8 (6)	9,0(3)	3,0(1)
Transp.Renal	9	27,2	27,3(9)	–	–
Gineco-Obst.	6	18,1	15,2(5)	3,0(1)	–
Sala Rec. (P.O.I)	5	15,1	15,2(5)	–	–
U.T.I.	3	9,0	9,0(3)	–	–
Total	33	100	85,0(28)	12,0(4)	3,0(1)

As enfermeiras exercem atividades assistenciais (85,0%;28), seguidas de docente-assistenciais (12,0%;4) e uma (3,0 %) exerce outras atividades administrativas no mesmo hospital. Os profissionais com atuação docente-assistencial representaram força marcante para determinar o quantitativo de sujeitos com o título de especialização em enfermagem clínico-cirúrgica.

O estudo da dor merece atenção desde a graduação. No entanto, a carga horária destinada ao estudo de neurologia e da dor ainda é pequena, quando presente, na grade curricular. A Associação Internacional para o Estudo da Dor⁷ sugere a inserção do estudo da dor nos currículos do curso da área de saúde. Para a enfermagem, foi sugerida a inclusão do estudo dos mecanismos neurofisiológicos, avaliação e tratamento da dor como disciplina na graduação de enfermagem.

Atualmente, o governo federal brasileiro instituiu a Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos e co-

loca o enfermeiro inserido no seio da equipe multidisciplinar de combate à dor. Esse Programa traz à tona a necessidade de formação mais efetiva deste profissional para lidar com a dor em todos os níveis e ciclos vitais, a começar pela graduação.¹⁵

Diante da importância do estudo da dor para os enfermeiros atuantes no pós-operatório, buscou-se investigar o conhecimento dos mesmos sobre as teorias que explicam os mecanismos neuro-fisiológicos da dor. Observou-se que a maioria (78,8%;26) destes enfermeiros as desconhece. Decidiu-se, então, investigar aqueles que as conheciam (21,1%;7), sendo que cada um afirmou ter conhecimento de mais de uma teoria, majorando o quantitativo de teorias encontrado no Quadro 3 em relação ao número total de enfermeiros que referiram conhecê-las.

Daqueles enfermeiros que afirmaram conhecer alguma teoria tem-se 36,4% (4), para a teoria do Portão. Observa-se que os enfermeiros citaram uma das teorias mais referidas e mais aceitas na atualidade, sendo explicada quanto a compreensão, avaliação e controle, necessitando ainda de avaliação empírica.

A teoria do Portão fornece uma base melhor para a compreensão da individualidade da experiência dolorosa; sugere a presença e a intensidade da dor como fator dependente de várias atividades neurológicas a partir da transmissão de sinais do tálamo e do córtex^{2,1,10,14,16}. Essas estruturas, por sua vez, enviam sinais que compreendem a memória, as sensações do indivíduo juntamente com as influências culturais, emoções e ansiedade envolvidos com mecanismos de abertura e fechamento de portões inibidores

QUADRO 3 – CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS TEORIAS DA DOR E SETOR DE TRABALHO, DURANTE O PERÍODO DE ABRIL A MAIO DE 2000.

Setores	Teorias da Dor					
	n	%	Portão %	Endorfina %	Clínica %	Especificidade %
Cirurg. Geral	2	6,0	18,2	–	18,2	9,0
Transp. Renal	2	6,0	9,0	18,2	9,0	–
Gineco-Obst.	–	–	–	–	–	–
Sala REc. (P. O. I)	2	28,5	9,0	9,0	–	–
U.T.I	1	14,5	–	–	–	–
Total	7	100	36,4(4)	27,3(3)	27,3(3)	9,0(1)

ocasionado pela estimulação das fibras que transmitem sensações não-dolorosas. O controle da mensagem nociva se exerce em diferentes neurônios e intervém no nível medular e extramedular.¹⁰

Dentre os outros tipos de teorias citados pelos enfermeiros, a Endorfina e a Clínica, ambas com 27,3%(3), e a teoria da Especificidade (9,0%;1) suscitam questionamentos acerca do que se está se compreendendo como teorias da dor pela enfermagem. Os termos utilizados pelos entrevistados “Endorfina” e “Clínica” não são teorias.

A citada teoria da Especificidade é considerada ultrapassada tanto quanto a do Padrão (regularidade). Ela defende que a dor é comunicada ao cérebro por um sistema sensorial exclusivo como os da audição e da visão. O problema destas teorias chamadas de restritivas é que na

de um estímulo específico.²⁰ O conhecimento do mecanismo neurofisiológico da dor vem evoluindo proporcional aos estudos da indústria farmacológica sobre o mapeamento fisiológico de produtos considerados analgésicos. O estudo do trajeto doloroso ainda é motivo de polêmica e uma teoria, mesmo a mais atual – Teoria do Portão, não pode por si só explicar a modulação da dor psicogênica ou de dores sem causa fisiológica.¹

Cerca de 27,3% (3) enfermeiros afirmaram que aspectos clínicos significavam uma explicação teórica da dor. Na realidade, os aspectos mencionados descrevem o comportamento neurovegetativo do paciente no pós-operatório e são indicativos da presença da dor ou hemorragia, tais como: aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, sudorese, inquietação, lacrimejamento e dilatação pupilar.

QUADRO 4 – MÉTODOS DE AVALIAÇÃO REFERIDOS PELOS ENFERMEIROS CONFORME O SETOR DE TRABALHO DURANTE O PERÍODO DE ABRIL A MAIO DE 2000.

Métodos de Avaliação da Dor									
Setores	n	%	Escala Verbal	Escala Numérica	Clínica	Expressão Não-Verbal	Agulhas, Pressão e Calor	Escala de Glasgow	Exame Físico
			%	%	%	%	%	%	%
Cirurg. Geral	5	33,3	4,5	4,5	14,0	9,0	-	-	-
Transp. Renal	6	40,0	4,5	14,0	9,0	4,5	4,5	-	4,5
Gineco-Obst.	1	6,7	-	-	-	4,5	-	-	-
Sala Rec. (P.O.I)	2	13,3	-	4,5	9,0	4,5	-	-	-
U.T.I.	1	6,7	-	-	-	-	-	4,5	-
Total	15	100	9,0(2)	22,7(5)	31,8(7)	22,7(5)	4,5(1)	4,5(1)	4,5(1)

primeira, a teoria da Especificidade, a dor é entendida como a percepção de ameaça ou real agressão do tecido e o estado afetivo é apenas uma reação à sensação primária da dor.¹ A segunda, a teoria do Padrão, embora reconheça a regularidade do input nervoso, essencial para explicar o mecanismo nervoso, ignora a especialização fisiológica dos receptores, considerando os terminais sensoriais igualmente enervados, sendo a dor entendida como um resultado de uma intensa estimulação de receptores inespecíficos.^{17,18,1,12,19} Pode-se dizer que estas teorias são mais antigas e cederam lugar para abordagens mais abrangentes que contemplam as múltiplas dimensões da dor e a complexidade do seu mecanismo.

Entretanto, na atualidade, elas não são consideradas nem exatas nem abrangentes, mas contribuem para a compreensão das origens do fenômeno doloroso proveniente

Apenas 45,5% (15), da amostra estudada, afirmaram conhecer os métodos de avaliação da dor. Aqueles que não os conheciam (54,5%;18) apontaram um total de 22 tipos de métodos, indicativo do cálculo de percentual relativo apresentado no Quadro 4.

Dentre os métodos citados pelos enfermeiros entrevistados, a *Clínica do Paciente* (31,8%;7) foi indicada pela maioria como a forma de avaliar os pacientes no pós-operatório, seguido da “*Expressão Não Verbal* (22,7%;5), e a “*Escala Numérica*” (22,7%;5).

Os resultados demonstraram dificuldades relacionadas a compreensão do que seja um método de avaliação da dor. Na realidade, no momento em que o paciente sente dor no pós-operatório, o enfermeiro deve observar a “*Clínica do paciente*”, a “*Expressão não-verbal*” e a “*Expressão facial*”. São parâmetros considerados como

avaliações comportamentais e fisiológicas utilizados em pacientes inconscientes, confusos, e em condições críticas.²⁰

A metodologia utilizada depende da filosofia de trabalho adotada, daí a necessidade do conhecimento atualizado das teorias para a escolha de métodos e técnicas adequadas para cada caso. Tem-se na literatura muitos métodos e técnicas que se caracterizam pela abrangência, seja abarcando uma ou mais dimensões. Há instrumentos multidimensionais, que enfocam mais de uma dimensão (Ex. *Questionnaire McGill Pain*) e os unidimensionais que avaliam uma só dimensão, a intensidade (Ex. *Escala Analgésica*

Buscou-se, ainda, saber quais as fontes de consulta sobre a temática dor dos enfermeiros que demonstraram conhecimento sobre o assunto. Os percentuais obtidos no Quadro 5, representam os 15 enfermeiros entrevistados, que conheciam métodos de avaliação da dor, apontaram para mais de uma fonte de consulta formal e informal sobre o assunto. As principais fontes acerca dos métodos de avaliação da dor se deram a partir de livros (31,87%;5). De maneira informal, os enfermeiros afirmaram ter observado alguém os utilizando (13,6%;3) ou não lembram como conheceram esses métodos (9,1%;2).

QUADRO 5 – FONTES DE AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA DOR PELOS ENFERMEIROS DO PÓS-OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA CONFORME O SETOR DE TRABALHO NO PERÍODO DE ABRIL A MAIO DE 2000.

Setores	Fonte de Conhecimento							
	n	%	Livros	Graduação em Enferm.	Especialização	Encontros Nacionais	Observando alguém	Não lembra
			%	%	%	%	%	%
Cirug. Geral	10	45,4	22,7	-	9,1	-	9,1	-
Transp. Renal	5	22,7	-	9,1	4,5	4,5	-	4,5
Sala Rec. (P.O.I)	3	13,6	4,5	-	-	-	-	4,5
U.T.I.	4	18,2	4,5	-	9,1	4,5	-	-
Total	22	100,0	31,8(7)	9,1(2)	13,6(3)	13,6(3)	13,6(3)	9,1(2)

da Dor – EVA) já criados, aprimorados e adaptados para diversas línguas por pesquisadores.^{21, 22, 23, 24, 25, 26}

Outros métodos de avaliação da dor foram citados pelos enfermeiros em menor proporção como “*Agulhas, Pressão e Calor*”, “*Escala de Glasgow*” e o “*Exame físico*” (4,5%). Essa evidência mostra as barreiras na identificação de métodos calcados em bases científicas mais apropriadas para a avaliação da dor no pós-operatório. Na realidade, as citações sugerem contato com a dor do paciente em circunstâncias de cuidado ou por ocasião da realização de exame físico.

Observa-se que a busca do conhecimento dos métodos de avaliação em dor se deu, basicamente em livros. Em contrapartida, o estudo da dor vem sendo incrementado na última década em encontros nacionais e internacionais. Internacionalmente, essa realidade alcança um espaço de tempo mais distante e de forma mais efetiva a partir de 1979 com a criação do periódico *Pain*.⁷ Esses momentos de intercâmbio científico e cultural, juntamente com publicação específica são de grande valia para difundir o conhecimento sobre o assunto.

QUADRO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA DOR UTILIZADOS NO DIA-A-DIA PELOS ENFERMEIROS DO PÓS-OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA CONFORME O SETOR DE TRABALHO NO PERÍODO DE ABRIL A MAIO DE 2000.

Setores	Métodos de Avaliação da Dor Utilizados**					
	n*	%	Clínica	Observação	Escola de Glasgow	Expressão Facial
			%	%	%	%
Cirurg. Geral	4	50,0	3	2	-	-
Transp. Renal	2	25,0	1	1	1	1
Sala REc. (P. O. I)	1	12,5	-	-	1	1
U.T.I.	1	12,5	-	-	1	1
Total	7	100	4	3	3	3

* Convém lembrar que 8 enfermeiros afirmaram utilizar mais de um método para avaliar a dor de pacientes no seu dia-a-dia, somando o total de 13 métodos utilizados.

Aprofundou-se ainda mais a busca de barreiras do manejo da dor ao se investigar se os enfermeiros utilizavam algum método de avaliação no seu dia-a-dia, conforme o Quadro da página anterior.

Dos 15 enfermeiros que afirmaram conhecer os métodos de avaliação da dor, cerca de 53,4% (8) os utilizam na prática e isso representa 24,2% (8) da amostra investigada. Desses percentuais, os enfermeiros do setor de Ginecologia-Obstetrícia desaparecem, causando questionamentos quanto à qualidade da assistência prestada às mulheres atendidas nesse hospital.

Os métodos descritos pelos enfermeiros pesquisados formam um conjunto incompleto de apreciações do fenômeno da dor, mas mostram indícios empíricos positivos de utilização de um método através da percepção da dor nesses pacientes (clínica, expressão facial e observação).

Outras barreiras foram identificadas no tocante à definição do tipo de dor mais freqüente no pós-operatório. Embora tenham respondido, corretamente, que a dor mais freqüente no período do perioperatório é a dor aguda, 100% (33) não souberam definir ou caracterizar esse tipo de dor, respondendo, portanto de forma intuitiva.

Os métodos de avaliação da dor são complexos. É necessário evocar parâmetros quantitativos e qualitativos a partir das respostas dos pacientes. Esses parâmetros, comportamentais ou fisiológicos possuem uma base de fatores subjetivos de origem psicoemocional que devem ser apreciados pelo enfermeiro ou outro profissional que lida com a dor. Pois o tratamento da dor, segundo Guimarães²⁷ para ser eficaz perpassa por uma avaliação acurada do problema. Esta avaliação tanto pode levar a uma diminuição de gastos desnecessários com analgésicos quanto melhorar a qualidade de vida daqueles que se submetem ao tratamento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo, pode-se inferir que se o conteúdo teórico-prático sobre dor for implementado desde a formação acadêmica dos enfermeiros existe a possibilidade do manejo adequado pelo futuro profissional. E, com isso diminuir o sofrimento do paciente durante um período tão delicado, que é o pós-operatório. Não obstante, é preciso, também que educação após a graduação seja contínua nesse domínio de estudo.

Confirmou-se a suposição de que o déficit de conhecimento teórico e prático dos enfermeiros no pós-operatório, sobre a temática em questão, constitui barreiras no manejo da dor. Essas barreiras estão ainda ligadas ao déficit de conteúdo cognitivo não adquirido durante a graduação e nem pelo serviço de educação continuada.

Considerada como o quinto sinal vital, a temática dor deverá ser motivo de estudos para que se efetive uma prática inteligente, emocional e cognitiva pelo enfermeiro. Os saberes e práticas sobre o assunto deverão ser difundidos no seio da enfermagem pelo enfermeiro. Como líder da equipe saberá planejar e treinar os auxiliares e técnicos na conduta mais coerente para evitar que a dor se instale, defendendo os direitos do paciente a um pós-operatório sem dor e com qualidade de vida.

No transcorrer da pesquisa, os enfermeiros sugeriram a realização de treinamentos e cursos sobre teorias e manejo da dor, inclusive a abordagem das terapias não-convencionais como alternativas de educação continuada, integração da equipe multiprofissional, a inclusão do tema no currículo de graduação em enfermagem e, a participação do setor de educação continuada na promoção desses cursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tasker RR, Dostrovsky FO. Deafferentation and central pain. In: WALL PD, MELSACK R. Textbook of Pain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1989.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Controle da Dor. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001; 13(1). p. 157-176.
3. Couturier M. La Douleur: place des antalgiques. 2ª ed. França (FR): UPSA Laboratoires; 1996.
4. Pflug AF, Bonica JJ. Physiopathologie and control of postoperative pain. Arch Surg 1977; 112: 773-781.
5. Macquay HJ, Carrol D, Moore RA. Postoperative orthopaedic pain – the effect of opiate premedication and local anaesthetic blocks. Pain 1988; 33: 291-295.
6. Bonnet FA. A dor no Meio Cirúrgico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. International Association Study of Pain. Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249-52.
8. Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e Cultura. In: Carvalho MMMJ, organizadores. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo (SP): Summus; 1999. p. 159-73.

9. Faleiros Sousa FAE. Dor: o quinto sinal vital [Apresentado ao 54º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2002 nov 13; Fortaleza].
10. Teixeira MJ. Fisopatologia da dor. In: Carvalho MMMJ. (Org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo (SP): Summus, 1999, p. 77-143.
11. Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1973 78(2): 173-81.
12. Mcguirre DB. The measurement of clinical pain. *Nursing Research* 1984; 22: 339-405.
13. Chaves DC, Heise Alhm, Pires AM, Ribeiro AR, Santoro CM, Souza FR, Destro SS. Proposta de Atendimento a pacientes com dor aguda e crônica : experiência do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. In : Anais V ENFTEC; 1996 abr. 12-15; São Paulo. São Paulo(SP): ABEN; 1996. p.322-24.
14. Moreira LFS, Nunes B, Silva CG, Manfrinato LS, DO Val LF, Leeking R, Secoli SR. Avaliação da dor aguda no pós-operatório pelo serviço de Terapia da dor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. In : Anais V ENFTEC; 1996 abr. 12-15; São Paulo. São Paulo(SP): ABEN; 1996. p.325-27.
15. Ministério da Saúde. Portaria n. 19, de 3 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, do Programa Nacional de Assistência à dor e Cuidados Paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 3 jan. 2002 Seção 1: p.1.
16. Toniolli ACS. Ensino da Dor na Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem. In: Anais do 4º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem; 2001 jun. 1-311; Fortaleza(CE): Associação Brasileira de Enfermagem-CE, 2001: p. 252.
17. Melsack R, Wall PD. Pain Mechanims: a new theory. *Science* 1965 150: 911-79.
18. Wall PD. The gate control theory. *Brain* 1978; 101:1-18.
19. Melsack R. The challenge of pain. Nova York (NY): Basic Books; 1982.
20. Cambier J, Masson M, Dehen H. Semiologia da Sensibilidade. In: Cambier J, Masson M, Dehen H. Manual de Neurologia. 9 ed. Rio de Janeiro(RJ): Medsi; 1999: p. 1-30.
21. Tollison CD. Definitions of the Pain. In: Tollison CD. Handbook of Pain Management. 2ª ed. Massachussets (EUA): Mosby; 1994: p. 12-23.
22. Readdy LB, Edwards WT. Tratamento da dor aguda. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1995.
23. Melsack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975: 1: 277-99.
24. Fishman B, Pasternak S, Wallenstein SI, Houde Rw, Holland Jc, Foley KM. The memorial pain assessment card. *Cancer* 1987: 60:1151-8.
25. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974: 7889(2); 1127-31.
26. Toniolli, A.C.S., Pagliuca, L.M.F. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 2003 março-abril; 11(2):220-6.
27. Guimarães SS. Introdução ao Estudo da Dor. In: Carvalho MMMJ, organizadores. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo(SP): Summus; 1999.

RECEBIDO EM: 10/03/2003

APROVADO EM: 07/01/2004