



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE DE ORTOPEDIA: ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA
DOR**

DANIELA AIRES CARDOSO

CEILÂNDIA (DF)
2014

DANIELA AIRES CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE DE ORTOPEDIA: ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA
DOR**

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de
Enfermagem, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem – Universidade de
Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Linha de pesquisa: Dor

Orientação: Profa. Dra. Mani Indiana Funez

CEILÂNDIA (DF)
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cardoso, Daniela Aires

Caracterização do perfil de pacientes internados em uma unidade de ortopedia: aspectos relacionados ao controle da dor. – 2014.

44f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Curso de Enfermagem, 2014.

Orientadora: Professora Dra. Mani Indiana Funez.

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Manejo da dor. 3. Assistência de enfermagem. I. Funez, Mani Indiana. II. Universidade de Brasília. III. Caracterização do perfil de pacientes internados em uma unidade de ortopedia: aspectos relacionados ao controle da dor.

DANIELA AIRES CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE DE ORTOPEDIA: ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA
DOR.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado à Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: _____ de _____ de 2014.

Prof. Dra. Mani Indiana Funez – Orientadora

Prof. Ms. Luciano Ramos de Lima

Prof. Dra. Michelle Zampieri Ipolito

Dedico este trabalho aos meus pais.
Sem vocês eu certamente não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a vida e tão ricas oportunidades pelo caminho.

Aos meus pais, que de forma tão amorosa me deram forças em todos os momentos. Sempre com um colo acolhedor, ouviram pacientemente meus desabafos e me ampararam nas horas difíceis. Sem medir esforços, trabalharam incansavelmente para me darem o sustento. Obrigada por todo amor, carinho, dedicação e também por todos os conselhos.

À minha família pelo apoio incondicional. Em especial, agradeço às minhas primas Fernanda Karen e Greyce Kelly e ao meu irmão Phillip pelos anos em que convivemos diariamente dividindo a moradia. A companhia e o incentivo de vocês foram essenciais. Estendo este agradecimento aos meus tios Fernando e Anésia. Agradeço também aos meus tios Boanerges e Anália que, juntamente com meus primos Ana Luíza, Daniel e Sara, me acolheram em sua casa. O que vocês fizeram por mim eu jamais esquecerei!

Aos demais familiares pelas orações, pelo incentivo de sempre e por todo o carinho dedicados a mim.

Aos meus amigos pela torcida e pela compreensão nos momentos de ausência.

Às amigas Fernanda, Gabriela e Rafaela pelo companheirismo nestes 5 anos de graduação. A caminhada pode ter sido árdua, mas a presença de vocês tornou tudo mais prazeroso.

Aos colegas de turma, com quem pude dividir as ricas experiências vividas durante este tempo.

A todos os professores que participaram de minha formação. Obrigada por toda a motivação e por todos os anos de estudo dedicados aos alunos.

À professora Mani pelo empenho dedicado a este trabalho, e por todo apoio, incentivo e paciência. A palavra mestre não faz justiça a tudo o que você representa para mim!

Aos professores Luciano e Michelle por terem aceito participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos profissionais que me acompanharam nos campos de estágio por todo o auxílio, paciência e ensinamentos. Obrigada pelas ricas contribuições à minha formação.

À equipe de enfermagem da Unidade de Ortopedia do hospital público do Distrito Federal por ter permitido a realização deste trabalho.

Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas;
glória, pois, a Ele eternamente. Amém.

Romanos 11:36

RESUMO

Dor é o principal motivo pelo qual 75 a 80% das pessoas procuram o sistema primário de saúde, e, mesmo sendo tão frequente, estima-se que 75% dos pacientes com dor sejam tratados inadequadamente. Objetivou-se identificar os processos que influenciam o manejo da dor no serviço de cirurgia ortopédica relacionados à Assistência de Enfermagem, de um hospital público de Ceilândia-DF. Foi realizado estudo descritivo, transversal, exploratório, com abordagem quali-quantitativa através da análise de Prontuários Eletrônicos de pacientes internados na unidade estudada. A amostra foi por conveniência, composta por 25 pacientes. Encontravam-se no período pós-operatório mediato 12 pacientes, pré-operatório 11 e pós-operatório imediato 2. O procedimento mais presente foi o Tratamento Cirúrgico de Fratura. Não houve nenhum registro sobre dor na Recuperação Pós-Anestésica Imediata. Durante a internação na Unidade de Ortopedia, tal registro foi encontrado 8 vezes: destes, 1 foi feito por enfermeiro. Em nenhum dos prontuários foi registrada realização de procedimentos de enfermagem para alívio da dor. No total, houve 158 prescrições de fármacos relacionados ao controle da dor. Destas, 62 (39%) tiveram registro de administração, sendo 54 pontualmente e 8 com atraso. Das 96 (61%) sem registro de administração, a maioria (91) não recebeu justificativa. Do total de prescrições, 36 eram de fármacos opioides. Destas, 100% não foi administrado, e nenhuma recebeu justificativa para não administração. Os resultados sugerem possível déficit na assistência prestada aos pacientes da amostra. Diante disso, faz-se necessário que a equipe de enfermagem reconheça sua responsabilidade no cuidado do paciente com dor, pois somente assim poderá intervir de maneira positiva, respeitando o indivíduo e contribuindo para ofertar um cuidado humanizado.

Palavras-chave: manejo da dor; assistência de enfermagem; procedimento cirúrgico.

ABSTRACT

Pain is the main reason for 75-80% of the search for primary health care system, and even being so usual, it is estimated that 75% of patients with pain are poorly treated. The purpose was to identify the processes that influence pain management in orthopedic surgery services related to nursing care, in a public hospital in Ceilândia-DF. It was performed a descriptive, cross-sectional and exploratory study with qualitative and quantitative approach through the review of electronic health charts of hospitalized patients in the studied unit. The sample was for convenience, with 25 patients. Were in mediate postoperative period 12 patients, preoperative 11 and immediate postoperative period 2. The most common procedure was the Surgical Treatment of Fracture. There was no record about pain in post anesthesia care unit. During hospitalization in Orthopedics Unit, this record was found 8 times: of these, 1 was done by a nurse. In any of health charts was recorded about nursing procedures for pain relief. In total, there were 158 prescriptions of drugs related to pain control. Of these, 62 (39%) had administration record, 54 on time and 8 late. Of 96 (61%) with no record of administration, the majority (91) did not receive justification. Of all prescriptions, 36 were opioid drugs. Of these, 100% were not administered, and none received justification for non administration. The results suggest a possible deficit in care provided to patients. Therefore, it is needed that the nursing team recognize their responsibility in the care to the patient with pain, because just this way this team will can intervene positively, respecting the individual and contributing to offer a humanized care.

Keywords: pain management; nursing care; surgical procedure.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Período cirúrgico no momento da coleta de dados.	21
Figura 2. Local da cirurgia.	22
Figura 3. Tipo de anestesia.	23
Figura 4. Tempo de espera para cirurgia.	23
Figura 5. Registro sobre dor na REPAI em prontuários de pacientes que passaram por procedimento cirúrgico.	24
Figura 6. Número de pacientes com dados sobre dor registrados em prontuário por algum profissional de saúde nos períodos pré-operatório e pós-operatório.	24
Figura 7. Registros sobre dor organizados por categoria profissional em prontuários de pacientes internados na unidade de ortopedia.	25
Figura 8. Presença ou ausência de registros de procedimentos não-farmacológicos para o controle da dor pela equipe de enfermagem em prontuário.	26
Figura 9. Número de aprazamentos por grupo de medicamentos.	27
Figura 10. Registros de administrações e não-administrações de medicamentos por grupo farmacológico.	28
Figura 11. Registro de pontualidade de administrações e justificativas para não-administrações de medicamentos por grupo farmacológico e combinações.	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos: sexo e idade.	20
Tabela 2. Procedimentos cirúrgicos.	21
Tabela 3. Organização dos medicamentos prescritos e relacionados ao controle da dor por grupo farmacológico e combinações. AINEs: anti-inflamatórios não-esteroidais.	26
Tabela 4. Prescrições de medicamentos administradas (pontualmente ou com atraso) e não administradas (com ou sem justificativa).	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3. OBJETIVOS	16
4. METODOLOGIA	17
4.1. Tipo de estudo	17
4.2. Local de estudo	17
4.3. População e amostra	17
4.3.1 <i>População de referência</i>	17
4.3.2 <i>População de estudo</i>	17
4.3.3 <i>Critérios de Inclusão</i>	17
4.3.4 <i>Critérios de exclusão</i>	17
4.3.5 <i>Riscos</i>	17
4.3.6 <i>Benefícios</i>	17
4.4. Equipe de execução	17
4.5. Condução da investigação	18
4.6. Ética na pesquisa	18
4.7. Tratamento dos dados	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSSÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO I	44
APÊNDICE A	46

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar sobre dor no contexto cirúrgico surgiu durante a disciplina Integração ao Cenário de Práticas 4 do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Campus Ceilândia. Durante este período em que pude conviver com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, notei que as queixas de dor eram muito frequentes e isto me causou certa inquietação. Eu não aceitava o fato de que tanto sofrimento não pudesse ser aliviado, e me interessei em aprofundar os conhecimentos a respeito deste tema.

A dor é o principal motivo pelo qual 75 a 80% das pessoas procuram o sistema primário de saúde, e, mesmo sendo tão frequente, estima-se que 75% dos pacientes com dor sejam tratados inadequadamente (PESSINI, 2002). Dados epidemiológicos apontam que a dor aguda ocorre em quase todos os indivíduos. Já a dor crônica tem prevalência entre 7 e 40% nas comunidades, sendo persistente e intensa em 8% dos indivíduos (ALVES NETO et al., 2009). A crescente ocorrência deste fenômeno pode ser explicada pelos novos hábitos de vida, maior longevidade do indivíduo, prolongamento da sobrevivência dos indivíduos com enfermidades naturalmente fatais, modificações do meio ambiente e reconhecimento de novas condições álgicas. A dor, além de causar estresses físico e emocional significativos para pacientes e cuidadores, constitui um fardo econômico e social para a sociedade (ALVES NETO et al., 2009).

Segundo Forni et al. (2012), é fundamental que haja conhecimento do profissional de saúde sobre as características dos pacientes com dor que procuram atendimento de saúde para que os serviços possam atender às suas necessidades. E além de obter informações a respeito do paciente, é também desejável que se conheça os procedimentos e processos realizados pelos profissionais dispensadores do cuidado. Conhecendo melhor tais características, é possível acompanhar a evolução dos pacientes e realizar os ajustes necessários ao tratamento. Além disso, também se torna possível melhorar a assistência como um todo, fornecendo uma base de evidências que justificam intervenções na assistência prestada ao paciente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos deste” (IASP, 1986). A dor aguda está relacionada a um estímulo nociceptivo causado por uma lesão, e é o resultado de um conjunto de experiências cognitivas, emocionais e sensitivas associadas a respostas autonômicas e comportamentais, como definem Pimenta et al. (2001).

O estímulo nocivo de natureza mecânica, térmica ou química provoca dano tecidual, o que resulta no acúmulo de substâncias algogênicas (histaminas, prostaglandinas, hidrogênio entre outras). Estas substâncias sensibilizam as terminações nervosas livres, geram potenciais de ação e despolarizam a membrana neuronal. A informação dolorosa é transmitida pelas fibras nociceptivas A δ e C que se dirigem ao corno posterior da medula. Após ascender pelos tratos espinotalâmico e espinoreticular, a informação dolorosa chega à formação reticular, tálamo e substância cinzenta periaquedutal, sistema límbico e córtex cerebral (PIMENTA et al., 2001, p. 181).

A informação dolorosa desencadeia uma série de consequências no organismo, como alterações cardiocirculatórias, taquipnéia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. Isto acontece por causa da liberação intensa e prolongada de catecolaminas e hormônios devido ao aumento da atividade do sistema nervoso autonômico. O estímulo do sistema nervoso simpático leva à redução do tônus intestinal, diminuição da velocidade do esvaziamento gástrico, predisposição à ocorrência de íleo paralítico, náuseas e vômitos e aumento do tônus do esfíncter vesical (PIMENTA et al., 2001; ALVES NETO et al., 2009).

A dor é uma experiência muito frequente no pós-operatório, podendo estar relacionada a sofrimento e exposição dos indivíduos a riscos desnecessários (PIMENTA et al., 2001). As complicações desencadeadas pelo fenômeno doloroso estão diretamente relacionadas com o aumento da morbi-mortalidade do paciente cirúrgico (QUEIROZ et al., 2007; BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006).

Melzack e Torgerson (1971) afirmaram que a dor possui três dimensões: sensitivo-discriminativa, afetivo-motivacional e avaliativa. A dimensão sensitivo-discriminativa refere-se às características espaciais, de tensão, de pressão, de vivacidade da

dor e térmicas, enquanto a afetivo-motivacional se manifesta por sentimentos de medo, punição, cansaço e reações autonômicas. A dimensão avaliativa refere-se à situação global vivenciada pelo indivíduo. É importante ressaltar que fatores sensoriais, emocionais e culturais podem ter influência na interpretação e resposta à dor.

Por meio das informações apresentadas, pode-se perceber que a dor é uma experiência extremamente subjetiva para o paciente. Por isso, o trabalho de quantificá-la objetivamente torna-se difícil (CAUDILL, 1998). Um grande problema relacionado a isso é que os pacientes têm dificuldade em encontrar uma linguagem adequada para expressar a sua dor (PESSINI, 2002). Os instrumentos de avaliação da dor facilitam este processo, o que torna possível conhecer tanto a incidência, a duração e a intensidade da experiência dolorosa, e os resultados obtidos mediante intervenções (PEREIRA; SOUSA, 1998).

A avaliação da dor pode ser realizada por meio de instrumentos de dois tipos: unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais permitem a mensuração da dor considerando apenas uma dimensão, e enquadram as escalas numéricas (categorias numéricas), verbais (categorias adjetivais) e escalas analógicas-visuais (julgamentos visuais). Os instrumentos multidimensionais permitem a mensuração da dor considerando duas ou mais dimensões, e tem-se como principal exemplo o Questionário para Dor McGill (MELZACK, 1987) que contém 78 descritores distribuídos entre 4 grupos que abrangem as dimensões da dor. Os instrumentos mais utilizados são os que consideram a subjetividade do discurso do paciente como a principal evidência de sua dor (PEREIRA; SOUSA, 1998).

Embora disponhamos de tais mecanismos para a avaliação da dor, esta não depende unicamente dos instrumentos disponíveis para o uso, mas sim destes associados ao preparo holístico do profissional de enfermagem. Para avaliar a dor, é necessário estar capacitado tecnicamente para perceber a experiência do outro, estando envolvido numa empatia que mantém vivo o papel de cuidador do profissional de enfermagem, com o foco da ação no ser humano, respeitando a sua singularidade e seu modo próprio de existir (PEDROSO; CELICH, 2006).

Além da avaliação da dor, seu controle também é essencial para a assistência integral ao paciente, e é do profissional de saúde esta responsabilidade. O manejo da dor minimiza e elimina o desconforto, facilita a recuperação do paciente, evita efeitos colaterais relacionados ao tratamento e promove tratamento com baixos custos, além de evitar complicações da dor que poderiam aumentar a morbidade e o período de internação (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009).

As ferramentas para o gerenciamento da dor podem ser farmacológicas e não farmacológicas. Os meios farmacológicos estão relacionados à administração de medicamentos, enquanto que os não farmacológicos são alternativas como mobilidade e movimentação, acupuntura, massagem terapêutica, relaxamento, posicionamento e conforto (PAULA et al., 2011).

Embora existam hoje muitas ferramentas para o adequado manejo da dor, ainda há muitos casos em que ela não é devidamente aliviada. Para que sejam alcançados o controle e a prevenção, este assunto deve ser discutido e esclarecido, e também é muito importante a criação e manutenção de rotinas que visem conceder ao paciente o máximo de conforto, tratando satisfatoriamente o seu quadro doloroso (PESSINI, 2002; TACLA et al., 2008).

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL: Identificar características dos pacientes, dos procedimentos e dos processos que influenciam o manejo da dor no serviço de cirurgia ortopédica na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar os tipos de tratamento cirúrgico realizados na população de pacientes internados na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal;
- 2) Caracterizar demograficamente os pacientes internados na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal;
- 3) Identificar informações disponíveis em prontuários de pacientes internados na Unidade a ser estudada quanto ao tempo de espera para realização da cirurgia, tipo de cirurgia, tipo de anestesia proposto, registro de dor e analgesia em pós-operatório, registro de procedimentos realizados relacionados ao manejo da dor, tipo de fármacos prescritos, regime e aprazamento, via de administração.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo, observacional, transversal, exploratório com abordagem qualitativa através da análise de Prontuários Eletrônicos.

4.2. Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal.

4.3. População e amostra

4.3.1. População de referência: Pacientes internados na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal.

4.3.2. População de estudo: Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, internados na unidade estudada. A amostra foi por conveniência - aquela em que o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis, sendo composta de 25 pacientes.

4.3.3. Critérios de Inclusão: Pacientes internados na Unidade de Ortopedia de um hospital público do Distrito Federal, no período de abril a junho de 2014.

4.3.4. Critérios de exclusão: Menores de 18 anos, maiores de 60 anos, pacientes que tenham sido submetidos a mais de um procedimento cirúrgico, pacientes com informações dúbias no prontuário eletrônico.

4.3.5. Riscos: Levando em consideração que não foram realizadas intervenções no tratamento dos pacientes, apenas a análise do prontuário, os riscos relacionados à realização da pesquisa são mínimos.

4.3.6. Benefícios: As informações geradas por esta pesquisa possuem o potencial de contribuir para o melhor atendimento ao cliente, ampliando o papel, a autonomia e o compromisso do profissional de saúde no cuidar. Deste modo, pretende-se que a pesquisa tenha impacto positivo na assistência à saúde.

4.4. Equipe de execução

Composta por uma estudante de graduação e professora orientadora.

4.5. Condução da investigação

A coleta de dados aconteceu entre abril e junho de 2014. Os dados foram obtidos por meio do prontuário eletrônico dos pacientes, sendo utilizado para isto um instrumento abordando aspectos sociodemográficos, dados da cirurgia e dados acerca do manejo da dor.

O primeiro bloco do instrumento de coleta (dados sociodemográficos) aborda informações como: nome, data de nascimento, sexo, endereço, telefone, número de registro na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, uso de álcool e outras substâncias, entre outros (APÊNDICE A).

Os dados referentes à cirurgia (tipo de cirurgia, local da cirurgia, tempo de espera, anestesia, período cirúrgico e registro de dor na Recuperação Pós-Anestésica) foram coletados a partir dos formulários pré, trans e pós-operatórios (imediato) disponíveis no prontuário eletrônico, preenchidos pela equipe de profissionais do Centro Cirúrgico do mesmo hospital. Foram consideradas as informações exatamente como estavam descritas nestes formulários. Foi considerado como igual a zero o tempo de espera menor que 30 minutos, já que este tempo representa o mínimo necessário para realizar os trâmites referentes à internação.

Os dados referentes às informações sobre o manejo da dor por profissionais de saúde (registro sobre dor; procedimentos de enfermagem descritos para o alívio da dor; e medicamentos prescritos e administrados) foram coletados a partir das evoluções realizadas por todas as categorias profissionais nas 24 horas anteriores ao momento da coleta de dados. Foram considerados todos os registros encontrados sobre dor. O uso de sinônimos também foi considerado como registro válido (algia, doloroso, indolor, queixas álgicas). Os dados referentes à terapia medicamentosa para tratamento da dor foram coletados por meio da utilização da prescrição médica anterior ao momento da coleta de dados, e foram registrados segundo o nome, dose, via de administração, aprazamento, presença ou ausência de checagem de administração, e presença ou ausência de atraso para a checagem. As administrações realizadas 30 minutos antes ou 30 minutos depois do horário determinado foram consideradas como pontuais (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2011).

4.6. Ética na pesquisa

O estudo foi realizado de acordo com a resolução CNS nº 466/2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do

Distrito Federal (SES/DF), e encontra-se registrado sob o número CAAE 16470313.2.0000.5553 (ANEXO).

4.7. Tratamento dos dados

As informações obtidas a partir do instrumento de Coleta de Dados foram lançadas em planilhas do *Microsoft Office Excel*, classificadas, agrupadas e apresentadas em tabelas e gráficos.

5. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 25 prontuários de pacientes. O levantamento de dados sociodemográficos da amostra mostrou que a maioria dos pacientes participantes era do sexo masculino (56%, n=14) enquanto que 44% (n=11) era do sexo feminino (Tabela 1). A média de idade foi de 37,6 anos, variando entre 22 e 58 anos, e as faixas etárias mais frequentes foram as de 30 a 35 anos (n=6, 24%) e 36 a 41 anos (n=6, 24%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos: sexo e idade.

Sexo	N	%
Masculino	14	56
Feminino	11	44
Idade	N	%
18 a 23	3	12
24 a 29	3	12
30 a 35	6	24
36 a 41	6	24
42 a 47	1	4
48 a 53	3	12
54 a 60	3	12

Quanto ao período operatório no momento da coleta de dados, 12 pacientes (48%) encontravam-se em período pós-operatório mediato, 11 (44%) em pré-operatório (mediato ou imediato) e 2 (8%) em pós-operatório imediato (Figura 1).

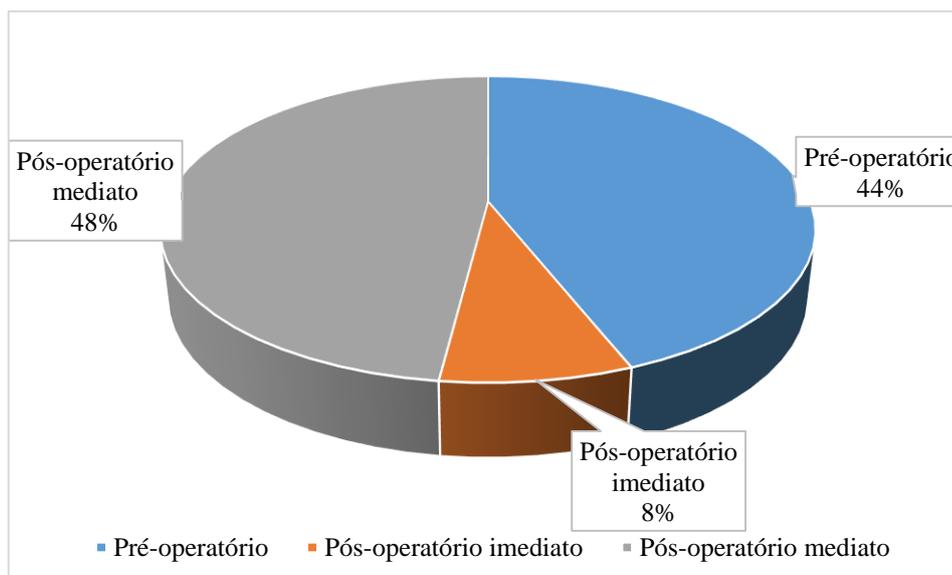


Figura 1. Período cirúrgico de pacientes no momento da coleta de dados, Ceilândia, 2014.

Conforme mostra a Tabela 2, o procedimento mais presente na amostra foi o Tratamento Cirúrgico de Fratura (n=7, 28%). Os outros registros de procedimentos estiveram presentes em igual número (n=1, 4%), dentre os quais estão: redução de luxação e redução de fratura, ressecção óssea e artrodese, tratamento cirúrgico de luxação, laparotomia exploradora, instalação de tração trans-esquelética, desbridamento de úlcera com instalação de “vacterapia” (Sistema de Terapia *Vacuum Assisted Closure*[®] - V.A.C.[®]), e meniscectomia. Para a parte da amostra que se encontrava em período pré-operatório este dado foi registrado como “não se aplica” (n=11, 44%).

Tabela 2. Procedimentos cirúrgicos de pacientes, Ceilândia, 2014.

	N	%
Não se aplica	11	44
Redução de luxação + Redução de fratura	1	4
Tratamento cirúrgico de fratura	7	28
Ressecção óssea + artrodese	1	4
Tratamento cirúrgico de luxação ou fratura-luxação	1	4
Laparotomia exploradora	1	4
Instalação de tração trans-esquelética	1	4
Desbridamento de úlcera + instalação de vacterapia	1	4
Meniscectomia	1	4

Os membros inferiores foram o principal local de cirurgia (n=10, 40%), como apresenta a Figura 2, seguido de membros superiores (n=3, 12%) e abdome (n=1, 4%). Da mesma forma, para os pacientes que se encontravam em período pré-operatório este registro foi apresentado como "não se aplica" (n=11, 44%).

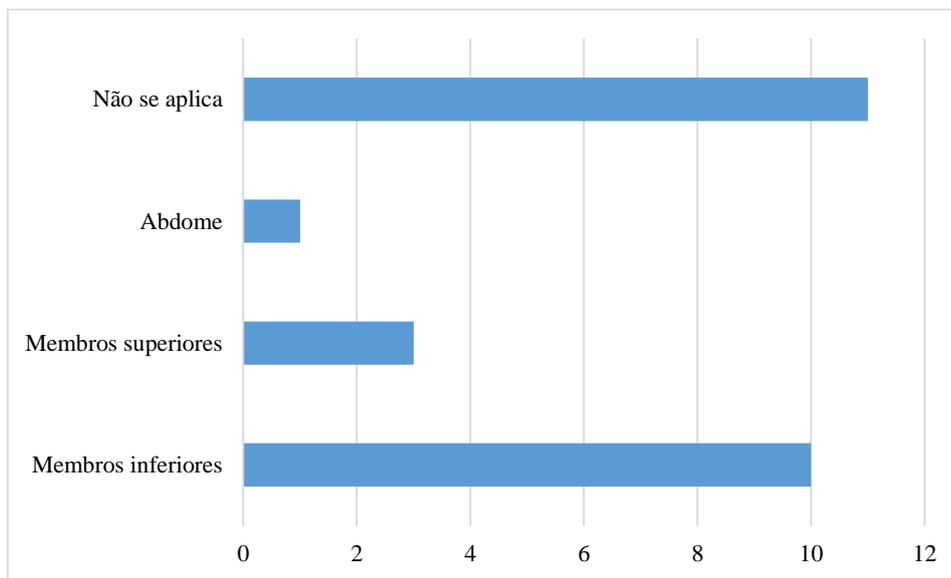


Figura 2. Local de tratamento cirúrgico de pacientes, Ceilândia, 2014.

O tipo de anestesia mais frequente foi a raquianestesia (n=8, 32%), seguida de bloqueio de plexo braquial (n=2, 8%), geral (n=2, 8%) e geral mista associada ao bloqueio de plexo braquial (n=1, 4%) (Figura 3). Da mesma maneira, para pacientes em período pré-operatório registrou-se "não se aplica" (n=11, 44%).

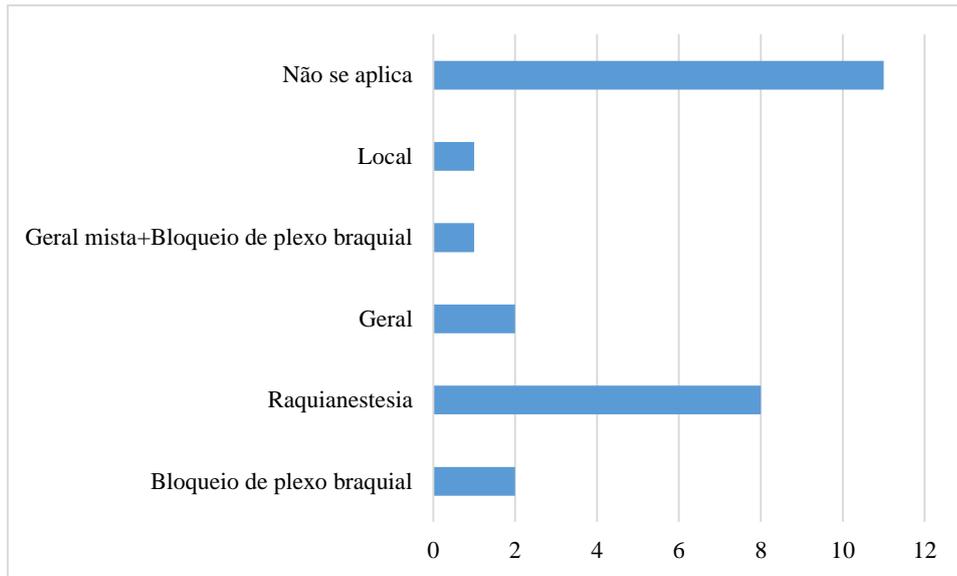


Figura 3. Tipo de anestesia empregado em tratamentos cirúrgicos de pacientes, Ceilândia, 2014.

Não houve tempo de espera para a cirurgia em 7 casos analisados (44%) (Figura 4). Foram vistos também tempos de espera de menos de 1 dia (n=2, 8%), 1 a 2 dias (n=2, 8%), 3 a 5 dias (n=1, 4%) e 6 a 10 dias (n=2, 8%). Os tempos de espera dos pacientes que estavam no período pré-operatório foram classificados como “não se aplica”.

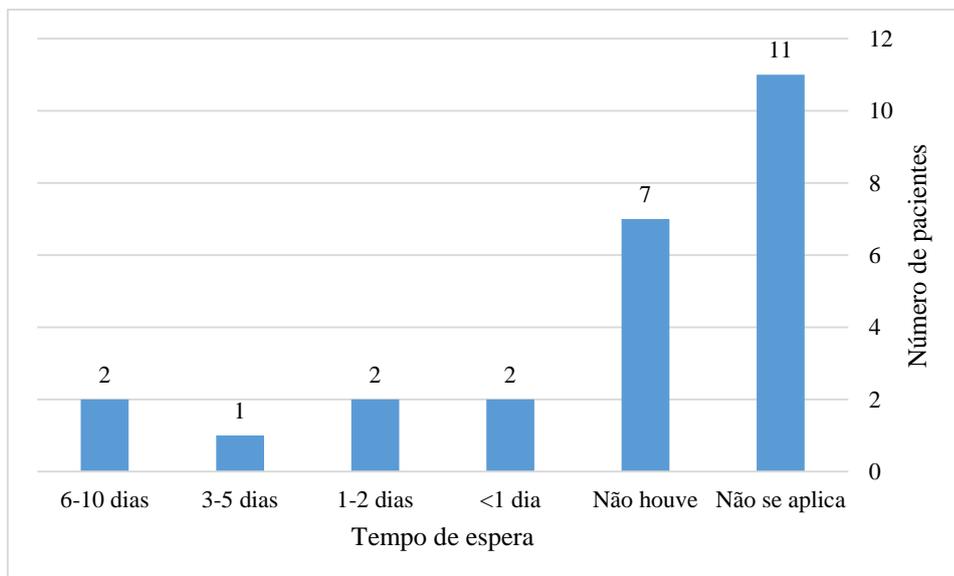


Figura 4. Tempo de espera para cirurgia, Ceilândia, 2014.

Na etapa de análise do registro sobre dor por profissionais de saúde foi observado que não houve este registro na Recuperação Pós-Anestésica Imediata (REPAI) para nenhum dos pacientes estudados ($n=0$, 0%), conforme mostra a Figura 5.

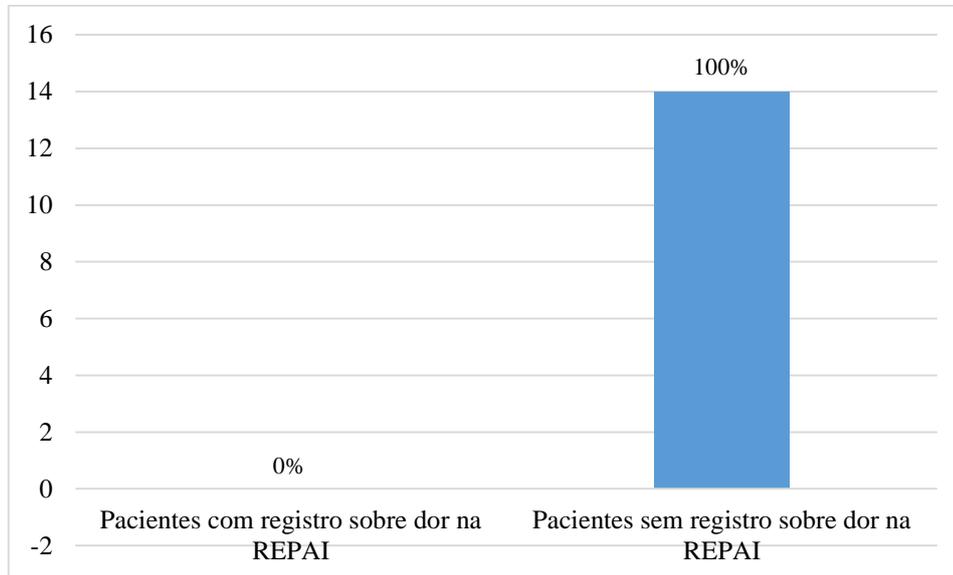


Figura 5. Registro sobre dor na REPAI em prontuários de pacientes que passaram por procedimento cirúrgico, Ceilândia, 2014.

Já na Unidade de Internação da Ortopedia, houve registro sobre dor 8 vezes em 8 prontuários (32%), sendo tal registro ausente em 17 prontuários (68%) (Figura 6).

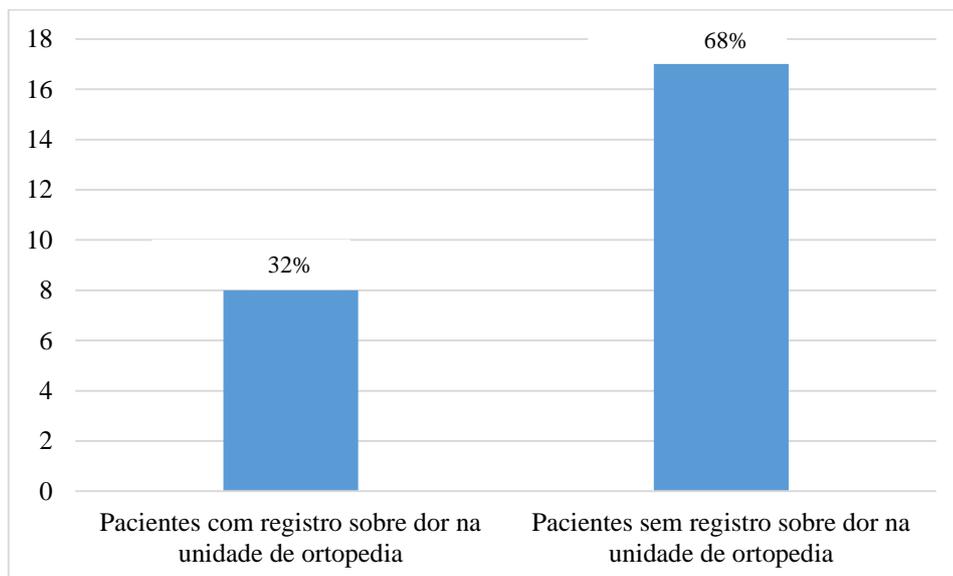


Figura 6. Número de pacientes com dados sobre dor registrados em prontuário por algum profissional de saúde nos períodos pré-operatório e pós-operatório, Ceilândia, 2014.

Dentre os registros realizados, 4 deles (50%) tratavam sobre presença de dor, 1 (12,5%) sobre ausência de dor e 3 (37,5%) sobre melhora da dor, conforme mostra a Figura 7. Os registros sobre presença de dor foram feitos por médicos (n=2, 50%), enfermeiro (n=1, 25%) e psicólogo (n=1, 25%). O registro sobre ausência de dor foi feito por um auxiliar de enfermagem, e os que relatavam melhora da dor foram realizados por médicos.

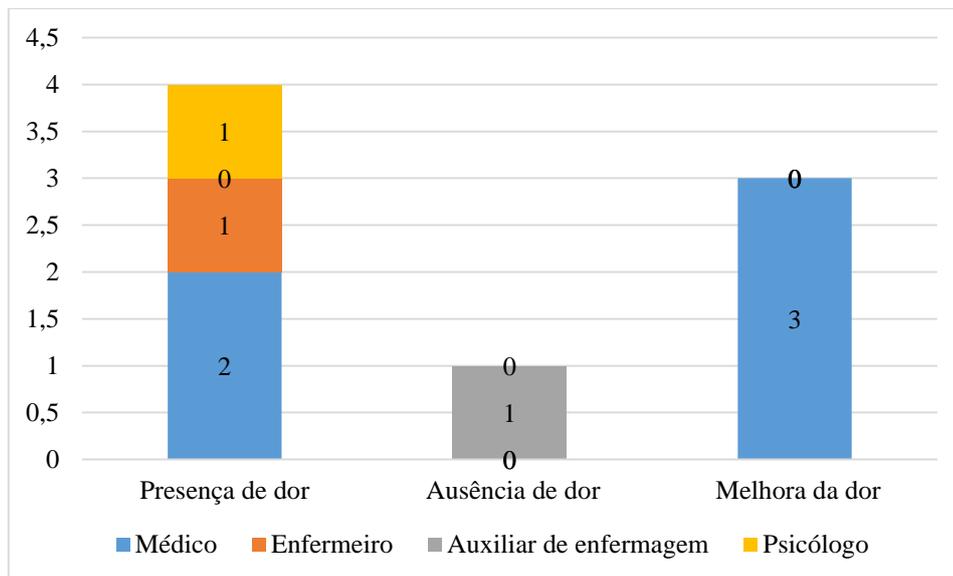


Figura 7. Registros sobre dor organizados por categoria profissional em prontuários de pacientes internados na unidade de ortopedia, Ceilândia, 2014.

Quanto ao controle não-farmacológico do processo doloroso, em nenhum dos prontuários analisados foi observado o registro da realização de procedimentos para o alívio da dor pela equipe de enfermagem (Figura 8).

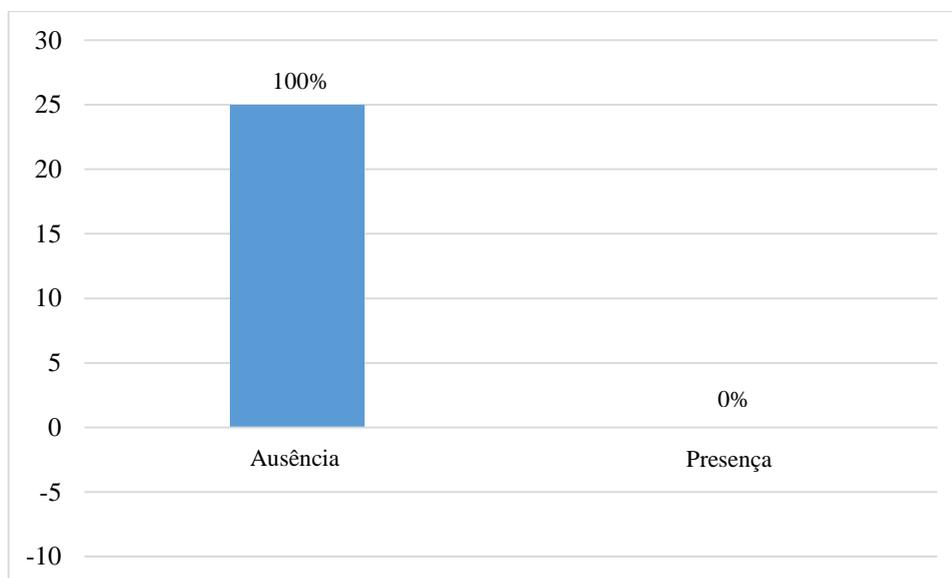


Figura 8. Presença ou ausência de registros de procedimentos não-farmacológicos para o controle da dor pela equipe de enfermagem em prontuário, Ceilândia, 2014.

Para fins de análise dos dados, os 7 medicamentos relacionados ao controle da dor observados nas prescrições médicas foram organizados por grupo farmacológico e combinações, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Organização dos medicamentos prescritos e relacionados ao controle da dor por grupo farmacológico e combinações. AINEs: antiinflamatórios não-esteroidais.

Analgésicos	AINEs	Opioides	Combinações
Dipirona	Parecoxibe	Tramadol	Codeína+Paracetamol
Paracetamol	Tenoxicam		

Para cada prescrição, a depender do regime estabelecido, havia de 1 a 5 aprazamentos no decorrer de 24 horas. No total, houve 158 aprazamentos de medicamentos relacionados ao controle da dor. Destes, 91 foram para analgésicos, 11 para AINEs (anti-inflamatórios não-esteroidais), 36 para opioides e 20 para combinações (Figura 9).

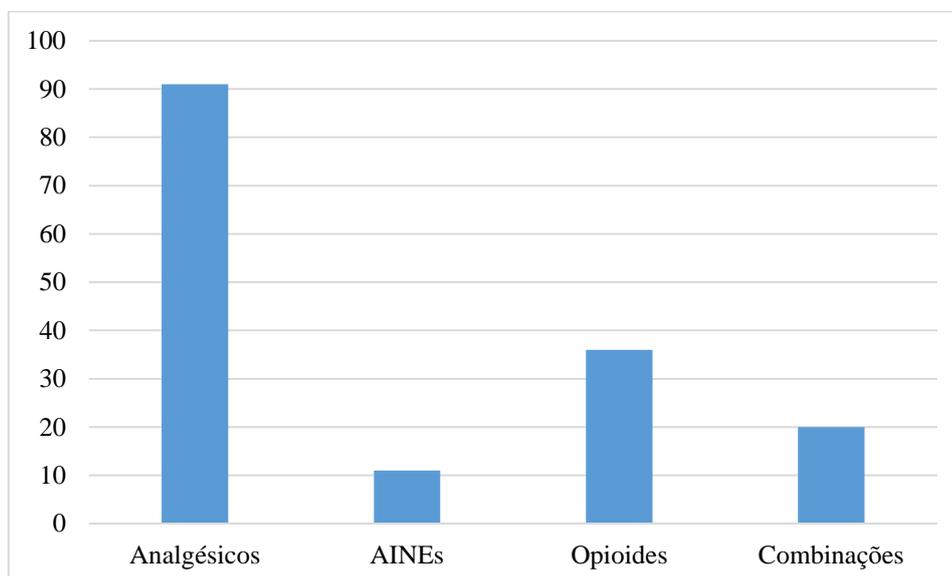


Figura 9. Número de aprazamentos de prescrições médicas feitas a pacientes internados na Unidade de Ortopedia por grupo de medicamentos, Ceilândia, 2014.

Dos 158 aprazamentos, encontrou-se registro de administração para 62 (39%), sendo 54 (87%) pontualmente e 8 (13%) com atraso. Dos 96 (61%) aprazamentos sem registro de administração, a maioria (n=91, 95%) não recebeu justificativa para a não administração e 5 (5%) receberam alguma justificativa – 1 (20%) foi justificado como "Não necessário" e 4 (80%) foram justificados como "Recusado" (Tabela 4).

Tabela 4. Prescrições de medicamentos com registro de administração (pontualmente ou com atraso) e não administração (com ou sem justificativa) feitas a pacientes internados na Unidade de Ortopedia, Ceilândia, 2014.

	N	%
Prescrições administradas	62	39,24
Pontualmente	54	87,09
Com atraso	8	12,90
Prescrições não administradas	96	60,75
Não justificadas	91	94,79
Justificadas	5	5,20
Justificativa: Não necessário	1	20
Justificativa: Recusado	4	80
Total	158	100

Analisando os dados por grupo farmacológico encontra-se dentre os aprazamentos de analgésicos que 57 (62,6%) foram administrados. Os AINEs tiveram 27% (n=3) dos aprazamentos administrados. Dos 36 aprazamentos de opioides, 100% não foi administrado. Dos 20 aprazamentos de combinações, 2 (10%) foram administrados (Figura 10).

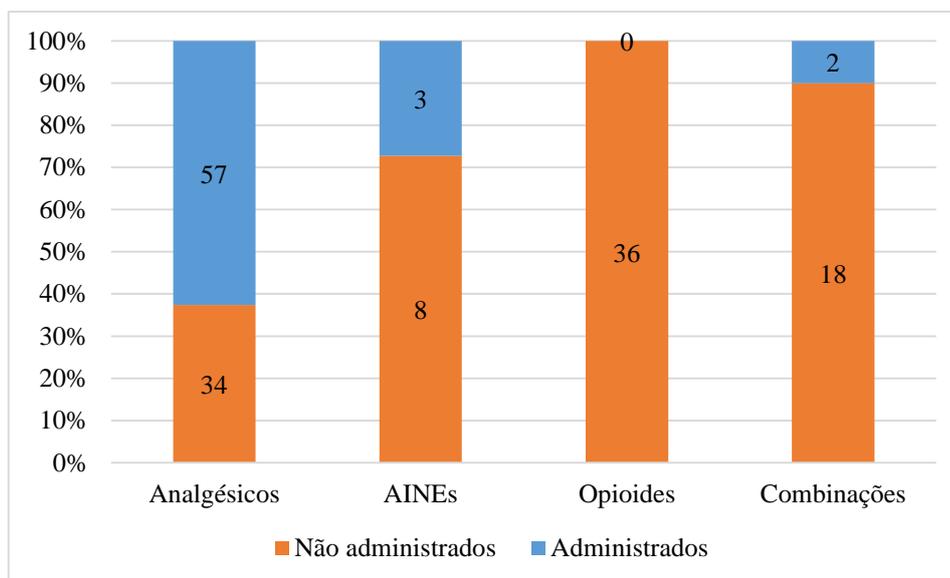


Figura 10. Registros de administrações e não-administrações de medicamentos prescritos a pacientes internados na Unidade de Ortopedia por grupo farmacológico, Ceilândia, 2014.

Dentre os aprazamentos de analgésicos que foram administrados, 50 (88%) foram realizados pontualmente e 7 (12%) com atraso. Daqueles que não tiveram registro de administração, 30 (88%) não receberam justificativa e 4 (12%) receberam. Destes que receberam justificativa, 1 (25%) foi justificado como “Não necessário” e 3 (75%) como “Recusado”. Todos os aprazamentos realizados de AINEs foram administrados pontualmente (n=3, 100%). Dentre os que não tiveram registro de administração, 7 (87,5%) não receberam justificativa, e 1 (12,5%) foi justificado como “Recusado” (Figura 11).

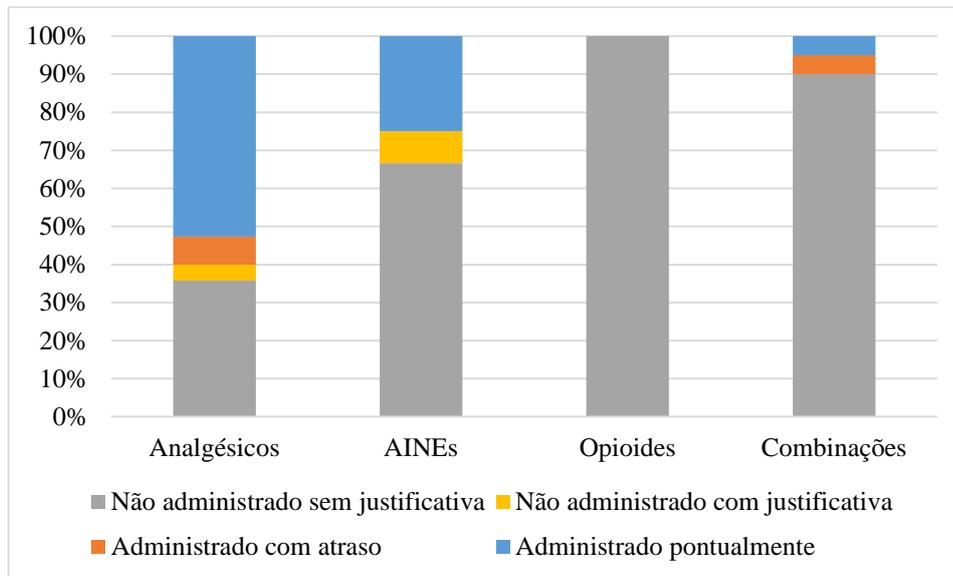


Figura 11. Registro de pontualidade de administrações e justificativas para não-administrações de medicamentos prescritos a pacientes internados na Unidade de Ortopedia por grupo farmacológico e combinações, Ceilândia, 2014.

Nenhum aprazamento não administrado de opioides recebeu justificativa para a não administração (n=36, 100%). Dentre os aprazamentos administrados de combinações, 50% (n=1) foi realizado pontualmente e 50% (n=1) foi realizado com atraso. Dos aprazamentos de combinações que não tiveram registro de administração, nenhum recebeu justificativa para a não administração (Figura 11).

6. DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos revelam uma amostra homogênea. A faixa etária de adultos jovens também foi encontrada por Silva, Viana e Volpato (2008) em um estudo realizado em um hospital escola em Londrina, Paraná, que objetivou identificar a frequência dos principais diagnósticos de enfermagem em pacientes internados na clínica ortopédica, no qual a maioria dos pacientes se encontravam entre 20 e 40 anos de idade.

Os membros inferiores foram o principal local de cirurgia. Segundo Nobre et al. (2009), o local da incisão cirúrgica é um dos fatores que influenciam a intensidade da dor pós-operatória, sendo encontrado por Ip et al. (2009) como um grande preditor para dor pós-operatória e consumo de analgésicos. O Tratamento Cirúrgico de Fratura foi o procedimento mais presente no estudo. Esta cirurgia é classificada como ortopédica (SILBERMAN; VARAONA, 2010), que está entre as cirurgias mais dolorosas (EKSTEIN; WEINBROUM, 2011) e, portanto, de maior número de queixas álgicas (GUIRRO et al., 2013).

A raquianestesia foi o tipo de anestesia mais prevalente no estudo. A anestesia regional possui o atributo específico de bloquear de forma reversível a condução do influxo nervoso, extinguindo a sensibilidade e atividade motora. A ação dos anestésicos locais utilizados envolve bloqueio dos canais de sódio voltagem dependentes e resulta em redução progressiva na frequência da fase de despolarização do potencial de ação, redução na velocidade de propagação de impulsos, redução na amplitude de potencial de ação e elevação gradual do limiar de excitabilidade elétrica com diminuição do fator de segurança para a condução, o que torna a fibra nervosa incapaz de gerar um potencial de ação. Segundo Paula et al. (2011), pacientes submetidos a anestésias regionais experimentam uma menor intensidade dolorosa na recuperação anestésica do que aqueles submetidos à anestesia geral. Isto acontece porque, devido a fatores como diâmetro, localização e frequência de disparo, as fibras com função relacionada à propriocepção motora, tato e pressão estão menos susceptíveis à ação do bloqueio por anestésicos locais, enquanto as fibras com função relacionada à dor, temperatura e tato estão mais susceptíveis a este bloqueio. Estas últimas continuam sob a ação do agente anestésico local por um tempo maior do que as primeiras, o que justifica a menor intensidade dolorosa durante a recuperação pós-anestésica. Desta forma, pode ocorrer diferenças significativas na necessidade de analgésicos no período pós-operatório a depender do tipo de anestesia utilizada: pacientes submetidos à anestesia regional

podem necessitar menos analgésicos por estarem sob efeito dos anestésicos locais por mais tempo do que aqueles submetidos à anestesia geral. Paula et al. (2011) também defendem que o conhecimento de tal evidência pelo enfermeiro faz com que haja maior competência no direcionamento do cuidado.

Quanto ao tempo de espera para a cirurgia, os resultados são compatíveis com evidências internacionais que indicam que o tratamento imediato do trauma ortopédico é o melhor que se pode oferecer ao paciente, levando em consideração que o trauma ortopédico compromete a função do indivíduo, sua participação econômica na sociedade e sua integração familiar e comunitária (KFURI JUNIOR, 2011).

Os resultados mostram déficit relacionado aos registros realizados pelos profissionais nos prontuários. Tacla et al. (2008) referem que o registro de dados relacionados ao manejo da dor possibilita uma melhor assistência, e Matsuda et al. (2006) trazem que a frequente ausência observada de informações relacionadas ao paciente sugere a má prática da assistência à saúde, além de que o não registro de informações reflète a perda de tais dados. É importante destacar que o prontuário do paciente é uma ferramenta fundamental para avaliar a assistência prestada ao usuário, sendo possível mensurar a qualidade do cuidado prestado através dos registros realizados (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004). Considerando o contexto cirúrgico e o manejo adequado da dor – que é considerada o 5º Sinal Vital, os 8 registros acerca da temática mostrados pelos resultados em 24 horas (sendo 2 realizados pela equipe de enfermagem) podem representar déficit na assistência prestada aos pacientes da amostra. Este estudo não teve como objetivo estudar as causas de tais déficits, mas pode-se sugerir alguns fatores como falta de pessoal na equipe, sobrecarga de trabalho, ausência de uma cultura institucional de controle da dor, dentre outros.

Outra deficiência observada nos prontuários dos pacientes da amostra foi a total ausência de registros sobre dor na Recuperação Pós-Anestésica, considerando que um percentual significativo de pessoas que passaram por cirurgias relata que a dor no pós-operatório é considerada a pior dor de suas vidas, e um estudo sobre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pós-operatório imediato revelou que a dor é um dos diagnósticos mais comuns (ROCHA; MORAES, 2010). Estes resultados sugerem que são necessárias investigações neste setor para levantar quais são os reais motivos para esta ausência de registros, já que a Recuperação Pós-Anestésica mostra-se como um ponto muito importante da história clínica do paciente no qual o indivíduo está suscetível a diversas complicações. Os cuidados prestados neste setor são, portanto, cruciais, e por isso necessitam ser documentados.

Além disso, a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC recomenda a aplicação sistemática de escalas numéricas para avaliação de dor e suporte ao seu manejo, tanto na admissão do paciente na unidade quanto durante sua permanência (SOBECC, 2013). A avaliação da dor tem como objetivos “identificar sua etiologia e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor para propor e implementar o seu manejo” (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009). A avaliação da dor é útil não apenas na determinação da intensidade da dor, mas também na avaliação de alterações da intensidade após a terapia ou quando os sintomas se agravam, permitindo então uma reavaliação da dor após as intervenções realizadas.

Esta avaliação também possibilita planejar a medicação de acordo com as necessidades pessoais e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável (PEDROSO; CELICH, 2006). Esta etapa deve incluir histórico e exame físico do paciente, aspectos psicossociais e familiares relacionados e componentes sensoriais da dor, além da escuta qualificada do auto-relato, que é fundamental neste processo. Tal escuta permite que haja compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009).

A avaliação sistemática da dor no contexto da unidade estudada serviria como um parâmetro para embasar e ajustar as condutas de assistência de enfermagem. A utilização da Escada Analgésica da OMS, por exemplo, poderia fornecer subsídios para a elaboração de uma adequada terapia farmacológica. Esta Escada sugere a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor que o paciente apresenta. Segundo esta ferramenta, para dores fortes (representadas no terceiro degrau da escada) é indicado o uso de opioides fortes, associados ou não aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2012).

Os registros sobre dor realizados na unidade de ortopedia eram, em sua maioria, sobre presença de dor. Isto pode sugerir que os registros eram feitos quando o paciente relatava espontaneamente ou quando perguntado acerca de seu quadro doloroso, provavelmente durante a visita diária. A maioria dos registros foram feitos por médicos, o que revela certa discrepância quando consideramos que o profissional de enfermagem é quem lida com o paciente na maior parte do tempo, e é responsável pela verificação sistemática dos sinais vitais, incluindo a dor. Pinto e Casa (2005) corroboram esta afirmação ao relatarem que o profissional de enfermagem, dentre todos os que cuidam da saúde, é o que possui maior

oportunidade de desenvolver um relacionamento estreito com o paciente, visto que participa das rotinas e procedimentos o tempo todo. Por isso, o papel destes profissionais no controle da dor é fundamental, tendo como funções destacadas pela Lei do Exercício Profissional o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COREN-SP, 2000). Este papel é definido por Paula et al. (2011) como avaliação da intensidade e adoção de ações para minimizar o desconforto, mediante o planejamento dos cuidados. Para isto, devem ser levadas em consideração as alterações dos sinais vitais, das condições físicas e emocionais e do quadro doloroso propriamente dito. Um desafio para o adequado desempenho destas funções é a falta de conhecimento, cuja causa pode estar na formação profissional, mas também na falta de cultura organizacional. Este profissional deve ter conhecimentos acerca da fisiopatologia da dor, de suas dimensões, do procedimento anestésico, dos fármacos utilizados para o controle da dor e de todos os outros processos envolvidos na assistência ao paciente (PAULA et al., 2011; PEDROSO; CELICH, 2006).

Desta forma, a dor é um importante aspecto a ser considerado durante a assistência de enfermagem no período pós-operatório, tanto na Recuperação Anestésica quanto na Unidade de Internação. Não menos importante é considerar a dor também no período pré-operatório, especialmente em pacientes internados em clínica ortopédica devido às suas características clínicas. Estratégias de educação continuada podem ser úteis no sentido de reforçar a importância do registro de informações no prontuário a fim de alcançar o cuidado complexo, holístico e abrangente. Pessini (2002) reforça esta ideia ao afirmar que a intervenção nas escolas de formação dos profissionais da saúde e a reformulação curricular para abranger itens além da formação tecnocientífica é uma saída para melhorar a situação atual do controle da dor no sistema de saúde.

O fato de não terem sido encontrados registros de realização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor pelos profissionais de enfermagem sugere a necessidade de intervenções com vistas a conscientizar a equipe de profissionais responsáveis pelo cuidado direto ao usuário a fim de garantir a integralidade e a humanização na atenção à saúde. Tacla et al. (2008) também identificaram um déficit relacionado ao registro do uso de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor pós-operatória nos prontuários de crianças de 0 a 14 anos submetidas à cirurgia em três hospitais de Londrina, Paraná; seus resultados mostraram que este registro foi feito por auxiliares ou técnicos de enfermagem e não por enfermeiros. Estes métodos consistem em técnicas de relaxamento, estimulação cutânea, aromaterapia, imaginação guiada, terapias vibracionais, terapias com música, e outros (ELER;

JAQUES, 2006), e representam as formas de ação do enfermeiro no suprimento das necessidades emocionais e subjetivas do indivíduo (PAULA et al., 2011). Por ser a dor mais do que uma mera experiência sensorial, os métodos não-farmacológicos para seu alívio são parte imprescindível do cuidado ao paciente (TACLA et al., 2008), e, associados à terapia farmacológica, proporcionam o alívio da dor e do sofrimento causado pelo quadro doloroso. Ainda, a implementação de tais medidas representa mais um item que é favorecido pelo contato constante do enfermeiro com o paciente (PAULA et al., 2011).

Em relação aos meios farmacológicos, os resultados mostram a não administração de 61% da totalidade de fármacos relacionados ao controle da dor. A não administração de um medicamento prescrito para o paciente é considerada um erro de medicação, assim como a ausência de registro de tal procedimento. Em estudo semelhante realizado por Paranaguá et al. (2014), os resultados mostraram que a realização de intervenção cirúrgica está associada à maior ocorrência de incidentes relacionados à medicação, e os erros encontrados com maior frequência foram omissão de dose e ausência de checagem de medicamentos.

A terapia medicamentosa é uma parte integrante e fundamental da assistência de enfermagem em nível hospitalar, e recebe destaque também no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispondo que é proibido ao enfermeiro administrar medicamentos sem certificar-se da natureza dos fármacos que o compõem e da existência de risco para o paciente (COFEN, 2007). As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente, e vêm chamando especial atenção por serem as que mais frequentemente ocorrem em hospitais. Estes erros ocasionam perdas emocionais, físicas e financeiras para a equipe, família, instituição, sociedade e principalmente para os pacientes, aumentam os custos das internações hospitalares, e repercutem significativamente nas condições clínicas dos pacientes causando injúrias temporárias, permanentes e até a morte (PAULA et al., 2011; BOHOMOL; RAMOS, 2007; BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2011; BRASIL, 2013; TOFFOLETTO; PADILHA, 2006).

Em relação ao esquema farmacológico, o ideal é que seja de horário e não de demanda (se necessário), considerando que os efeitos deletérios da dor influenciam negativamente a recuperação pós-operatória do paciente. Sabe-se que o tratamento preventivo ou o mais precocemente possível do processo doloroso é de mais simples manipulação do que lidar com a dor já estabelecida ou intensa (CAVALCANTE, 2000). O tratamento adequado da dor pós-operatória foi associado a uma atitude mais otimista dos pacientes em lidar com a experiência cirúrgica, e, além de reduzir as reações secundárias causadas pelo traumatismo

(TACLA et al., 2008), é fundamental para o bem-estar dos pacientes e a redução da cronificação da dor (GUIRRO; TAMBARA; MUNHOZ, 2013).

Alves Neto et al. (2009) afirmam que aproximadamente um terço das dores crônicas são provenientes de lesões nociceptivas agudas (trauma e pós-operatória). Por mais que a dor aguda seja esperada devido ao trauma causado pela cirurgia, a dor consequente deste processo pode ser minimizada. E por ser um episódio previsível e de causa conhecida, espera-se que diminua ou cesse em pouco tempo (TACLA et al., 2008). Porém, a dor pós-operatória aguda é persistente em 10 a 50% dos pacientes após procedimentos cirúrgicos rotineiros, como herniorrafia inguinal, toracotomia e mastectomia, amputação de membros e revascularização com enxertos, e pode se tornar crônica se não for controlada adequadamente. Estima-se que esta cronificação seja intensa em 2 a 10% dos pacientes com dor pós-operatória aguda persistente, sendo esta pouco conhecida e diagnosticada (ALVES NETO et al., 2009; PIMENTA et al., 2001).

São vários os fatores que contribuem para a cronificação da dor pós-operatória: pré-operatórios (dor com duração maior que um mês, fatores psicológicos e genéticos e doenças preexistentes), intraoperatórios (lesão de nervo, local e tipo de incisão, duração, operação repetida e complicações) e pós-operatórios (intensidade e duração da dor, imobilização e inatividade). Estes fatores são variáveis, podendo ser individuais e cirúrgicos (SADATSUNE et al., 2011).

Os pacientes deste estudo não foram avaliados quanto à intensidade da dor, mas um estudo semelhante objetivou caracterizar o perfil de pacientes submetidos à laparotomia internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, e mostrou que a dor aguda pós-operatória apresentou-se como queixa de 72% dos pacientes estudados (SOUZA, 2013). Segundo Miranda et al. (2011), a evolução do paciente no período pós-operatório é influenciada negativamente pela sintomatologia dolorosa, e os prejuízos causados por ela refletem na dificuldade do paciente em restabelecer seus parâmetros vitais adequados. As consequências da dor no período pós-operatório são diversas: atelectasias, infecções respiratórias, instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e proteico, redução do volume ventilatório, arritmias cardíacas, redução da movimentação e deambulação precoces, interrupção do sono, entre outras (PIMENTA et al., 2001). Adicionalmente, a dor crônica pode estar associada a alterações na plasticidade do sistema nervoso causadas pela persistência da dor aguda, o que justifica o adequado controle do quadro agudo de dor (PIMENTA et al., 2001). A equipe de saúde que conhece as possíveis complicações no pós-

operatório está mais preparada para adotar uma resposta rápida a fim de reverter a situação de agravo do paciente (PARANAGUÁ et al., 2014).

São frequentes no período pós-operatório diagnósticos de enfermagem como intolerância à atividade, mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de infecção, constipação, dor, ansiedade, padrão de sono perturbado e padrões de sexualidade ineficazes. A assistência de enfermagem no período pós-operatório tem como objetivos proporcionar a recuperação dos indivíduos, prevenir e detectar complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e assistir o paciente até que seus sinais vitais e suas funções motoras e sensitivas retornem aos níveis pré-operatórios. Além de intervenções de prevenção de riscos, são prioritárias na área de enfermagem médico-cirúrgica a avaliação e intervenção em aspectos relativos à percepção do indivíduo sobre sua saúde e sobre as práticas de manutenção e controle da sua saúde. Os numerosos diagnósticos de enfermagem que ocorrem em pacientes no contexto cirúrgico expressam que os profissionais de enfermagem que lidam com estes indivíduos precisam estar preparados para uma vasta gama de necessidades (VOLPATO; CRUZ, 2007; SOBECC, 2013).

Além dos aspectos físico-químicos do estímulo nocivo, a dor sofre influências das características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos envolvidos. As experiências prévias influenciam a interpretação da informação processada por unidades cognitivas, e podem ser geradas respostas diferentes à experiência dolorosa, variando entre diferentes indivíduos e diferentes momentos do mesmo indivíduo (KOIZUMI; PIMENTA; TEIXEIRA, 1997; PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Os resultados também revelam a não administração de 100% dos opioides, fato preocupante que merece investigação mais aprofundada. A literatura aponta a utilização de opioides fortes como os fármacos ideais e necessários para o tratamento de dor intensa e fracos para a dor moderada, já que a indicação isolada de analgésicos comuns (dipirona, por exemplo) para dor moderada a intensa pode ser insuficiente. O subtratamento dado à dor pós-operatória pode ser atribuído em grande parte à cautela na prescrição e administração de opioides pelo receio de induzir depressão respiratória e dependência física ou psíquica do paciente com o uso destes fármacos, e também o desconhecimento e receio por parte dos profissionais de saúde (TACLA et al., 2008; CALIL; PIMENTA, 2008). Os resultados mostram que as prescrições médicas de opioides foram realizadas, mas não foram administradas pelos profissionais de enfermagem, o que pode sugerir que as crenças

relacionadas ao subtratamento da dor pós-operatória estejam mais presentes entre os enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem no estudo realizado.

Tal temor não é somente por parte dos profissionais: Guirro, Tambara e Munhoz (2013) realizaram um estudo no qual alguns pacientes, mesmo relatando dor igual ou superior a 4 em uma escala de 0 a 10 (onde 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor imaginável), optaram por não solicitar a administração do analgésico opioide Tramadol, apesar da orientação de que poderiam fazê-lo. Entre as alegações dos pacientes estão a cultura de que a dor pós-operatória é normal e o medo de adquirir dependência ao medicamento.

Os resultados obtidos sugerem que o tratamento da dor pode não estar sendo realizado conforme as recomendações da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2009) de que este deve ser fundamentado na padronização do monitoramento desta experiência, nos protocolos para uso de analgésicos e controle de efeitos indesejados, e na capacitação dos profissionais responsáveis pelo seu manejo (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009).

O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano (PESSINI, 2002), e a não realização dos procedimentos farmacológicos e não farmacológicos para o controle da dor leva o paciente a sofrer dor desnecessária, o que caracteriza infringência aos deveres éticos e legais de aliviar o sofrimento causado pela dor. Podendo representar quebra dos preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nisto também se enquadram a falta de preparo e de atualização técnica e científica, a falta de motivação ou de condições adequadas de trabalho do profissional de saúde (TACLA et al., 2008).

Pessini (2002), além de reforçar o cuidado efetivo da dor e seus sintomas como uma competência ética, define como central a responsabilidade da equipe de profissionais neste processo. Não se deve permitir que o paciente tente tolerar a dor, e sim tratá-la ao menor sinal de sua chegada para que sejam evitadas sua amplificação e maiores dificuldades em seu manejo, já que o controle inadequado pode provocar alterações fisiológicas, bioquímicas e estruturais no sistema nervoso central temporárias e/ou permanentes (TACLA et al., 2008).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes participantes do estudo eram do sexo masculino e estavam no período pós-operatório mediato no momento da coleta de dados. A faixa etária mais frequente foi de 30 a 41 anos. O procedimento mais frequente foi o de Tratamento Cirúrgico de Fratura, e o local de cirurgia foram os membros inferiores. O tipo de anestesia mais utilizado foi a raquianestesia. Quanto ao tempo de espera, este foi ausente na maioria dos casos.

A ausência de informações nos prontuários foi um fator de destaque no estudo. Em nenhum prontuário foi visto o registro sobre dor na Recuperação Pós-Anestésica Imediata (REPAI). Na Unidade de Internação da Ortopedia houve registro sobre dor em apenas dos prontuários, e em sua maioria tratavam sobre presença de dor. Os médicos foram a categoria profissional que mais realizou registros sobre dor. Não foram vistos nos prontuários registros relatando métodos de controle não-farmacológico do processo doloroso.

Considerando todos os aprazamentos de medicamentos prescritos, 39% foram administrados, sendo 87% pontualmente. Dos aprazamentos não realizados, a maioria não recebeu justificativa para a não administração. Chamam a atenção os dados de 100% de ausência de registro de administração de opioides e 90% de combinações.

Embora o presente estudo tenha apresentado uma amostra de número reduzido, merece destaque por abordar aspectos relacionados ao manejo da dor em um período tão relevante da história clínica do indivíduo, consideradas as consequências do subtratamento do processo doloroso para o indivíduo.

Diante destes dados, faz-se necessário que a equipe de enfermagem reconheça sua responsabilidade no cuidado do paciente cirúrgico e com dor, pois somente assim poderá intervir de maneira positiva, respeitando o indivíduo e contribuindo para a oferta de um cuidado humanizado que favoreça de fato sua recuperação com o mínimo possível de danos permanentes.

REFERÊNCIAS

ALVES NETO, O. et al. **Dor: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 1438 p.

BASSANEZI, B. S. B.; OLIVEIRA FILHO; A. G. O. Analgesia pós-operatória. **Rev Col Bras Cir**, v. 33, n. 2, Rio de Janeiro, 2006.

BELELA, A. S.; PETERLINI, M. A.; PEDREIRA, M. L. **Erros de medicação**: definições e estratégias de prevenção. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo. São Paulo, 2011.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 1. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos** [Internet]. 2013 [Acesso em 15 mar. 2014]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>>.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. M. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 398-403. São Paulo, 2008.

CAUDILL, M. **Controle a dor antes que ela assumo o controle**: um programa clinicamente comprovado. São Paulo: Summus, 1998. 193 p.

CAVALCANTE, V. O.; TEIXEIRA, M. J.; FRANCO, R. A. Dor pós-operatória. **Revista Simbidor**, v.1, n.1, p.45-53, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 311/2007. COFEN: Rio de Janeiro, 2007.

Decreto Lei nº 94.406 do Conselho Regional de Enfermagem (SP), de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem**. Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo: COREN, 2000.

DELUCIA, R.; OLIVEIRA-FILHO, R. M.; PLANETA, C. S.; et al. **Farmacologia integrada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

EKSTEIN, M. P.; WEINBROUM, A. A. Immediate Postoperative Pain in Orthopedic Patients Is More Intense and Requires More Analgesia than in Post-Laparotomy Patients. **Pain Medicine**, v.12 n.2, p.308-313, 2011.

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, 2006.

FORNI, J. E. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma Clínica de Dor. **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 147-151, 2012.

GUIRRO, U. B. P.; TAMBARA, E. M.; MUNHOZ, F. R. Bloqueio do nervo femoral: avaliação da analgesia pós-operatória na operação de reconstrução artroscópica do ligamento cruzado anterior. **Rev Bras Anestesiol**, v.63, n.6, p.483-491, 2013.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretrizes Assistenciais**: Diretriz de tratamento farmacológico da dor. São Paulo, 2012.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain*, 1986 (suppl 3): 215-221.

IP, H. Y. V.; ABRISHAMI, M. D.; PENG, P. W. H.; et al. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption. **Anesthesiology**, v.111 n.3, p.657-677, 2009.

KFURI JUNIOR, M. O trauma ortopédico no Brasil. **Rev. bras. ortop.**, v. 46, supl. 1, São Paulo, 2011.

KOIZUMI, M. S.; PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, 1997. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2.html>. Acesso em 17 set. 2013.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006.

MELZACK, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. **Pain**, Montreal, v. 30, n. 2, p. 191-197, 1987.

MELZACK, R.; TORGERSON, W. S. On the Language of Pain. **Anesthesiology**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 50-59, 1971.

MIRANDA, A. F. A. et al. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-33, 2011.

NOBRE, T. T. X.; REIS, L. A.; TORRES, G. V.; ALCHIERI, J. C. Aspectos da personalidade e sua influência na percepção da dor aguda em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.60, n.2, 2011.

PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; SANTOS, A. L. M. S; et al. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.1, p.41-48, 2014.

PAULA, G. R. et al. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 265-69, 2011.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.15, n.2, p. 270-276, 2006.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, 1998.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v.10, n.2, 2002.

PIMENTA, C. A. M. et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 180-3, 2001.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.30. n.3, p. 473-83, 1996.

PINTO, L. S.; CASA, E. C. G. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v. 6, p. 64-69, 2005.

QUEIROZ, F. C.; NASCIMENTO, L. C.; LEITE, A. M.; et al. Manejo da dor pós-operatória na Enfermagem Pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. **Rev Bras enferm**, v. 60, n. 1, Brasília, 2007.

ROCHA, L. S.; MORAES, M. W. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev Dor**, v. 11, n. 3, p. 254-258. São Paulo, 2010.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 210-4, 2004.

SADATSUNE, E. J. et al. Dor crônica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e prevenção. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 58-63, 2011.

SILBERMAN, F. S.; VARAONA, O. **Ortopedia y traumatología**. 3. ed. - Buenos Aires: Médica Panamericana, 2010.

SILVA, F. S.; VIANA, M. F.; VOLPATO, M. P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.29, n.4, p.565-572, 2008.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. **Práticas Recomendadas da SOBECC**. 6. ed. São Paulo: Manole; 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Hospital sem Dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital** [Internet]. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em: 17 set. 2013.

SOUZA, R. P. **Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TACLA, M. T. G. M.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. L. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.3, p.289-295, Brasília, 2008.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.247-252, 2006.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 119-124, São Paulo, 2007.

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA: ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA

Pesquisador: Mani Indiana Funez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16470313.2.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 349.516

Data da Relatoria: 05/08/2013

Apresentação do Projeto:

Dentre as características do período pós-operatório de cirurgias ortopédicas pode-se citar a dor aguda, geralmente moderada à intensa (FONSECA et al, 2003). Apesar da disponibilidade de recursos como analgésicos potentes, seu controle ainda envolve desafio para a equipe multidisciplinar em saúde e não é incomum muitas vezes constatarmos que os pacientes não alcançam níveis aceitáveis de analgesia. O controle da dor pós-operatória envolve sua detecção pela equipe, prescrição e administração de fármacos adequada, avaliação e registro sistemáticos

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil dos pacientes em fase pós-operatória de cirurgia ortopédica internados na Unidade de Ortopedia do Hospital Regional de Ceilândia, considerando aspectos relacionados ao controle da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo, observacional, transversal, exploratório com abordagem quali-quantitativa. O estudo está dividido em duas etapas descritas abaixo. A primeira etapa será retrospectiva (análise de prontuários) e a segunda prospectiva (entrevistas com pacientes mais a análise de seus

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 349.516

prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e corrigido pendencia do TCLE

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 05 de Agosto de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados

Data de preenchimento: ____/____/____
I- IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____ Iniciais: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Data de Admissão: ____/____/____
Sexo: () Masculino () Feminino SES/DF: _____ Passagem: _____
Diagnóstico Médico: _____ CID: _____
Endereço: _____ _____ Telefone: _____
II- DADOS CIRÚRGICOS
Tipo de cirurgia: _____ _____
Tempo de espera para cirurgia: _____
Tipo de anestesia: _____
Período cirúrgico: () Pré-operatório () Pós-operatório imediato (primeiras 24 horas após a cirurgia) () Pós-operatório mediato (período após as 24 horas iniciais) () Não vai fazer cirurgia
Há registro de dor na REPAI? () Sim () Não
Se sim: <i>Número de registros relatando presença de dor:</i> _____ <i>Quem realizou?</i> _____ <i>Número de registros relatando ausência de dor:</i> _____ <i>Quem realizou?</i> _____
III- CONTROLE DA DOR
Há registro sobre dor? () Sim () Não
Se sim: <i>Número de registros relatando presença de dor:</i> _____ <i>Quem realizou?</i> _____ <i>Número de registros relatando ausência de dor:</i> _____ <i>Quem realizou?</i> _____
Procedimentos de enfermagem descritos para alívio da dor: _____ _____ _____ _____ _____ _____

