

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO
GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

RHAYANE RODRIGUES CORRÊA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR NO PÓS-
OPERATÓRIO**

VITÓRIA

2011

RHAYANE RODRIGUES CORRÊA

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado a Faculdade Católica Salesiano do Espírito Santo, como requisito para Obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Professora. Tatiane Miranda.

VITÓRIA

2011

RHAYANE RODRIGUES CORRÊA

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____, por:

Professora.Tatiane Miranda, FCSES. (Orientador)

Professora Esp. Ilana Martins, FCSES.

Professora Dr^a. Livia Bedin, FCSES.

DEDICATÓRIA

Para minha família, pois sem eles
Eu não poderia chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre estar ao meu lado me dando sabedoria e força.

A minha amada família por sempre estar do meu lado e acreditar em mim.

Agradeço ao Dr. Pablo Braga Gusman médico anesthesiologista pelos conselhos e suporte durante a elaboração deste trabalho.

As minhas amigas e colegas de trabalho Enf^a Valesca Tesh, Enf^a Leticia Rosindo, Enf^a Livia Nossa e Enf^a Fernanda Boynard pelo apoio e força nos momentos difíceis.

À minha professora e orientadora Enf^a Tatiane Miranda por ter compartilhado comigo seus conhecimentos durante a elaboração deste trabalho, pela paciência e apoio.

“Cada um sabe a dor e a delicia de ser o que é”

Caetano Veloso

RESUMO

A dor é o sintoma mais antigo e comum da prática clínica é o que leva a maioria das pessoas a procurarem cuidados, assim o presente trabalho tem como objetivo desenvolver uma proposta de protocolo de atendimento de enfermagem ao paciente adulto com dor no pós-operatório. Foi realizado um levantamento bibliográfico com pesquisas em banco de dados e livros com intuito de relacionar o tipo de cirurgia com a dor no pós-operatório, identificar as principais intervenções do enfermeiro e mostra sua importância no controle da dor. O enfermeiro possui alguns instrumentos e métodos que pode facilitar avaliação e o controle da dor e a falta de conhecimentos o impede. A presença do enfermeiro na atuação da dor no pós-operatório é imprescindível visto que é ele que passa a maior parte do tempo com o paciente e tem capacidade para avaliar suas necessidades principais. O protocolo tem proposta de otimizar o trabalho de enfermagem e desta forma proporcionar uma melhor recuperação ao paciente e ao familiar, além de facilitar o trabalho da equipe.

Palavras chaves: Pós-operatório. Dor. Quinto sinal vital. Cuidados paliativos. História da dor. Elaboração de protocolos

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 - Escala numérica.....	21
Ilustração 2 - Escala visual analógica.....	22
Ilustração 3 - Escala verbal.....	22
Ilustração 4 - Escala de faces.....	23
Ilustração 5 - Escala associada (numérica e facial).....	34

LISTA DE SIGLAS

EVA – escala visual analógica

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Objetivos	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivo Especifico	13
3. Metodologia	14
4. Desenvolvimento	15
4.1 Dor	15
4.2 Tipos de dor	15
4.2.1 Dor aguda.....	15
4.2.2 Dor crônica.....	16
4.2.3 Dor do câncer.....	16
4.3 Dor Pós-operatório	17
4.4 Fisiopatologia da dor	18
4.5 Avaliação da dor	21
4.6 Instrumentos unidimensionais	22
4.6.1 Escala numérica.....	22
4.6.2 Escala visual analógica (EVA).....	23
4.6.3 Escala verbal.....	23
4.6.4 Escala de faces.....	24
4.7 O papel do enfermeiro no controle da dor	24
5. Discussão e resultados	26
5.1 Protocolo	27
6. Conclusão	31
7. Referencias	32
Apêndices	37
Apêndice A – Folha de registro para avaliação do paciente com dor.....	38
Apêndice B – Ficha de consulta de enfermagem ao paciente de pré-operatório.....	39

1. INTRODUÇÃO

A dor é o sintoma mais antigo e comum da prática clínica é o que leva a maioria das pessoas a procurarem cuidados médicos. Nos primórdios dos tempos a dor era vista como a entrada de espíritos mortos no corpo de uma pessoa pelos orifícios, e os portadores de doenças dolorosas eram vítimas de espíritos malignos e demônios, essas pessoas eram submetidas à cirurgia de trepanação para se libertarem (KAKLINS; FERREIRA, 2006).

De acordo com KAZANOWSKI; LACCETTI (2005) a dor é considerada um fenômeno universal sendo caracterizada por alguns sinais e sintomas objetivos; sendo descrita como aquilo que o indivíduo está experimentando. Durante a avaliação descritiva a dor é caracterizada como: agonia, tração, pressão, queimação, ferroadas, perfurante ou penetrante. Podendo haver a existência de mais de uma dessas sensações ao mesmo tempo.

Nos tempos atuais ela já é considerada: “[...] uma sensação desagradável, Normalmente associada à doença ou a lesão, embora tenha um componente emocional conhecido como sofrimento” (TIMBY, 2002, p. 365).

A dor no pós-operatório é muito freqüente, e seu controle é inadequado, resultando em sofrimentos e transtornos desnecessários aos pacientes. (PIMENTA, 2001)

Segundo SMELTZER; BARE (2005), pós-operatório se dá a partir do momento que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita do cirurgião, podendo ser em um tempo curto de uma semana ou um tempo longo de vários meses. A enfermagem no pós-operatório é responsável pelo restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, aliviar a dor, prevenir complicações e o orientar o paciente quanto ao autocuidado.

Um estudo realizado por BOTTEGA; FONTANA (2010) em um hospital geral diz que a escala de avaliação da dor é uma ferramenta que permite com que o enfermeiro quantifique com exatidão a dor do paciente e avalie a eficácia do tratamento, assim, torna-se importante a elaboração de uma proposta de protocolo de enfermagem no paciente adulto na fase do pós-operatório para aperfeiçoar o atendimento de

enfermagem com maior qualidade ao paciente, obtendo assim uma maior satisfação do mesmo e da família.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta de protocolo de atendimento de enfermagem para prestação de cuidados ao paciente adulto com dor no pós-operatório.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Correlacionar às principais alterações sistêmicas e intensidade da dor na fase do pós-operatório

Identificar as principais intervenções de enfermagem no controle da dor.

3. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho o método escolhido foi de levantamento bibliográfico, ANDRADE (2010), compreende que é uma habilidade para os cursos de graduações. Sendo obrigatória para o desenvolvimento de uma pesquisa, nas apresentações de conclusões, definição do tema e nas citações.

O desenvolvimento da pesquisa se deu em dois momentos: Primeiramente, foi realizada uma busca eletrônica nos bancos de dados Lilacs, Scielo, Pepsico, Sociedade Brasileira para estudo da dor, Sociedade Brasileira de História da Medicina nos quais foram selecionados artigos nacionais e internacionais do período de 1998 a 2011, com auxílio dos seguintes descritores: pós-operatório, dor, cuidados de enfermagem, quinto sinal vital, cuidados paliativos, elaboração de protocolos, história da dor. Após a seleção foi realizada uma leitura de todos os artigos e utilizado como critério de inclusão os artigos que tinham uma relação direta com o tema e objetivo proposto em língua portuguesa e os que não tinham foram excluídos. Após a seleção eletrônica foi realizada uma busca literária com literaturas atuais e que permitiram uma melhor fundamentação e relação com o tema proposto no período de 2000 a 2011. No segundo momento, os dados foram organizados de acordo com o objetivo e as idéias foram hierarquizadas, de forma a descrever e elaborar a proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao paciente com dor na fase do pós-operatório. Segundo HONORIO; CAETANO (2009) protocolo é uma proposta para padronização de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 DOR

Desde os primórdios a dor era considerada como um castigo divino acreditava que era um mal necessário para que pudesse alcançar o paraíso e que deveria ser suportada, pois fazia parte da evolução natural. (POSSO et al 2010)

Durante a Grécia Clássica Hipocrates de Cós rejeitou as teorias malignas e religiosas introduzindo os métodos de resfriamento, fisioterapia e a utilização do ópio para alívio da dor. Durante o século XV na Grécia, o éter que era utilizado como uma substância que aliviava toda dor, no século XVI um cirurgião Francês descobriu que ao fazer uma compressão firme sobre o local operado o sangramento era controlado e a dor diminuída. (KAKLINS; FERREIRA, 2006).

A dor é conhecida como uma experiência subjetiva podendo estar ou não associada a um dano real, a agência americana de pesquisa e qualidade em saúde pública e a sociedade americana de dor, consideram a dor como o quinto sinal vital que deve ser avaliado junto com outros sinais: Temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. (SOUZA, 2002).

4.2 TIPOS DE DOR

A dor pode ser categorizada de três formas: Dor aguda, Dor crônica e Dor do Câncer. (SMELTZER; BARE, 2005)

4.2.1 DOR AGUDA

A dor aguda normalmente chama a atenção para a existência de algum dano ou lesão evitando situações potencialmente dolorosas. Se ao diagnóstico não existir nenhuma doença sistêmica, a dor aguda diminui assim que ocorre a cura da lesão ou dano. (SMELTZER; BARE, 2005)

É facilmente identificada, pois o indivíduo apresenta-se pálido e sudoréico, com a dor variando em tipo ou intensidade. Normalmente são observados faces contraídas, gemidos e atitude de proteção, durante a avaliação física apresenta os valores dos sinais vitais alterados principalmente frequência cardíaca e respiratória. (KAZANOWSKI; LACCETTI 2005)

4.2.2 DOR CRÔNICA

A dor crônica nem sempre será atribuída à lesão ou dano como na dor aguda e nem a uma causa específica. A dor crônica é constante e vai além do tempo de cura tornando assim difícil o tratamento tornando um distúrbio primário do paciente. (SMELTZER; BARE, 2005)

Podendo levar até mais de seis meses para ser resolvido. Os indivíduos com dor crônica se manifestam de forma bem diferentes dos indivíduos com dor aguda, o indivíduo com dor crônica pode apresentar a face relaxada, atividades diminuídas, sensação de fadiga e isolamento social e depressão. (KAZANOWSKI; LACCETTI 2005).

4.2.3 DOR DO CÂNCER

A dor do câncer pode ser tanto aguda ou crônica. Podendo estar relacionada ao câncer (ex: infiltração ou compressão nervosa), a um resultado do tratamento do câncer (ex: radioterapia, cirurgia) ou não estar associada diretamente ao câncer (ex: trauma). Essa diferenciação determina o tipo de medicação a ser utilizada. (SMELTZER; BARE 2005).

4.3 DOR PÓS-OPERATÓRIO

Pós-operatório é a última fase do processo cirúrgico, onde depois da cirurgia o paciente recebe cuidados específicos em decorrências das alterações fisiológicas que pode acontecer após a cirurgia. (POTTER; PERRY 2004).

A dor aguda no pós-operatório atrapalha a reabilitação do paciente o tornando inativo, aumentando assim as complicações devido à imobilidade. O paciente tende a focalizar o alívio da dor, prejudicando dessa forma seu progresso físico e psicológico, prolongando sua hospitalização. E somente após o alívio da dor e que a equipe de enfermagem pode direcionar a recuperação do paciente. (POTTER; PERRY 2004)

Segundo TOWNSEND (2003) para que se alcance sucesso no tratamento da dor no pós-operatório à forma como se administra os medicamentos é muito importante. Hoje já existe medidas auxiliares no alívio da dor no pós-operatório como anestésicos locais e cateteres epidurais regionais, que exerce um papel importante no controle da dor no pós-operatório.

A dor no pós-operatório traz diversos tipos de complicações envolvendo os sistemas: respiratórios, cardiovasculares, musculoesquelético, gastrointestinal e geniturinário. A dor aguda no pós-operatório pode provocar disfunção respiratória em pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal em decorrência da dificuldade de tossir eliminar secreções acarretando em atelectasia, infecção e pneumonia; em decorrência da dor ocorre hiperatividade simpática aumentando a frequência cardíaca podendo ocorrer tromboembolismo, agregação plaquetária e estase venosa por redução da mobilidade devido à dor; no sistema músculo esquelético a dor provoca espasmos musculares aumentando a dor e a falta de mobilidade provoca vasoconstrição reflexa causando prejuízo no metabolismo muscular; na função gastrointestinal a hiperatividade simpática diminui a motilidade do intestino aumentando as secreções levando estase gástrica, paralisia do ílio, náuseas e vômitos; já na função geniturinário com a hiperatividade simpática ocorre inibição da atividade do trato urinário comprometendo a micção. (CHAVES; LEAO 2007)

A dor pós-operatória de cirurgia abdominal tem sua intensidade diferenciada quando a operação é no abdome superior ou inferior, a dor intensa ocorre devido à imobilidade por conta dos drenos, sondas gástricas e uretrais e a limitação dos movimentos do diafragma, as principais cirurgias são: Colecistectomia, hepatectomia, pancreatectomia, esplenectomia, gastrectomia e linfadenectomia retroperitoneal; Nas cirurgias torácicas a dor no pós-operatório é forte, também levando em consideração a imobilização devidos os drenos e a limitação da respiração; Nas cirurgias ortopédicas a intensidade da dor vai variar de acordo com a região operada se é no membro inferior, superior ou na coluna. Podendo também ser diferenciada por conta da necessidade do membro ser ou não mobilizado. (POSSO et al 2010)

Para o controle da dor no pós-operatório existem métodos farmacológicos e não farmacológico. Dentre os métodos farmacológicos estão às prescrições medicas com analgésicos e bloqueios peridurais e periféricos, já as técnicas não farmacológicas são as terapias frias com aplicação de calor e frio, massagem, acupuntura, técnicas de relaxamento muscular e distração da atenção. (CHAVES; PIMENTA 2003)

Pesquisas mostram que os profissionais de saúde superestimam as dores leves pós-operatória em 20% e as dores intensas em 45%. (GUIMARAES et al, 2010).

4.4 FISIOPATOLOGIA DA DOR

A fisiologia da dor envolve sensibilização periférica e neuroplasticidade na perpetuação da dor através de mediadores bioquímicos nas vias nociceptivas, podendo ser correlacionado com o processo de inflação, dor e status psicológico. A dor provoca um estresse psicológico capaz de induzir o aumento da citocinas inflamatórias. (PAIVA et al 2006).

As citocinas causam alterações dos sinais nódicos e exacerbação dos processos de dor. A dor e sistema imunológico se influenciam, tornando difícil realizar o bloqueio da nocicepção para redução das citocinas pró-inflamatória reduzindo assim a intensidade da dor. (OLIVEIRA et al 2011)

Segundo RUBIN (2006) grande parte dos mediadores químicos da inflamação incluindo: Íons, cininas, histamina, óxido nítrico, prostanóides, citocinas ativam nociceptores periféricos. As cininas e as bradicinas que são formadas após uma inflamação ativam neurônios sensoriais ocasionando a transmissão da dor. As citocinas principalmente TNF- α , IL-1, IL-6 e IL-8 através de estímulos mecânicos e térmicos produzem hipersensibilidade dolorosa. A dor e o comportamento decorrente da mesma, que ocorre devido à sensibilidade dos estímulos nocivos e inócuos aumentada.

A dor é produzida através de uma variedade de estímulos como: pressão mecânica, temperatura elevada, PH ácido, luz intensa e liberação de mediadores químicos. (AIRES, 2008)

A dor pode ser categorizada de duas formas: Dor nociceptiva que antecede de lesões de tecidos que responde aos não opióides e opióides; e a Dor neuropática que é a estimulação do sistema sensorial pelo sistema nervoso periférico ou central, normalmente utiliza analgésicos adjuvantes. (POTTER; PERRY 2004)

A dor nociceptiva é causada por uma excessiva estimulação dos nociceptores existente na pele, e órgãos, já a dor neuropática ocorre através de lesões ou disfunção do sistema nervoso central. (LOPES, 2003)

A dor nociceptiva é dividida em quatro processos: transdução, transmissão, percepção e modulação. A transdução inicia-se na periferia, quando um estímulo envia um impulso que percorrerá um longo trajeto através das fibras nervosas periféricas, liberando mediadores químicos ativando a resposta à dor, o estímulo ainda percorrerá pelas fibras nervosas aferentes terminando no corpo dorsal liberando neurotransmissores como a substância P ocorrendo uma transmissão sináptica para os nervos do trato espinotalâmico permitindo que o impulso chegue ao sistema

nervoso central. O processo de percepção inicia quando o estímulo chega à medula espinhal passando pelo tálamo e o mesencéfalo, é quando o paciente fica ciente da dor. O processo de modulação ocorre no processo final da percepção liberando substâncias como serotonina, norepinefrina e opiáceos endógenos inibindo a transmissão da dor produzindo um efeito analgésico. (POTTER; PERRY 2004)

As substâncias químicas endorfinas e encefalinas são neurotransmissoras endógenas semelhantes à morfina são capazes de reduzir a transmissão nociceptiva, inibindo a percepção de dor. Essas substâncias são encontradas em grandes concentrações no sistema nervoso central. (SMELTZER; BARE, 2005)

A modulação de sensibilidade dolorosa está integrada a circuitos neurais envolvidos nas respostas vegetativas, reflexos motores, alerta, atenção e emoções. As atividades dos neurônios na medula espinhal, responsáveis por retransmitir as informações nociceptivas, podem ser alteradas por aferências não dolorosas. A primeira teoria criada sobre este sistema modulatório foi a teoria de comporta criada por Melzack e Wall em 1960 onde as atividades dos neurônios nociceptivos do corno posterior da medula seria modulado por interneurônios inibitórios através do balanço das aferências nociceptivas por fibras C e as aferências não nociceptivas pelas fibras mielínicas A alfa e A beta, mesmo essa teoria não sendo tão correta em detalhes a idéia despertou o interesse para investigação deste sistema. (AIRES, 2008, pag. 253)

As principais fibras envolvidas na transmissão são as fibras mielinizadas menores as “A delta” que transmitem rapidamente a nocicepção que é a dor inicial e as fibras maiores não mielinizadas “fibra C” conhecida como segunda dor que dura mais tempo que a dor inicial e por isso é importante tratar o paciente com analgésicos ainda na dor inicial para que ele não fique sensibilizado a dor. (SMELTZER; BARE, 2005)

4.5 AVALIAÇÃO DA DOR

A dor por ser muito complexa, ela acaba sendo influenciada por diversos fatores que o enfermeiro deve levar em consideração, mantendo uma visão holística no momento da avaliação do paciente com dor. O paciente deposita sua confiança no enfermeiro acreditando que ele pode aplicar seus conhecimentos para ajudá-lo a controlar a dor. (POTTER; PERRY 2004).

Um estudo realizado por BOTTEGA; FONTANA (2010) diz que a avaliação da dor ainda é considerada um processo desafiador, o enfermeiro tem que ter competências e habilidades para avaliar e programar estratégias para tratar a dor. A escala de avaliação da dor é uma ferramenta que permite com que o enfermeiro quantifique com exatidão a dor do paciente e avalie a eficácia do tratamento. Algumas instituições já estão implementando a avaliação da dor como quinto sinal vital.

O controle e o alívio da dor é imprescindível para proporcionar qualidade de vida e bem estar ao paciente e para isso conceituamos a dor como quinto sinal vital. A dor não tratada gera complicações secundárias como: aumento do tempo de internação, aumento dos custos e insatisfação do paciente. (GUIMARAES et al, 2010).

Segundo SCOPEL; ALENCAR; CRUZ (2007) os métodos para avaliação da dor podem ser divididos em três categorias: Medidas de respostas fisiológicas da dor que geralmente acontece em laboratórios especializados medindo o limiar fisiológico a tolerância e a resistência da dor; Observações comportamentais que permitem a compreensão das manifestações dolorosas, registro das limitações funcionais e a observação das respostas voluntárias e involuntárias; descritores verbais ou escritos da dor é o método mais utilizado pelos profissionais de saúde, pois permite avaliar o comportamento motivacional-afetivo, sensório-discriminativo e cognitivo-avaliativo, este método pode ser medido por vários instrumentos como as: escalas de dor, testes psicológicos e entrevistas.

Existem atualmente dois tipos de instrumentos de medidas para avaliação da dor, os instrumentos unidimensionais e os instrumentos multidimensionais.

Segundo PEREIRA; SOUSA (1998) nos instrumentos unidimensionais pode se destacar as escalas numéricas, as escalas verbais e as escalas analógicas visuais, possibilitando a mensuração da intensidade da dor aguda especificamente da dor no pós-operatório, já os instrumentos multidimensionais se baseia na descrição de palavras denominadas descritores de dor.

4.6 INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONAIS

Neste trabalho abordaremos somente as unidimensionais que são as escalas de avaliação da dor. Os instrumentos unidimensionais avaliam somente a intensidade da dor, e as escalas são rapidamente administradas, tornando vantajoso quando a medida da dor é frequentemente necessário. (SOUSA; SILVA, 2004).

Para avaliar a dor em adultos existem algumas escalas específicas, falaremos das principais escalas utilizadas para avaliação da dor.

4.6.1 ESCALA NUMÉRICA

Escala numérica avalia a intensidade da dor através de números onde 0 (zero) representa ausência de dor e 10 (dez) a pior dor possível, o paciente é solicitado a quantificar verbalmente sua dor, esta escala é a preferida em pacientes idosos porem não pode ser utilizada em pacientes com baixo nível educacional, pois é necessário conhecimentos aritméticos. (FREITAS; et al 2009)

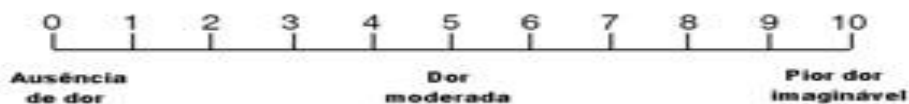


Ilustração 1: Escala numérica de avaliação da dor,

Fonte: (FERNADES; ARRIAGA, 2010)

4.6.2 ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Escala visual analógica (EVA) se baseia em uma linha transversal de 100 mm onde nas extremidades contem descritores de ausência de dor e a pior dor possível o paciente deve assinalar no intervalo que representa sua dor naquele momento em centímetros, esta escala também exige que o paciente tenha um bom nível de escolaridade e não tenha alterações visuais. (FREITAS et al 2009)

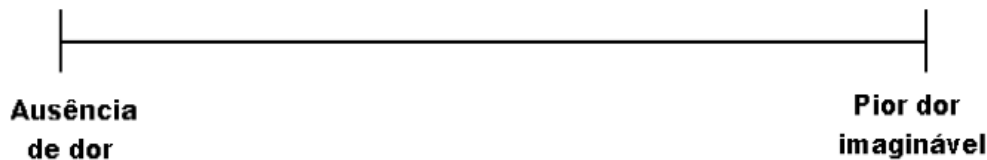


Ilustração 2: Escala visual analógica de avaliação da dor (EVA).

Fonte: (FERNADES; ARRIAGA, 2010)

4.6.3 ESCALA VERBAL

Escala verbal é medida através de descritores verbais como: ausência de dor, dor branda, dor moderada, dor intensa e dor insuportável esta escala não pode ser usada em pacientes que tenha alguma alteração cognitiva e dificuldade para entender as palavras. (FREITAS et al 2009)



Ilustração 2: Escala verbal de avaliação da dor.

Fonte: <http://dorescronicas.com.br/tag/escalas-de-dor/> acesso em: 07/11/2011, 10h: 53.

4.6.4 ESCALA DE FACES

A escala de faces foi desenvolvida através de um trabalho realizado por Wong e Baker onde foi solicitado a 50 crianças que desenhassem em seis círculos brancos expressões faciais que variando de ausência de dor e pior dor possível após um desenhista profissional realizou o acabamento final, esta pode ser usado em idosos, crianças, e pessoas que apresenta um déficit cognitivo. (FREITAS et al 2009)

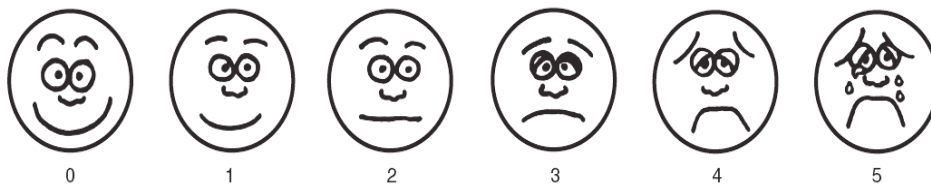


Ilustração 4: Escala de faces de avaliação da dor.

Fonte: (FERNADES; ARRIAGA, 2010)

4.7 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA DOR

Para manter o controle da dor é necessário uma avaliação apurada, e o enfermeiro pode desempenhar muito bem esse papel. Para o enfermeiro, aliviar a dor, o estresse e o desconforto do paciente deve ser uma constante. (ROCHA; MORAES 2010)

A avaliação do enfermeiro em pacientes de pós-operatório deve iniciar pelo nível de consciência, ou seja, pela resposta dos estímulos verbais que deverão ser descritas na folha de registro da enfermagem, avaliar os sinais vitais sempre comparando com os resultados do pré-operatório, verificar se a presença de dor e o estado emocional do paciente. A dor aguda do pós-operatório apresenta alguns sinais como: palidez, hipertensão arterial, oligúria e agitação esse sinais são devido à vasoconstricção periférica pela exacerbação do sistema nervoso simpático desta forma o enfermeiro poderá saber a localização, intensidade e ritmo desta dor. A equipe de enfermagem deve estar preparada e capacitada para o controle da dor por permanece todo o

tempo com o paciente e assim ter a capacidade de avaliar e controlar a dor precocemente proporcionando conforto, bem estar e uma melhor recuperação no pós-operatório. (ROCHA; MORAES 2010)

O enfermeiro deve estar atento durante sua avaliação mantendo a comunicação com paciente, incluindo o escutar, aceitar e interpretar e assim ajudando o paciente a enfrentar o seu tratamento de forma sadia. (CHAVES; LEAO 2007)

O enfermeiro pode utilizar algumas atividades para ajudar o paciente com dor, dentre elas: permitir uma comunicação com o paciente com dor; lidar com o acompanhante ou mesmo pessoas que estejam em contato com o paciente; usar situação de paciente-grupo, ensinar o paciente a resposta a dor; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento (FERREIRA; RIGOTTI, 2005)

O enfermeiro deve conhecer a farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas que são utilizadas no pós-operatório e seus efeitos colaterais para que o paciente não substitua uma complicação por um sofrimento. (CHAVES; LEAO 2007).

“[...] o controle da dor e dos sintomas dos pacientes é muito mais do que “medicalizar” seus sintomas”. (SERRANO, 2010)

5. DISCUSSÃO E RESULTADOS:

O tratamento da dor do paciente deve fazer parte de um cuidado integral não sendo deixada para segundo plano, pois o mau tratamento da dor afeta no seu estado físico, mental e emocional comprometendo a qualidade dos serviços prestados. (PAIVA et al 2006).

A dor produz nos pacientes sentimentos que interferem na sua recuperação. O Tratamento inadequado pode causar insegurança, irritação, desânimo, ansiedade esse tipo de sentimento acaba agravando o quadro algico do paciente gerando maior gasto na assistência de saúde, seja ela pública ou privada. (BASTOS; et al 2007)

Um paciente que é submetido a algum procedimento cirúrgico, seu principal medo e a dor, as principais perguntas feitas por ele é: vai doer? Como vou enfrentar? Como evitar a dor? A cirurgia é uma intervenção terapêutica não podendo ser evitada. Nos casos de cirurgia de emergência a dor é enfatizada no pós-operatório, nas cirurgias eletivas permiti uma elaboração de um plano terapêutico para prevenir ou tratar a dor. É necessária uma triagem disponível durante 24 horas para tratamento da dor pós-operatório e suas complicações. (KAZANOWSKI; LACCETTI 2005).

De acordo com MIGUEL (2003), o controle, a avaliação e o registro da dor é um dever dos profissionais de saúde devendo ser feita de forma continua e regular, pois de trata de um direito dos clientes que dela sofrem sendo assim um passo fundamental para a humanização das unidades de saúde.

Segundo LUPPEN; SAMPAIO; STADŇIK (2011), Estudos realizados mostram que 90% dos pacientes submetidos a algum procedimento cirúrgico sentem dor no pós-operatório, foi realizado um:

Levantamento em 36 hospitais norte-americanos sobre experiências de 3000 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos variados mostrou que, em média, 60% deles referiam dor, 33% tinham dor durante toda internação ou na maioria das vezes e 87% tinham dor de intensidade moderada à intensa. Outros estudos mostram que, em média, 40% a 60% dos pacientes pós-operatórios sofrem de dor moderada a intensa

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás referente às estratégias para implementação de um serviço de tratamento de dor identificou que 92% da equipe de enfermagem do hospital afirmaram que a validação da dor como 5º sinal vital não é uma rotina no serviço em que exercem suas atividades; porém todos concordaram que o tratamento da dor é fundamental para a boa evolução dos pacientes. (BRESSAN et al 2010)

Um estudo realizado por SOUSA (2002) diz que é extremamente importante a mensuração da dor em um ambiente clínico, pois para que se manipule um problema é necessária uma medida, permitindo determinar o tratamento, avaliar a eficácia deste tratamento e saber quando deve ser interrompido, para isso hoje estão sendo utilizadas escalas de avaliação e mensuração da dor.

Segundo FERREIRA; RIGOTTI (2005), cuidar de um paciente com dor depende de uma equipe multidisciplinar, entretanto o enfermeiro agrega habilidade de forma holística, pois além da sua habilidade técnica possui o domínio técnico científico, intuição e acima de tudo sensibilidade conferindo conseqüentemente uma melhor relação paciente-profissional.

5.1. PROTOCOLO

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO COM DOR NO PÓS-OPERATÓRIO.

5.1.1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento de enfermagem ao paciente adulto com dor no pós-operatório.

5.1.2 APLICAÇÃO

Enfermeiros da unidade clínica cirúrgico

5.1.3 MATERIAIS UTILIZADOS

- Régua de avaliação da dor
- Folha de registro do paciente com dor no pós-operatório
- Caneta

5.1.4 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

Para aplicação deste protocolo foi escolhida a utilização de duas escalas associadas: escala numérica (ilustração 1) e a escala de faces (ilustração 4). Pois permiti avaliar tanto pacientes com conhecimentos aritméticos e pacientes com déficit cognitivo.

Ilustração 5: Escalas de intensidade da dor associada



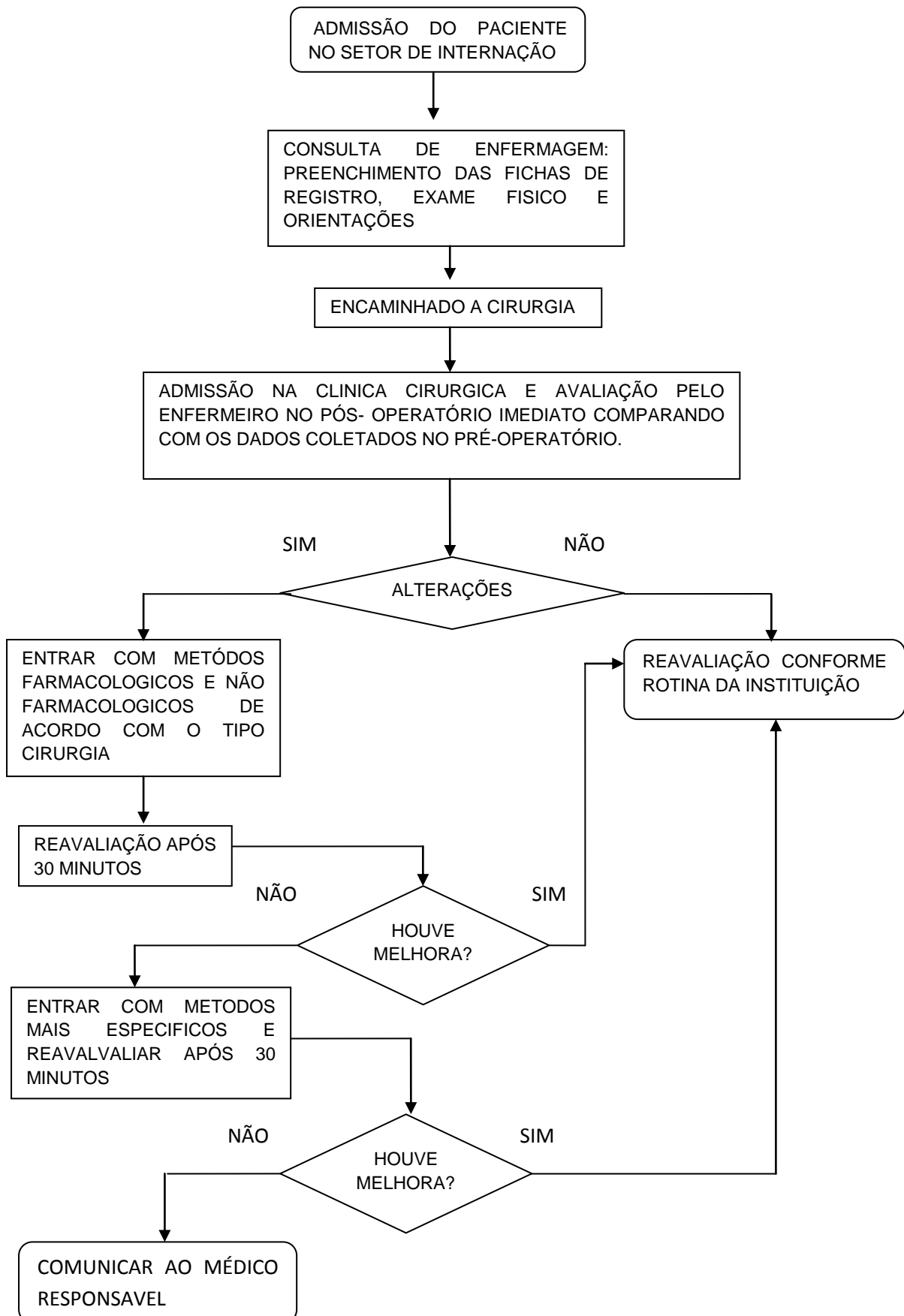
Fonte: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe.asp?cod_noticia=39

Acesso em: 13/11/2011, 11h06min.

O protocolo se aplica em dois momentos: primeiramente o paciente após a admissão e internação passará por uma consulta de enfermagem pré-operatória, onde será preenchida uma ficha de consulta de enfermagem (Apêndice B) onde será coletado o histórico do paciente, realizado o exame físico com aferição dos sinais vitais com anotação na ficha de avaliação do paciente com dor (Apêndice A) e serão realizadas todas as orientações a respeito do pré, intra e pós-operatório e então o paciente é encaminhado à cirurgia; o segundo momento se da quando o enfermeiro da clinica cirúrgica recebe o paciente após a cirurgia, onde será realizada uma nova avaliação e comparado com a avaliação que foi realizada no pré-operatório. O enfermeiro avalia este paciente e em casos de dor intensa entrara com métodos farmacológicos de acordo com a prescrição médica e não farmacológicos, de acordo com a cirurgia que foi realizada, este paciente

será reavaliado após 30 minutos do pós-operatório para saber se a terapêutica iniciada surtiu efeito, havendo resultado negativo o enfermeiro aplicara métodos mais específicos, desta forma o paciente será reavaliado após 60 minutos do pós-operatório e se ainda assim não houver melhora o médico responsável devera ser comunicado. Se em alguns dos momentos da avaliação o paciente não apresentar nenhuma alteração o enfermeiro reavaliara o paciente de acordo com as normas institucionais ate o momento da alta.

5.1.5 FLUXOGRAMA DA ROTINA



6. CONCLUSÃO

A dor é desagradável, provoca alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais. O seu controle negligenciado ou mesmo inadequado no pós-operatório acarreta sofrimentos desnecessários, dispensam um maior tempo de internação para o paciente e conseqüentemente maior trabalho para toda equipe de saúde. É um dos sintomas mais antigo do mundo e ainda negligenciado pela equipe multiprofissional. Através deste trabalho, observou-se o quanto é importante à avaliação e a mensuração da dor e o quanto é importante a atuação do enfermeiro no controle da dor.

Por meio do levantamento realizado também foi possível concluir que o enfermeiro possui alternativas e instrumentos para: planejar, organizar, capacitar, coordenar, executar e avaliar a dor do paciente, porém todos esses instrumentos ainda são extremamente subutilizados, ou seja, o enfermeiro no seu processo de formação é capacitado, mas não cumpre de forma integral o exercício profissional.

Dessa forma entende que uma proposta de protocolo para atuação do enfermeiro no controle da dor do paciente na fase do pós-operatório viabilizaria todo o processo, para que, dessa forma, fosse cumprido seu exercício profissional.

O protocolo é uma forma de estabelecer uma rotina para otimizar o tempo na assistência do controle da dor e proporcionar estabilização do paciente facilitando o trabalho da equipe como um todo.

7. REFERÊNCIAS

1. KARKLIS, Ivan Pinheiro; FERREIRA, Ricardo Corrêa. A dor: Uma experiência na história. **Sociedade Brasileira de História da Medicina**, 29 dez 2006. Disponível em: <[HTTP://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108](http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108)>. Acesso em: 09 de Set. 2011.
2. KAZANOWSKI, Mary K; LACCETTI, Margaret Saul. **Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. TIMBY, Barbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed editora, 2002.
4. PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos; et al. Controle da dor no pós-operatório. **Revista esc. Enfermagem USP**. São Paulo, Junho de 2001 v.35, n.2. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200013&lang...](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200013&lang...)>. Acesso em: 17 de Ago. 2011.
5. SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
6. BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis, Junho de 2010 v.19, n.2. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009&lang...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009&lang...)>. Acesso em: 17 de Ago de 2011.
7. ANDRADE, Maria Margarida. **Introdução à Metodologia do trabalho científico**. 10ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
8. HONORIO, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Afio. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de enfermagem**. 31 de Março de 2009 v.11, n.1. Disponível em: <[HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm)>. Acesso em: 16 de Set. 2011.

9. POSSO, Irimar de Paula; et al. **O 5º sinal vital no controle da dor pós operatória aguda e na assistência de enfermagem ao paciente internado.** São Paulo: Editora e publicidade solução & marketing, 2010.
10. SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: O quinto Sinal Vital. **Revista Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, Junho de 2002 v.10, n.3. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300020&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 de Set 2011.
11. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem.** 5º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
12. TOWNSEND, Courtney M. Jr. **Sabiston tratado de cirurgia: As bases biológicas da prática cirúrgica moderna.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
13. CHAVES, Lucimara Duarte; LEAO, Elisabeth Ribeiro. **Dor 5º sinal vital reflexões e intervenções de enfermagem.** São Paulo: Livraria e editora Martinari. 2007.
14. CHAVES, Lucimara Duarte; PIMENTA, Cibele Andrucio Mattos. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. **Revista Latino-Am de enfermagem.** Ribeirão Preto, Abril de 2003, v.11, nº02. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200011&lan...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200011&lan...) Acesso em: 31 de outubro 2011.
15. GUIMARAES, Karita Cristina Naves; et al. Eficácia da mensuração do quinto sinal vital no controle da dor pós-operatória: um ensaio clínico randomizado. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor.** São Paulo, dezembro 2010, v.11, nº4. Disponível em: [HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_4/11_4_h.htm](http://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_4/11_4_h.htm) Acesso em: 05 de novembro de 2011.
16. PAIVA, Eduardo dos Santos; et al. Manejo da dor. **Revista Bras. Reumatologia.** São Paulo, Agosto de 2006 v.46, n.4. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000400010&lang...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000400010&lang...)>. Acesso em: 17 de Ago 2011.
17. OLIVEIRA, Caio Marcio Barros de; et al. Citocinas e dor. **Revista Bras. Anestesiologia.** Campinas, Abril de 2011 v.61, n.2. Disponível em:

- [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000200014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000200014&lang=pt)>. Acesso em: 16 de Set 2011.
18. RUBIN, Emanuel. **Rubin patologia: bases clinicopatológicas da medicina**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
19. AIRES, Margarida de Mello. **Fisiologia**. 3º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
20. LOPES, José M. Castro. **Fisiopatologia da dor**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003.
21. SCOPEL, Evânea; ALENCAR, Márcia; CRUZ, Roberto Moraes. Medidas de avaliação da dor. **Revista digital**. Buenos Aires, Fevereiro de 2007, ano11, nº 105. Disponível em: [HTTP://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm](http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm). Acesso em: 19 de agosto de 2011.
22. PEREIRA, Lilian Varanda; SOUZA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: Uma breve revisão. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, Julho de 1998 v.6, n.3. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S0104-11691998000300010&lng=...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S0104-11691998000300010&lng=...) Acesso em: 08 de Set. 2011.
23. SOUSA, Fatima Aparecida Emm Faleiros; SILVA, Jose Aparecido. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, Dezembro de 2004, v.5, nº4. Disponível em: [HTTP://www.dor.org.br/revistador/](http://www.dor.org.br/revistador/). Acesso em: 17 de Agosto de 2011.
24. FERNANDES, Sara; ARRIAGA, Patricia. Considerações gerais sobre a definição e a avaliação da dor pediátrica. **Revista online de edificação científica**. Lisboa, 2010, v.1, nº02 e 03. Disponível em: [HTTP://www.rui-s-costa.com/iM_pt/artigos/v1_n2-3/fernandes_e_arriaga_2010.pdf](http://www.rui-s-costa.com/iM_pt/artigos/v1_n2-3/fernandes_e_arriaga_2010.pdf) Acesso em: 06 de novembro de 2011.
25. FREITAS, Claudio de Carvalho Freitas; et al. Avaliação da dor com o uso de escalas unidimensionais. **Revista da sociedade brasileira para estudo da dor**. Rio de Janeiro, Março de 2009, v.10, nº1. Disponível em: [HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2009/volume_10/numero_1/10_1_n.htm](http://www.dor.org.br/revistador/dor/2009/volume_10/numero_1/10_1_n.htm) . Acesso em: 02 de Novembro de 2011.

- 26.ROCHA, Luana de Souza; MOARES, Márcia Wanderley. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, setembro de 2010, v.11, nº3. Disponível em: HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_3_o.htm
Acesso em: 05 de novembro de 2011
- 27.SERRANO, Sandra Caires. Revisitando os analgésicos opioides. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. São Paulo, 2010, v.11, nº01. Disponível em: HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/número_1/11_1_b.htm
. Acesso em: 04 de novembro de 2011.
- 28.BASTOS, Daniela Freitas. Dor. **Revista da sociedade Brasileira de psicologia hospitalar**. Rio de Janeiro, Junho de 2007, v.1, n.1. Disponível em: HTTP://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100... Acesso em: 26 de setembro de 2011.
- 29.MIGUEL, José Pereira. A dor como 5º sinal vital. Registro sistemático da intensidade da dor. **Circular normativa do ministério da saúde**. Lisboa, junho de 2003, nº09/DGCG. Disponível em: <HTTP://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2011.
- 30.LUPPEN, Lisiane Specht; SAMPAIO, Fernanda Herbstrith; STADÑIK, Claudio Marcel Berdún. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. **Revista da sociedade brasileira para estudo da dor**. São Paulo, Março de 2011, v.12, nº1. Disponível em: HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2011/volume_12/número_1/pdf/volume_1_n_1_pags_29_a_34.pdf Acesso em: 04 de novembro de 2011.
- 31.BRESSAN, Frederico Roriz; et al. Estratégia para a implementação de um serviço de tratamento da dor no hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás. **Revista da sociedade Brasileira para estudo da dor**. Goiânia, GO, 2010, v11, nº1. Disponível em: HTTP://www.dor.org.br/revistador/dor/2010/volume_11/numero_1/11_1_hhtm. Acesso em: 04 de novembro de 2011
- 32.FERREIRA, Adriano M; RIGOTTI, Marcelo A. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Revista arquivo de ciência e saúde**. São Paulo, 2005,

v12, nº1. Disponível em: <HTTP://www.cienciasdasaude.famerp.br/vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

Outras referências:

<http://dorescronicas.com.br/tag/escalas-de-dor/> acesso em: 07/11/2011, 10h: 53.

http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe.asp?cod_noticia=39 Acesso em: 13/11/2011, 11h06min.

APÊNDICES



APÊNDICE A

FOLHA DE REGISTRO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM DOR

NOME:

IDADE:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO:

ANESTESIA:

	Pré- operatório	Pós-operatório imediato	30 MINUTOS	60 MINUTOS
HORARIO	____:____	____:____	____:____	____:____
DATA	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
P.A				
F.C				
F.R				
T.X				
DOR				

REAÇÕES ADVERSAS:

CONDUTA:

PROFISSIONAL RESPÓNSAVEL: _____

APÊNDICE B

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DE PRÉ-
OPERATÓRIO**HISTÓRICO**

NOME:

IDADE:

NUMERO DE REGISTRO:

SEXO:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIÃO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

FILHOS: () SIM () NÃO

VICIOS: () SIM () NÃO

QUANTOS: _____

QUAIS: _____

ALERGIAS: () SIM () NÃO

QUAIS:

DOENÇAS CRÔNICAS: () SIM () NÃO

HISTÓRIA FAMILIAR: () SIM () NÃO

USO DE MEDICAMENTOS: () SIM () NÃO

QUAIS:

ESTADO EMOCIONAL: _____

O QUE ESPERA DA CIRURGIA: _____

EXAME FISICO

PROFISSIONAL RESPONSAVEL: _____