

DOR EM PACIENTES CRÍTICOS SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES

PAIN IN CRITICAL PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF INTENSIVE CARE NURSES: ASSESSMENT AND INTERVENTIONS

DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS BAJO LA PERSPECTIVA DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS: EVALUACIÓN E INTERVENCIONES

Cleyton César Souto Silva¹, Josilene de Melo Buriti Vasconcelos², Maria Miriam Lima da Nóbrega³

Este estudo objetivou investigar o conhecimento e a prática dos enfermeiros intensivistas sobre a avaliação da dor em pacientes críticos, identificando as principais intervenções implementadas. A pesquisa foi de natureza descritiva de corte qualitativo, em uma amostra aleatória de dez enfermeiros. Os dados foram coletados por intermédio da técnica da entrevista semiestruturada, de setembro a novembro de 2008, em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário em João Pessoa/PB/BR. Para a organização e análise dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O material do discurso forneceu, entre outras, as seguintes ideias centrais: a dor é uma resposta aos procedimentos invasivos; avaliação através da face de dor e angústia; através das escalas de intensidade; administração dos medicamentos prescritos. O Discurso do Sujeito Coletivo mostrou que a dor é causada por vários procedimentos invasivos, sendo difícil de ser analisada por ser fenômeno subjetivo, individual e emocional.

Descritores: Enfermagem; Dor; Pacientes Internados; Unidades de Terapia Intensiva.

This study aims to investigate knowledge and practice of intensive care nurses on pain assessment in critically ill patients and identify key interventions implemented. The research was descriptive in nature is a qualitative, in a random sample of ten nurses. Data were collected through the technique of semi-structured interview, from September to November 2008 in an intensive care unit of a university hospital in João Pessoa/PB/BR. To organize and analyze the data, we used the technique of the Collective Subject Discourse. The speech material provided, among others, the following ideas: the pain is a response to invasive procedures, assessment across the face of pain and anguish, through the intensity scales, administration of prescribed medications. The Collective Subject Discourse showed that the pain is caused by many invasive procedures being difficult to analyze because it is a subjective, individual and emotional phenomenon.

Descriptors: Nursing; Pain; Inpatients; Intensive Care Unit.

El objetivo fue investigar el conocimiento y la práctica de enfermeras intensivistas sobre la evaluación del dolor en pacientes en estado crítico, identificándose las principales intervenciones implementadas. Investigación de naturaleza descriptiva, com enfoque cualitativo, con una muestra aleatoria de diez enfermeras. Los datos fueron recolectados mediante técnica de entrevista semiestruturada, de septiembre a noviembre/2008 en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario en João Pessoa/PB/BR. Para organizar y analizar los datos, se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. El material del discurso forneció, entre otras, las siguientes ideas: el dolor es una respuesta a procedimientos invasivos, la evaluación en la cara de dolor y angustia, a través de las escalas de intensidad, la administración de medicamentos prescritos. El Discurso del Sujeto Colectivo señaló que el dolor es causado por muchos procedimientos invasivos, siendo difícil de analizar debido a la naturaleza subjetiva, individual y emocional.

Descriptorios: Enfermería; Dolor; Pacientes Internos; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestrando do Programa de Pós- Graduação em Modelos de Decisão e Saúde/UFPB. Brasil. Email: cez2004@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica do CCS/UFPB. Email: josilenedemelo@gmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do CCS/UFPB; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasil. Email: miriam@ccs.ufpb.br.

INTRODUÇÃO

Pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), rotineiramente, requerem procedimentos de intubação traqueal, acesso venoso por punção, medição de pressão arterial invasiva através de colocação de cateter arterial, coletas de exames seriadas, passagem de sondas vesical e gástrica. Todos esses procedimentos invasivos e os aparelhos conectados continuamente, como oxímetro de pulso e eletrodos para monitorização cardíaca, são necessários para controle das funções vitais do paciente, mas acabam trazendo desconforto e medo ao paciente. Sendo assim, o controle e monitorização da dor e o alívio da ansiedade sofrida durante a internação em UTI deve ocupar papel de destaque na estratégia terapêutica⁽¹⁾.

Com o intuito de se avaliar a sensação algica foram criados instrumentos de mensuração. Entretanto, pacientes que se encontram em assistência intensiva têm maiores dificuldades em relatar verbalmente sua dor devida tanto aos tubos conectados como à condição física em que se apresentam. Logo as escalas que podem ser mais apropriadas para utilizar neste ambiente seriam as escalas analógicas visuais, as de faces e as de categorias⁽²⁾.

Apesar da existência dessas escalas, ainda se percebe que existem dificuldades para avaliar a severidade da dor em pacientes críticos, como também diferenciá-la do medo e da ansiedade por eles apresentados, para prover o alívio e conforto adequados. Algumas ferramentas, como os escores de dor, podem auxiliar na avaliação da intensidade, do grau de analgesia e sedação, porém os profissionais da saúde acabam confiando apenas em suas habilidades clínicas e, principalmente, no seu julgamento próprio para tomar as decisões adequadas, esquecendo-se que a sensação dolorosa pode manifestar-se através do aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, variação no diâmetro pupilar e lacrimejamento. Em razão desta dificuldade de avaliar corretamente a dor no setor de terapia intensiva, acabam preferindo mantê-los com níveis de sedação e analgesia em excesso⁽¹⁾.

Com relação a essas dificuldades intrínsecas questiona-se o porquê de se mensurar a dor em pacientes críticos e como realizá-la de forma eficaz. A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente de UTI, pois se torna impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou conduta terapêutica. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessá-

rio, se o prescrito é eficaz ou mesmo quando deve ser interrompido.

Sendo assim, a atuação da equipe de Enfermagem, de modo independente e colaborativo, deve compreender a identificação da queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das intervenções. O enfermeiro intensivista deve aceitar que o paciente sente a dor, sem o mesmo ter que provar que ela exista⁽³⁾.

Diante deste contexto e por ter observado que na prática clínica da UTI do hospital local do estudo não havia nenhuma escala para avaliação da dor no *check-list* do setor, sendo a mesma suprimida por analgésicos, sem que houvesse adoção de medidas alternativas de controle algico, surgiu o interesse em investigar o saber e a prática dos enfermeiros intensivistas sobre avaliação e mensuração da dor em pacientes críticos, bem como identificar sua prática com relação às principais ações realizadas.

Nessa ótica, a investigação teve como objetivos investigar o conhecimento e a prática dos enfermeiros intensivistas sobre a avaliação da dor em pacientes críticos identificando as principais intervenções implementadas por esses profissionais diante da dor em ambiente de UTI.

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela oportunidade de compreender a prática dos enfermeiros, concernente a avaliação e planejamento de intervenções ao paciente com dor, servindo de subsídio para reflexão sobre a prática laborativa desses profissionais, no âmbito assistencial ou acadêmico. Assim, ele pode servir de fonte de atualização, pela possibilidade de vislumbrar mudanças na realização de técnicas para prevenção e controle da dor com vista à promoção do alcance de uma assistência de qualidade aos pacientes por ela vitimados.

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida foi de caráter descritivo e de corte qualitativo, sendo realizado na UTI do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) localizado no campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em João Pessoa/PB/BR, constituída por duas Alas (A e B) com seis leitos cada.

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros intensivistas que fazem parte do quadro de funcionários do setor de terapia intensiva do HULW. Não houve distinção de faixa etária, sexo e tempo de serviço. Os profissionais foram escolhidos aleatoriamente com o intuito de incluir quaisquer sujeitos expostos a situações diferentes. A amostra foi composta por 10 sujeitos selecionados de acordo com as suas disponibilidades.

Foram seguidas as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto (protocolo 081/08) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW da Universidade Federal da Paraíba e autorização da direção do hospital.

Os dados foram coletados por intermédio da técnica da entrevista semiestruturada, de setembro a novembro de 2008, foi utilizada um roteiro cuja primeira parte era constituída por questões que levantaram dados de identificação dos enfermeiros quanto ao sexo, idade, tempo de atuação profissional e titulação, a segunda, por questões norteadoras visando a obter dados sobre o conhecimento e a prática dos enfermeiros intensivistas com relação à avaliação e condutas diante da dor em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva.

Para organização e análise dos dados, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁴⁾ que consiste em um conjunto de falas individuais, onde são retiradas as ideias centrais, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 10 enfermeiros plantonistas da UTI do HULW, com idades entre 24 e 50 anos, a maioria do sexo feminino, ou seja, seis dos entrevistados. Quanto ao tempo de formação, três enfermeiros obtiveram o bacharelado em Enfermagem num período recente de dois anos, dois concluíram sua formação acadêmica há 9 anos, e os cinco sujeitos restantes tiveram uma variação no tempo de formação de 6 até 31 anos. Já sobre o tempo de atuação no setor, os dados obtidos mostraram que um enfermeiro atua há apenas 7 meses, dois trabalham neste ramo há 3 anos, e os seis enfermeiros restantes apre-

sentaram uma variação no tempo de atuação de 2 até 30 anos.

Dos enfermeiros participantes da pesquisa dois possuíam apenas graduação em Enfermagem. Com relação a cursos *lato sensu* obtidos ou em andamento, três eram especialistas em terapia intensiva, e oito tinham outras especializações, como Saúde da Família (5), Administração dos Serviços de Saúde (1), Enfermagem do Trabalho (1) e Gerontologia (1), vale ressaltar que alguns dos entrevistados possuíam mais de uma especialização. Um enfermeiro da amostra possuía curso *stricto sensu* em andamento.

Com relação aos depoimentos obtidos, estes foram agrupados em DSC após a identificação das principais ideias centrais, permitindo levantar indícios concretos sobre como os enfermeiros avaliam e lidam com o manejo da dor em paciente de UTI.

Entendendo o que é a dor no paciente crítico

IC I/DSC I — A dor é um estímulo nociceptivo desagradável que causa desconforto

A dor para mim é um estímulo nociceptivo desagradável. ...que piora de intensidade. ...é um sintoma tão importante quanto qualquer outro que cause desconforto e deve ser considerado para melhor assistir o paciente. Algo que provoca sofrimento. ...é um sintoma que o paciente apresenta por alteração no seu bem-estar, podendo ser manifestado de diversas formas: verbal, expressão facial e atitude.

IC II/DSC II — A dor é uma resposta aos procedimentos invasivos necessários na UTI

Procedimentos invasivos (Gasometria arterial, acesso venoso central). ...intervenção cirúrgicas, aspirações, curativos. Diversas causas ...dentre elas, exames laboratoriais que necessitam de punções venosas e arteriais, intubação, sondagem, feridas, curativos, aspiração de secreções. Ventilação mecânica, contensão.

O DSC sobre a compreensão do fenômeno álgico mostrou que os entrevistados possuem um conhecimento com base científica sobre a fisiologia da dor no que diz respeito à nocicepção, sendo considerado um importante sintoma causador de desconforto no ambiente de terapia intensiva.

Outro ponto a se destacar é a importância dada a este sinal para que haja uma adequada assistência ao

paciente como também evidenciar algumas formas de identificá-lo. Isto não acontece em um estudo sobre o conhecimento e atitudes de 120 enfermeiros no manejo da dor, onde se verificou que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia⁽⁵⁾.

O que se constata é que muito daquilo que se realiza na UTI está associado à dor, seja a cateterização venosa periférica ou central, a entubação, a sondagem nasogástrica, com a conseqüente presença de uma estrutura estranha irritante, às vezes durante dias. Mesmo um procedimento de rotina como a percussão torácica pode ser bastante doloroso para muitos pacientes. Logo, aquilo que foi feito para promover assistência acaba sendo a própria fonte de desconforto, mesmo que seja temporário⁽⁵⁾.

Assim, o controle da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro. A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação da queixa algica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa algica, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas⁽⁶⁾.

Identificando a causa da dor no paciente de UTI

IC III/DSC III — Imobilização e decúbito prolongado do paciente no leito

Imobilidade no leito. Diversas causas estão presentes na UTI que podem provocar dor; dentre elas, decúbito prolongado em uma mesma posição.

IC IV/DSC IV — Fatores relacionados ao emocional: medo do ambiente estressante da UTI, isolamento e separação dos familiares

... desde motivos psicológicos, emocionais até os fisiológicos. Ainda existe a dor psicológica devido ao medo do ambiente terapêutico. Ambiente estressante, separação da família. A dor no paciente grave se caracteriza pela separação da família em pacientes conscientes. Isolamento. Além dos fatores que podem causar a dor emocional, como a invasão de privacidade, barulho excessivo, linguagem científica (o paciente pode estar ouvindo um profissional comentar algo com termos técnicos e não compreender aumentando sua ansiedade, medo do desconhecido gerando um sofrimento psíquico).

Nestes DSC se visualiza a imobilidade física como causa da dor em UTI. Pacientes críticos estão sob uma ou mais condições de risco para imobilidade, vinculados a doenças graves, ao coma patológico ou induzido por medicamentos e, na maioria das vezes, com aparelhagem que dificulta a realização de tais mudanças de posição, apresentando assim um elevado risco para desenvolver úlceras por pressão⁽⁷⁾.

Ainda sobre os fatores etiológicos da dor em pacientes de terapia intensiva, observa-se que a dor ganha como causa uma versão ligada ao psicológico do paciente, sendo dada importância a fatores como medo e estresse do ambiente do setor, bem como a separação da família e isolamento que os pacientes são submetidos.

Entretanto, é preciso ressaltar que a avaliação da experiência dolorosa não é um procedimento simples, visto tratar-se de um fenômeno individual e subjetivo, cuja interpretação e expressão envolvem elementos sensitivos, emocionais e culturais. Devemos caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios, identificar os aspectos que possam estar determinando ou contribuindo para manifestação dos sintomas e aferir as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e social do indivíduo⁽⁸⁾.

Assim é de suma importância para os enfermeiros estarem atentos para o lado subjetivo da dor e verificar até que ponto esta pode ser ansiedade. A admissão em uma UTI é por si só provocadora de ansiedade, e o grau de ansiedade do indivíduo pode determinar aumento na percepção da dor⁽⁸⁾. Logo, a assistência prestada ao cliente deve ser humanizada, atenciosa, respeitosa e justa, promovendo a interação e a comunicação entre os membros da equipe e o cliente, onde a dignidade pessoal do cliente seja valorizada⁽⁹⁾.

Avaliando a dor no paciente de UTI

IC V/DSC V — Avalio a dor durante o exame físico

Quando estou examinando. Sempre que realizo o exame físico, avalio a reação e a face do paciente... No exame físico antes de utilizar evolução. Na consulta (exame físico). Avaliação através do toque no exame físico.

IC VI/DSC VI — Avalio a dor na passagem do plantão, e no transcorrer do mesmo

A avaliação é feita continuamente durante todo o plantão. Na chegada do plantão. Diariamente durante o plantão.

Com relação ao questionamento sobre a frequência com que os enfermeiros avaliam a dor nos pacientes de UTI sob seus cuidados, os entrevistados optam por avaliar a dor durante o exame físico.

Os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são: determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, o sofrimento e a incapacidade, apurando o impacto da dor na vida do indivíduo e verificando a eficácia das intervenções terapêuticas propostas⁽⁷⁾. A interação terapêutica com alguém que apresenta dor pode incluir: (1) a facilitação da expressão dos sentimentos pelo paciente, o que lhe dará uma sensação de que está sendo bem cuidado; (2) oferecimento de apoio, tranquilização e compreensão, que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura; (3) ensinar aos pacientes medidas para o alívio da dor⁽¹⁰⁾.

A avaliação da dor, rotineiramente, possibilita planejar a medicação, de acordo com as necessidades pessoais e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável⁽¹¹⁾. Também o registro de tais informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e a equipe multiprofissional, possibilitando melhor assistência⁽⁴⁾.

Sendo assim, o processo de avaliação da dor é amplo e envolve a obtenção de informações, como data de início, localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios dolorosos; qualidades sensoriais e afetivas dos mesmos; fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a intensidade da dor; significado da dor para o paciente e sua família; interferência nas atividades diárias, nos relacionamentos afetivos e no trabalho; expectativas em relação à doença e ao tratamento; comportamento habitual em situações de estresse; tipos e resultados de tratamentos, ganhos secundários, análise social e psíquica⁽¹²⁾.

Formas para a avaliação da dor no paciente crítico

IC VII/DSC VII — Avaliação através da face de dor e expressão de angústia

Face de dor. Através da face. Expressão de angústia.

IC VIII/DSC VIII — Por meio da alteração nos sinais vitais, da saturação de oxigênio, agitação psicomotora e assincronia do paciente com o ventilador mecânico

Assincronia com o ventilador mecânico. Alteração dos níveis de saturação de oxigênio e agitação psicomotora. Aumento da frequência cardíaca e respiração.

IC IX/DSC IX — Através das escalas que avaliam a intensidade da dor

No adulto existem escalas para medirem a intensidade da dor, algumas em grau de 1 a 10, outras com carinhas (faces) utilizadas em crianças. Através das escalas de dor.

Estes DSC revelam que os entrevistados conhecem e utilizam algumas medidas de avaliação do dor como as escalas de intensidade e as alterações dos sinais vitais no paciente. As escalas têm a vantagem de facilitar o contato cuidador e cliente, ao compartilhar-se a intensidade da dor, e fornece ao cliente um instrumento para se fazer entender⁽¹²⁾. Mas a avaliação deste fenômeno não se restringe apenas a isto.

Cabe ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente que são concretos e observáveis, tais como⁽¹³⁾: a existência de dor e suas características em termos de localização, intensidade, descrição (aguda, lancinante, espasmódica, violenta), duração e recorrência; as reações comportamentais do doente à dor: qual a sua expressão facial: se chora; como é que ele a expressa verbalmente; como é que a encara; como reage (tem medo, fica angustiado, irritável, ou com insônias); os fatores fisiológicos associados: se manifesta taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipneia, palidez, sudorese ou alteração da tensão muscular.

A experiência dolorosa é evento muito mais ampla, não se resumindo apenas à intensidade. Assim, as características da dor também devem ser avaliadas, incluindo o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes. É importante observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, inquietação, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipnéia, hipertensão, entre outros⁽¹²⁾.

A dor também possui repercussões fisiológicas genericamente referidas como respostas ao estresse que atualmente são vistas como respostas de não adaptação e que podem gerar sérias complicações ao paciente crítico. Pode ainda desencadear reações reflexas segmentares e supra-segmentares, que incluem distúrbios na função pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal e urinária, prejuízo da função e metabolismo muscular, bem como neuroendócrino, alterações metabólicas e imunológicas⁽¹⁴⁾.

Portanto, os enfermeiros precisam estar atentos e tornarem-se capacitados para a avaliação de indicado-

res não verbais de dor que incluem alteração dos sinais vitais, modificação das características da pele, náuseas, vômitos, comportamentos como choro e lamentação, palidez, agitação, entre outros. Os dados objetivos indicados de dor podem incluir diaforese, taquicardia, alteração na pressão arterial e dilatação da pupila. Na UTI precisa-se saber diferenciar esses sintomas associados à dor daqueles decorrentes de outras patologias⁽¹⁵⁾.

O desafio para o enfermeiro é adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, adulto ou criança, para que os dados subjetivos referidos possam ser traduzidos da forma mais objetiva possível. É importante, utilizar protocolos atuais e padronizados para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências dos pacientes⁽¹⁵⁾.

Identificação das intervenções planejadas e/ou implementadas

IC X/DSC X — Administração os medicamentos prescritos, dentre eles analgésicos e sedativos

Depende da causa, como administrar analgésicos. ... Seguir a prescrição médica. ...intervenções que diminuam ou passem a dor. Atenção... conforme o protocolo de sedação/analgesia do serviço.

IC XI/DSC XI — A intervenção implementada é posicionar o paciente adequadamente, mudança de decúbito, suspensão de procedimentos não urgentes, manter repouso e um ambiente confortável e tranqüilo

Mudar a posição no leito. Mudança de decúbito. Postura correta. Utilizar de medidas não farmacológicas para aliviar a dor tais como, posicionamento. Suspender procedimentos temporariamente. Manter repouso. Proporcionar ambiente confortável e tranqüilo.

A principal intervenção realizada, segundo os DSC, é a medicalização prescrita. Com relação ao protocolo de sedação e analgesia citado no discurso do sujeito, este é baseado na escala de Ramsey, que de acordo com nível de agitação do paciente é usada como base para administração dos analgésicos e sedativos.

Em um outro estudo realizado com enfermeiros, estes referiram o analgésico como intervenção mais frequentemente proposta para controle da dor. Embora, neste estudo, tenha sido constatado que os enfermeiros lançam mão de diferentes medidas para alívio da dor e

não exclusivamente da terapêutica medicamentosa, vários discursos apontaram, também, para a valorização do uso e avaliação da eficácia dos analgésicos⁽⁴⁾. O uso de analgésicos é uma das formas mais utilizadas para analgesia da dor no meio clínico e deve ser realizada avaliando-se inicialmente a intensidade, as qualidades e o tipo de dor sentida⁽¹⁵⁾.

Muitas vezes a dor é subestimada, principalmente, por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e pouco se previne a dor. O seu alívio também não se constitui prioridade de cuidado na concepção de muitos profissionais de terapia intensiva e muitos enfermeiros optam pela administração do analgésico prescrito se necessários, isto é, esperam que o paciente apresente dor intensa para então medicar. No entanto, a literatura atual defende que o controle da dor deve ser preventivo, que a dor não deve retornar com medidas eficazes ou pelo menos não deve se tornar muito severa. É sabido que o paciente sem dor torna-se menos ansioso, participa mais das atividades físicas e recupera-se melhor⁽¹⁶⁾.

A literatura nos mostra que várias atividades de enfermagem podem ser usadas para auxiliar a pessoa que manifesta dor, sendo elas: estabelecer relação com o paciente que sente dor; ensinar ao paciente a resposta da dor; usar a situação paciente-grupo; lidar com outras pessoas que estejam em contato com o paciente; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; diminuir os estímulos nocivos; utilizar outro auxílio profissional; permanecer com o paciente; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída e auxiliar na assimilação da experiência com dor⁽⁴⁾.

Assim, qualquer tratamento farmacológico deve ser combinado com procedimentos não farmacológicos, tais como treinamentos físicos, técnicas de relaxamento e técnicas comportamentais. Desta forma o enfermeiro deve atentar para a progressão da dor do paciente, estimulando-o a usar as medidas não farmacológicas como autocontrole de alívio da sua dor, massagem, mudança de decúbito, posicionamento correto, sendo essas medidas aplicadas tanto na dor aguda, crônica ou recorrente⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, ao se falar de cuidado deve-se também levar em conta que para o mesmo ocorrer faz-se necessário um processo interativo onde o profissional cuidador, no caso o enfermeiro, aplique além de sua habilidade técnica, conhecimentos, intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado.

Nesta perspectiva cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo confortável, mas também, mostrar na relação profissional/paciente, interesse, compaixão, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, e torná-lo satisfeito com o seu viver⁽¹⁸⁾.

Neste contexto, é importante que o enfermeiro entenda a necessidade de compartilhar, ainda que por momentos, do mundo pessoal, compreender e ter um olhar humanístico para com o paciente com dor. Portanto, o compromisso da Enfermagem para amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas. O enfoque deve ser voltado para aspectos existenciais que permitam a expressão de sentimentos, de forma que as subjetividades sejam afloradas. Para isso, é necessário ouvir o paciente em situação de dor e buscar alternativas para amenizar seu sofrimento, oferecer meio para que haja o direito de se viver com dignidade⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que o paciente crítico em terapia intensiva é um ser dependente dos cuidados de enfermagem, o profissional cuidador deve ser capaz de detectar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e espirituais comprometidas, e auxiliá-lo no atendimento das necessidades que estão afetadas, de acordo com o seu grau de dependência e das prioridades estabelecido no plano de cuidados.

A dor deve ser considerada um sinal vital tão importante quanto os outros e dessa forma a eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração confiável e válida. É preciso também ser solidário e respeitar a dor física e subjetiva do paciente, tendo-se em mente que cada indivíduo a percebe de uma maneira ou intensidade diferente. Muitas vezes, somente a forma de ouvir este paciente, de fazê-lo sentir que é respeitado, irá, de alguma maneira, amenizar este sofrimento.

Neste estudo, pode-se constatar que os enfermeiros percebem a dor como uma queixa importante e inevitável causada por vários fatores, dentre eles, os procedimentos utilizados em UTI associados ao desconforto físico. Entretanto, ela também é um fenômeno difícil de ser analisado por ter um caráter subjetivo, individual e emocional, isto é, por possuir uma relação direta com o que cada pessoa é, sente e vivencia.

Mesmo existindo à disposição dos enfermeiros uma série de instrumentos para avaliar a dor, estes são pouco utilizados, devido ao pouco conhecimento ou divulgação dessas tecnologias, e pelas dificuldades de manejo que tornam ainda mais graves a subestimação e o subtratamento da dor. Com uma mensuração apropriada da dor torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite-se escolher qual é o melhor e o mais seguro entre diferentes tipos. Uma medida eficaz da dor possibilita examinar a sua natureza, as suas origens e os seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente.

Do ponto de vista do gerenciamento de Enfermagem, é importante estabelecer-se o patamar aceitável de dor, em intensidade e em frequência, na instituição, considerando as condições clínicas ou patológicas. Esses parâmetros permitem estabelecer protocolos de assistência em dor e analgesia e propiciar treinamento da equipe no tema, desenvolvimento de instrumento para sua documentação e auditoria sistemática para análise da situação.

Acredita-se que esta pesquisa foi de suma importância para área de saúde profissional e acadêmica, pois através dela conseguiu-se demonstrar a necessidade de se aperfeiçoar as formas de se avaliar a dor em pacientes críticos. Torna-se relevante enfatizar que este estudo não teve como proposta apresentar métodos ou técnicas inéditas, mas sim favorecer a sociedade um novo referencial que serve como base para novas pesquisas. Espera-se que o mesmo contribua para o crescimento da Enfermagem e favoreça a melhoria da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Lago PM, Piva JP, Garcia PCR, Sfoggia A, Knight J, Ramelet A, et al. Analgesia e sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico. *J Pediatr*. 2003; 79(2 Supl):5-6.
2. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10(3):443-7.
3. Barreto SSM. Rotinas em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.

5. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(1):50-4.
6. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev Rene*. 2010; 11(1):125-32.
7. Murray MJ. Tratamento da dor na UTI. *Clín Ter Int*. 1990; 2:247-63.
8. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-am Enferm*. 2001; 9(4):44-9.
9. Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(1):38-43.
10. Vasconcelos JMB, Rolim JA, Silva CCS. Fatores de Risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes críticos: abordagem descritiva e formas de avaliação. In: *Anais do Simpósio Paraibano em UTI e Emergência*; 2008 Set. 26-27; Campina Grande (PB): UFCG; 2008.
11. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(2):270-6.
12. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEM. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14(2):271-6.
13. Potter PA, Perry AG. A enfermagem no tratamento da dor. In: Potter PA, Perry AG. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. São Paulo (SP): Tempo; 2001.
14. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação da analgesia. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(5):692-9.
15. Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(3):300-7.
16. Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MCC, Leite AM. A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2):188-94.
17. Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev Bras Cancerol*. 1997; 43(1):21-44.
18. Setz VG, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Harada MJCS, Pereira SR. Avaliação e Intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. *Acta Paul Enferm*. 2001; 14(2):55-65.
19. Eler GJ, Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 10(3):185-90.

Recebido: 02/08/2010

Aceito: 28/03/2011