

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JULIA TORRES CAVALHEIRO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR AGUDA
EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso

URUGUAIANA

2015

JULIA TORRES CAVALHEIRO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR AGUDA EM
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa - Uruguaiana/RS, como requisito parcial para obtenção do grau Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^ª Anali Martegani Ferreira

Co-Orientador (a): Prof^ª Michele Bulhosa de Souza

**Uruguaiana
2015**

FICHA CATALOGRAFICA

CAVALHEIRO, Julia Torres.

Intervenções de enfermagem para pacientes com dor aguda em unidade de urgência e emergência.

82p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Universidade Federal do Pampa, BACHAREL EM ENFERMAGEM, 2015. "Orientação: Anali Martegani Ferreira.

1 Dor 2 Intervenções de Enfermagem 3Emergência

JULIA TORRES CAVALHEIRO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOR EM
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso I apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho defendido e aprovado em: 01/07/ 2015

Banca Examinadora

Orientador (a): Professora Dra. Anali Martegani Ferreira - Enfermagem, Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA

Co-Orientador (a): Professora Mestre Michele Bulhosa de Souza- Enfermagem, Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA

Professora Dra. Neila Santini de Souza- Enfermagem, Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA

Professora Dra. Josefina Busanello- Enfermagem, Universidade Federal do Pampa- UNIPAMPA

Dedico este trabalho a vocês meus
maiores incentivadores e apoiadores,
meus pais, Zilene e Celso.

AGRADECIMENTOS

Confesso que há anos espero por este momento. O momento de olhar para trás e perceber o quanto cresci, amadureci, sonhei e realizei. Em meio a lágrimas derrubadas em meu teclado, realizo uma retrospectiva de todos os momentos que vivi nessa longa caminhada. Impossível não relembrar do primeiro dia, da matrícula, do primeiro contato com os colegas e, principalmente, do reconhecimento e adaptação ao novo ciclo que se iniciava. Foram muitos momentos de felicidade, tristeza, medo, insegurança, ansiedade e superação. Se hoje, tenho a oportunidade de agradecer, eu devo isso á duas pessoas, meu pai e minha mãe. Acredito que este breve texto não será suficiente para expressar tamanha gratidão. Obrigada, pai e mãe, por terem me deixado voar, crescer e aprender com os erros. Obrigada por terem sido meu ombro amigo. Obrigada por me ouvirem. Obrigada por me mostrarem o caminho mas sempre permitirem que eu fizesse minhas próprias escolhas. Obrigada pelas longas horas de desabafo pelo telefone. Obrigada pelo amor, carinho e compaixão. Obrigada pela amizade, pela intimidade, pelas palavras de conforto. Obrigada pelos abraços, pelos olhares, pelos gestos e principalmente, pela proteção. Obrigada por terem acreditado em mim. Obrigada pela confiança. Obrigada pelos sacrifícios. Com certeza, é por vocês e para vocês, meus maiores amores, que eu cheguei até aqui. Obrigada, obrigada e obrigada. Eu amo vocês!

Também, não posso deixar de mencionar meus queridos colegas e amigos, que foram indispensáveis, nessa caminhada. À todos, o meu sincero agradecimento. Em especial gostaria de agradecer minha amiga, Daiana Fontoura, pela sincera amizade. Não tenho palavras para expressar o quanto nossa amizade é importante para mim. Obrigada pelos momentos de estudo, pelas horas de descontração e pelos desabafos. Obrigada por sempre se fazer presente em minha vida, em todos os momentos.

Gostaria de agradecer, enfim, minhas professoras orientadoras Anali Martegani Ferreira e Michele Bulhosa de Souza. Obrigada pela dedicação, paciência, disponibilidade e compreensão.

RESUMO

A presença da dor é um dos principais motivos que leva a população mundial a procurar cuidados médicos, sendo considerada a principal causa de angústia e incapacidade comparada a qualquer patologia. Pessoas com dor aguda, frequentemente buscam atendimento em unidades de urgência e emergência, o que exige intervenções específicas de enfermagem. Este estudo tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem para pacientes com dor, atendidos em unidade de urgência e emergência. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, desenvolvido em uma unidade de urgência e emergência de um hospital geral da fronteira oeste do RS. Constituiu-se de três etapas: identificação dos cuidados de enfermagem registrados em boletins de atendimentos de pacientes, mapeamento cruzado dos cuidados identificados nos prontuários às intervenções da classificação de enfermagem NIC para dor; e validação das intervenções de enfermagem mapeadas por meio de um grupo focal. Foram analisados 350 boletins de atendimentos. Destes, 338 apresentaram diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*. O único cuidado de enfermagem identificado nos boletins de atendimento de pacientes foi: *Administração de medicamentos*. Este cuidado foi mapeado de acordo com a intervenção: Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia, a qual foi validada na terceira etapa deste estudo. Foram incluídas pelas enfermeiras 13 novas intervenções: *Avaliar a dor como quinto sinal vital*; *Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto*, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência; *Avaliar a dor como quinto sinal vital*; *Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência*; *Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado*, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e potenciais (fluxograma, registro); Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação de conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento de dor; Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas referências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio de dor; Escolher e implementar uma variedade de medidas (farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais); Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir de forma adequada; Investigar o uso atual de métodos farmacológicos de alívio da dor pelo paciente; Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para dor; Usar medidas de controle da dor antes de seu agravamento; Assegurar

analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos; Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder a experiência de dor, assim como perceber esta resposta; Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia. Também, observou-se que existe necessidade de qualificar registros de enfermagem, visto que as enfermeiras observam que não registram alguns cuidados prestados aos pacientes.

Descritores: Enfermagem, Dor aguda, Intervenções de Enfermagem; Emergência.

ABSTRACT

The presence of pain is a major reason for people worldwide to seek medical help. It is also considered to be the main source of distress and helplessness feelings as compared to any other pathology. When affected by severe pain people tend to seek help in a Hospital Emergency Center, which demands specific intervention from the nursing personnel involved. This study aims at identifying nursing interventions on patients in pain, in an emergency unit. It is a descriptive and exploratory study developed at the emergency unit in the west border of RS state. This study consists of three parts: identification of nursing interventions registered in the patients` records, cross-check mapping of nursing interventions identified in the records following the Nursing Interventions Classification for pain by the NIC, and validation of Nursing Interventions mapped by a focal group. 350 patient`s records were analyzed. 338 were diagnosed by nurses as having Acute Pain. Medication administration was the only intervention identified in the patient`s record. This was mapped by intervention to: Make sure patient receives proper analgesic care, which was validated in the third part of the study. The nurses included 13 new interventions: Evaluate the pain as the fifth Vital Sign; checking non verbal indicators of physical discomfort, especially in patients with communication difficulties; use of adequate procedures for correct evaluation and monitoring of the pain to help identify real and potential precipitators (flowchart, records); determine the necessary frequency of patient`s discomfort evaluation and monitoring of pain, and implementation of pain monitoring plan; check patient`s interest in taking part in the process, his ability to do that, references, support from family and acquaintances in what refers to procedures and contra-indication when choosing plans for pain relief; choose and implement a set of pharmacological, non pharmacological, and interpersonal procedures; encourage the patient to monitor his own pain intensity and take adequate procedures; investigate the use of pharmacological methods for pain relief by the patient; encourage patient to use adequate pain killers; use pain control procedures before pain becomes severe; guarantee sedation prior to treatment or non pharmacological strategies prior to painful procedures; give accurate information to the family on how patient responds to pain experience, and be aware of the response; make sure patient receives the right sedation. Nursing records should be qualified, once it is a common practice between nurses not to register some of the procedures offered to patients.

Descriptors: Acute pain, Nursing interventions, Nursing, Emergency unit.

LISTA DE SIGLAS

BA - Boletim de Atendimento

PE - Processo de Enfermagem

DE - Diagnóstico de Enfermagem

NANDA- I - Classificação de Diagnósticos de Enfermagem

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

UNIPAMPA - Universidade Federal do Pampa

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Características demográficas disponíveis nos boletins de atendimentos da amostra de crianças com Dor Aguda.....	46
TABELA 2: Características clínicas da amostra de crianças com Dor Aguda.....	46
TABELA 3: Características demográficas disponíveis nos boletins de atendimentos da amostra de adultos com Dor Aguda.....	47
TABELA 4: Características clínicas da amostra de adultos com Dor Aguda.....	47
TABELA 5: Características demográficas disponíveis nos boletins de atendimentos da amostra de idosos com Dor Aguda.....	49
TABELA 6: Características clínicas da amostra de idosos com Dor Aguda.....	49
TABELA 7: Domínio e Conceito Diagnóstico NIC identificado a partir dos 338 BA de pacientes em atendimento na unidade de urgência e emergência.....	50

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Conceito das Características Definidoras de Dor Aguda da NANDA I.....	26
QUADRO 2: Intervenções de Enfermagem para o <i>Controle da dor</i> segundo a Classificação <i>NIC</i>	32
QUADRO 3: Caracterização das Enfermeiras participantes do grupo focal.....	41
QUADRO 4: Intervenções realizadas na unidade de urgência emergência não registradas nos BA.....	51
QUADRO 5: Intervenções de enfermagem identificadas pelas enfermeiras	51
QUADRO 6: Intervenções validadas pelo grupo de enfermeiras.....	53

Sumário

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO.....	19
	2.1 Objetivo Geral.....	19
	2.2 Objetivos Específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
	3.1 Etiologia e Fisiologia da Dor	20
	3.2 Dor em Unidades de Urgência e Emergência.....	22
	3.3 Dor Aguda.....	24
	3.4 Processo de Enfermagem.....	25
	3.5 Diagnósticos de Enfermagem	26
	3.6 Intervenções de Enfermagem para dor	32
4	MÉTODO.....	36
	4.1 Tipo de Estudo	36
	4.2 Campo de Estudo	36
	4.4 Etapas do Estudo.....	38
	4.6 Participantes do Grupo Focal.....	41
	4.6 Critérios de Inclusão	42
	4.7 Critérios de Exclusão	42
	4.8 Aspectos Éticos.....	42
5	RESULTADOS	44
	5.3 Validação das Intervenções de Enfermagem	50
6	DISCUSSÃO.....	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados.....	71
	APÊNDICE B - Questões Disparadoras do Grupo Focal.....	73

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade	77
APÊNDICE E - Autorização Condicionada.....	79
APÊNDICE F – PARECER COSUBTANCIADO DO CEP	80

1 INTRODUÇÃO

A presença da dor é um dos principais motivos que leva a população mundial a procurar cuidados médicos. Também é considerada a principal causa de angústias e incapacidades quando comparada a qualquer outra patologia isolada, compreendendo em torno de 45 a 80% das causas de internações hospitalares (SAÇA, 2010). Este sintoma afeta cerca de 30% dos indivíduos em algum momento de sua vida (TEIXEIRA, 2009).

A dor é um sintoma que afeta as pessoas, independentemente da faixa etária, em algum período de suas vidas. Constitui-se em uma experiência subjetiva e multifatorial. A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável que pode acometer as pessoas em todas as etapas de seu desenvolvimento (IASP, 2011). O sintoma dor possui alta prevalência, principalmente por estar associado, na maioria das vezes, a patologias específicas ou a procedimentos terapêuticos (NASCIMENTO, 2011).

A dor pode estar relacionada a um dano tecidual, real ou potencial, que será identificada pelo indivíduo sob influência de suas vivências e percepções (SAÇA, 2010; BOTTEGA, 2010). A dor é um sinal subjetivo. Portanto, cada indivíduo responderá a estímulos dolorosos de acordo com sua experiência e com reflexo de fatores culturais, ambientais, emocionais, sensitivos entre outros (RIBEIRO, 2012). Por conseguinte, a dor pode ser ou não tolerável, dependendo do limiar e sensibilidade de cada indivíduo (BOTTEGA, 2012).

No Brasil ainda não existem dados epidemiológicos precisos sobre as taxas de ocorrência de dor (SBED, 2009). Os dados disponíveis no país estão relacionados a um estudo epidemiológico realizado no Centro de Dor da Faculdade de Medicina de São Paulo. Este estudo refere que cerca de um terço dos doentes procuram os serviços de saúde devido ao sintoma dor, sendo 50% destes por dor aguda (TEIXEIRA, 2009).

Em 2003, a *American Pain Society* e a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde apontaram a dor como o quinto sinal vital, enfatizando sua importância e significado, no intuito de conscientizar os profissionais de saúde sobre a necessidade de tratá-la adequadamente e de forma eficaz (NASCIMENTO, 2011).

Ainda não há no Brasil, no entanto, uma legislação específica sobre esses direitos. Mesmo assim, são seguidas as diretrizes instituídas pela *American Pain Foundation* que desenvolveu a Carta dos Direitos do Paciente com Dor e que tem como objetivo abordar as principais intervenções que devem ser realizadas quando o paciente relata tal sintoma (BRUNNER, 2014; SAÇA, 2010).

A avaliação e o tratamento da dor nos serviços de saúde devem ser considerados uma prioridade para os profissionais da saúde, uma vez que o alívio da dor é um direito humano e uma questão de ética profissional (BARRETO, 2012). Estas diretrizes são destacadas em função da dor ser um sintoma que pode desencadear outras alterações fisiológicas e psíquicas, como as alterações de outros sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória) os quais podem gerar impacto negativo na saúde do paciente (RIBEIRO, 2012).

Este sintoma quando tratado ou avaliado de forma inadequada pode dificultar a recuperação do indivíduo, da mesma forma que pode transformar a dor em dor crônica, causando prejuízos ainda maiores a sua saúde e vindo a onerar sensivelmente o serviço de saúde pública (RIBEIRO, 2012). Nesse contexto, mostra-se fundamental a sensibilização dos profissionais da saúde para avaliação da dor nos serviços de saúde.

Para que isso aconteça, é de vital importância que estes profissionais utilizem métodos que auxiliem na avaliação e tratamento da dor. Assim, o Processo de Enfermagem mostra-se uma ferramenta adequada, pois possibilita que o enfermeiro avalie o paciente de forma integral, buscando conhecer suas necessidades físicas e mentais, bem como seu modo de vida, condições socioeconômicas e culturais, garantindo, dessa forma, que decisões eficazes sejam tomadas (MATA, 2012).

O processo de enfermagem diz respeito a uma abordagem científica que identifica um conjunto de fatores correspondentes à realidade. A Resolução do COFEN 358/2009 é a diretriz que subsidia a Sistematização de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem. Segundo essa diretriz, as etapas desse método científico e/ou processo de enfermagem caracterizam-se por identificar o problema a ser investigado, ao mesmo tempo em que coleta dados, faz diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (BRASIL, 2009; CHAVES, 2009).

Observa-se com isso que a realização do processo de enfermagem no que diz respeito a avaliação sistematizada da dor configura-se como de suma importância. A partir da realização adequada desse processo será possível realizar o controle do sintoma do

paciente/cliente possibilitando ao enfermeiro fazer intervenções mais acuradas. Nessa perspectiva, evidencia-se que as intervenções de enfermagem devam ser elencadas a partir de uma padronização de cuidados (BERTONCELLO, 2014).

Nesse sentido foi desenvolvido um sistema de classificação de intervenções de enfermagem que foi denominada *Nursing Interventions Classifications* (NIC). A mesma começou a ser construída em 1987 e continua em construção até hoje. A NIC é um método sistematizado de resultados de enfermagem. Este método de classificação possui uma linguagem padronizada e abrangente com relação aos tratamentos a serem realizados pela enfermagem (BULECHEK, 2010).

A utilização de uma linguagem padronizada através das taxonomias de enfermagem contribui para que o trabalho do enfermeiro seja desenvolvido com segurança e autonomia. A utilização das classificações de enfermagem favorece o julgamento clínico e a implementação de estratégias terapêuticas as quais fundamentam as intervenções realizadas na prática profissional (SAMPAIO, 2011).

Na atualidade, enfermeiros do mundo inteiro utilizam a classificação NIC para a realização das intervenções de enfermagem. No Brasil, no entanto, o emprego da classificação das intervenções de enfermagem são pouco utilizadas, principalmente no que se refere a intervenções para o controle da dor. Uma vez que o sintoma, além de subdiagnosticado é, na maioria das vezes, tratado apenas de forma medicamentosa. Nesse sentido, as intervenções relacionadas ao sintoma caracterizam-se por um modelo biomédico, tornando o papel da enfermagem coadjuvante ao tratamento da dor. (CHIANCA, 2009; SAMPAIO, 2011).

Ainda neste contexto, é notório ser a dor, aguda ou crônica, um sintoma muito frequente nos setores de pronto atendimento dos hospitais, ratificando, portanto, a importância da realização de intervenções de enfermagem adequadas, também, nesses setores. Uma vez que as unidades de urgência e emergência são procuradas por pacientes que estão em franco processo de agudização do sintoma (BARRETO, 2012).

A avaliação da dor nas instituições de saúde no Brasil emergiu de estudos realizados pela Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) que é órgão consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS e o Ministério da Saúde (MS) ratificaram algumas diretrizes que enfatizam que a dor deve ser avaliada e registrada juntamente com outros sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal). Segundo as mesmas organizações, esta avaliação deverá ser adequada e sistematizada através de um registro contínuo de sua evolução, para que a equipe multidisciplinar envolvida possa compreender melhor o progresso clínico do paciente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; MAGALHÃES, 2011; SAÇA, 2010).

Em um estudo desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana (HGSCU), intitulado Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva: mapeamento cruzado dos termos utilizados nos registros com a taxonomia da NANDA identificou a presença do Diagnóstico de Enfermagem Dor Aguda como o mais frequente entre o total dos diagnósticos de enfermagem identificados. Esse resultado evidencia a necessidade de identificação de intervenções para tratamento acurado da dor para os pacientes na instituição, de forma a ofertar assistência adequada e eficaz. Destaca-se ainda a legislação vigente que garante os direitos dos usuários dos serviços de saúde de não sentir dor quando existem meios para evitá-la (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003).

Neste contexto, o presente estudo constitui-se em uma demanda social da instituição, uma vez que a mesma está trabalhando na implementação da avaliação da dor como quinto sinal vital.

Enquanto acadêmica em enfermagem e bolsista programa PET SOS urgência e emergência observo as contribuições e o crescimento que o programa ofertou-me através da produção de trabalhos científicos sobre a temática dor. Além disso, proporcionou-me aproximação com a temática através da atividade observacional na em estudo, onde vivenciei experiências no serviço, tais como organização do fluxo de trabalho e as necessidades dos pacientes, destacam-se a avaliação da dor. Desta forma, o programa foi imprescindível para o sucesso e desenvolvimento deste trabalho.

Assim, enquanto acadêmica de enfermagem, membro integrante da equipe para construção do projeto para implementação da avaliação da dor como quinto sinal vital, e bolsista do Programa Educação pelo Trabalho e PET Saúde Redes de Atenção - SOS Urgência e Emergência, busco contribuir para qualificação do serviço na ótica da educação

permanente em saúde, com foco na qualidade da atenção de enfermagem e seus registros; visando atender a legislação de segurança do paciente e a política de humanização da assistência, diretrizes deste programa em desenvolvimento na instituição.

Para contribuir e ofertar subsídio teórico à implementação da avaliação da dor na instituição em estudo, realizou-se reuniões científicas, onde foram discutidos assuntos pertinentes à temática. Esse grupo foi composto por uma equipe multiprofissional de colaboradores do hospital (médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas) e estudantes e docentes, membros integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – (PET-Saúde)- Redes de Atenção SOS – Urgências e Emergências da Universidade Federal do Pampa.

Nesse sentido, identificar as intervenções de enfermagem para assistência aos pacientes com dor, constitui-se em uma estratégia para proporcionar aos mesmos uma assistência humanizada e segura, através da qual se pretende garantir seus direitos a um tratamento eficaz (BRASIL, 2004).

Assim este estudo procura responder ao seguinte questionamento: Quais são as intervenções de enfermagem realizadas na unidade de urgência e emergência para pacientes com dor aguda?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Identificar as intervenções de enfermagem para pacientes com dor aguda atendidos em unidade de urgência e emergência de um hospital geral da fronteira oeste do RS.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem implementadas para pacientes pediátricos, adultos e idosos com dor registrados em boletins de atendimento (BA);
- ✓ Identificar as características definidoras que evidenciam o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes pediátricos, adultos e idosos registrados em boletins de atendimentos (BA) na unidade em estudo;
- ✓ Mapear as intervenções e cuidados de enfermagem identificadas à classificação de intervenções de enfermagem da NIC.
- ✓ Validar as intervenções de enfermagem mapeadas a NIC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta-se aqui uma divisão didática das informações que subsidiam a compreensão da temática. Para tanto, serão abordados os principais elementos que fundamentam o objeto de estudo do presente trabalho.

3.1 Etiologia e Fisiologia da Dor

A dor é subjetiva e individualizada e seu estímulo pode ser de natureza física ou psicológica. Estes estímulos influenciam significativamente no cotidiano do paciente, interferindo na qualidade de vida e relacionamento pessoal de quem os vivencia (BOTTEGA, 2010). A dor é percebida de formas diferentes entre homens e mulheres. Para ambos os sexos as manifestações de dor são influenciadas por fenômenos sociais e culturais. Porém, os homens queixam-se menos de tal sintoma. Pois, na maioria das vezes, são encorajados pelas mulheres a desconsiderá-lo, uma vez que as queixas de dor são consideradas parâmetros de virilidade. Da mesma forma, as mulheres, por considerarem-se mais sensíveis, queixam-se mais de dor quando comparadas aos homens (RIBEIRO, 2012)

Fatores emocionais, e principalmente etários são fatores que modificam as formas de percepção da dor. Os aspectos psicológicos e contextuais expressados em uma situação de dor são os principais fatores de dificuldade de compreensão da origem e da intensidade da mesma. A experiência da dor é influenciada por fatores externos e internos. Geralmente quanto mais tenso o paciente estiver, com medo ou ansiedade, mais intensa se tornará a dor. Este fato pode ser explicado pela falta de entendimento claro dos indivíduos sobre questões de saúde e doença (BOTTEGA, 2010).

A dor apresenta-se em várias dimensões: neurofisiológica, psicossocial (influência emocional positiva e negativa), cognitivo-cultural (comportamentos prévios à dor ou crenças) e sensorial (FONTES, 2009). Pode-se dizer, também, que não há no organismo células ou órgãos específicos causadores de dor, mas sim, uma rede de terminações nervosas que, ao receberem estímulos internos ou externos, causam esta sensação desagradável (BRUNNER, 2014).

Tais terminações nervosas sensoriais são diferentemente sensíveis a estímulos nervosos, podendo uma região do corpo do indivíduo ser mais sensível que outra. Isto ocorre porque algumas áreas do corpo possuem um número maior de terminações nervosas sensíveis. É o caso do cérebro que não possui nenhum receptor sensível à dor, enquanto as paredes das artérias, por outro lado, possuem quantidades abundantes desses receptores. (BOTTEGA, 2010; SAÇA, 2010).

A sensação de dor é conduzida até as células através da medula espinhal. Para que haja a detecção da informação de dor pelo sistema nervoso central são necessários órgãos específicos: os nociceptores. Fisiologicamente, existem quatro processos nociceptivos que envolvem a dor: transdução, transmissão, percepção e modulação. Não é possível definir particularmente cada processo. Estímulos térmicos, químicos e mecânicos são exemplos de fatores que causam dor. (MAGALHÃES, 2011). A pessoa percebe a dor à medida que fatores psicológicos e cognitivos interagem com fatores neurofisiológicos. A resposta comportamental de cada pessoa com referência à dor é uma resposta fisiológica individual. Em síntese, a dor é resultante da interpretação do aspecto físico-químico dos nociceptores, juntamente com aspectos emocionais vivenciados pelo indivíduo. (BRUNNER, 2014, POTTER, 2012; SAÇA, 2010).

O estímulo da atividade do Sistema Nervoso Autônomo com relação à dor pode provocar um aumento considerável dos níveis pressóricos do cliente; frequência cardíaca e frequência respiratória. Por sua vez, o estímulo do Sistema Nervoso Simpático, pela mesma causa, pode provocar náuseas e vômitos. Desta forma, se a dor não for controlada, a mesma poderá acarretar instabilidade de outros sinais vitais os quais poderão ocasionar danos maiores à saúde do indivíduo (BOTTEGA, 2010, SAÇA, 2010, MAGALHÃES, 2011, SOUZA, 2013).

A *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)* recomenda que a dor seja classificada de acordo com sua duração; podendo ser aguda, crônica ou recorrente (MARQUES, 2010; SAÇA, 2010). A dor aguda geralmente está associada a um trauma ou lesão tecidual. É passageira e pode aparecer subitamente depois de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, traumas e infecções. A dor aguda deve ser considerada um sinal de alerta, objetivando-se a prevenção de um mal crônico. É imprescindível que o tratamento seja feito em tempo adequado. A dor aguda, frequentemente, tem duração menor de seis meses (ARAUJO, 2012; MARQUES, 2010).

Por outro lado, a dor crônica pode se manifestar de forma contínua ou intermitente. Não mais indicando um alerta a uma lesão como no caso da dor aguda. Ela pode aparecer como consequência de doenças como câncer, AIDS, diabetes etc. Esta geralmente possui uma duração igual ou superior a seis meses. (ARAUJO, 2012; MARQUES, 2010). A dor crônica passa a ser um sinal importante para os serviços de saúde. Pois, além de ser a maior causa de internações hospitalares, esta acomete 30 a 40% das populações em geral. Sendo fator causador de dificuldades econômicas e sociais a países em desenvolvimento (BOTTEGA, 2010; PEDROSO, 2007).

Em relação à dor recorrente, observa-se que esta tem como característica ser inconstante, ou seja, possui curta duração podendo repetir-se com frequência em curtos ou longos períodos de tempo. Este tipo de dor pode acompanhar a pessoa durante toda a vida (ARAUJO, 2012; MARQUES, 2010).

3.2 Dor em Unidades de Urgência e Emergência

Os serviços de urgência e emergência são ambientes estruturados para oferecer assistência a pacientes em situações de urgências ou emergências de vida. Várias são as causas que levam os pacientes a procurar pelo atendimento, dentre estas destacam-se traumas, queimaduras, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral. Estudos apontam que a dor é a principal queixa referida por esses pacientes. Cerca de 90 % dos pacientes atendidos nas unidades de urgência e emergência queixam-se de dor (MARTINEZ, 2011).

Observa-se que a dor decorrente de lesões na região abdominal/pelve são as mais comumente apresentadas, devido a ocorrência de um número elevado de traumas (CALIL, 2013). Na presença do trauma, o sintoma pode ser de origem clínica ou cirúrgica sendo, em sua maioria, consideradas de intensidade forte e moderadas. Assim, cerca de 45% dos pacientes que procuram o serviço, o fazem devido a sintoma de dor relacionado a algum evento específico. Portanto, a dor de etiologia aguda é a mais prevalente nos atendimentos realizados na unidade de urgência e emergência. Poucos são os atendimentos realizados a pacientes com dor de etiologia crônica, pois estes procuram atendimento de urgência e emergência somente quando ocorre um novo processo agudo do sintoma (BARRETO, 2012; MARTINEZ, 2011).

Contudo, a dor ainda não é vista como um sintoma relevante para os profissionais que atuam nessas unidades, sendo, na maioria das vezes, subtratada e subdiagnosticada. Observa-se que por ser um sintoma corrente, frequentemente não desperta a atenção dos profissionais envolvidos. Essa é uma das principais dificuldades encontradas na prática clínica, sobretudo nesses serviços de urgência e emergência (SILVA, 2013).

Portanto, é de suma importância que para evitar maiores agravos a situação de saúde dos pacientes, os profissionais do serviço de emergência reconheçam o sintoma dor. O que se observa na prática, no entanto, é que os profissionais que atuam no setor de urgência e emergência tendem a comparar a intensidade da dor à patologia apresentada, dificultando, assim, a avaliação e tratamento do sintoma de forma correta (MARTINEZ, 2011). Como consequência dessa dificuldade, pode vir a ocorrer a persistência do processo algóico acarretando um progressivo aumento das disfunções orgânicas do paciente, tais como hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da oferta de O₂ aos tecidos, diminuição da perfusão sanguínea periférica e contração muscular reflexa (CALIL, 2013)

Ainda neste contexto, observa-se que a ansiedade causada pela dor, também causa impacto negativo na saúde dos pacientes. A ansiedade influencia na resposta humoral, caracterizada por um aumento dos níveis circulantes dos hormônios catabolizantes como catecolaminas, glucagon e cortisol. Esse processo pode aumentar o consumo de O₂, desencadeando o processo de glicogenólise e lipólise. Identificar as queixas de dor, intensidade e local da mesma é a principal forma de profilaxia desses agravos (BARRETO, 2012).

Ainda não existem muitos estudos que abordem o impacto da dor na situação de saúde dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência. Essa questão dificulta o processo de sensibilização dos profissionais dessa área para o planejamento de ações, organização dos recursos materiais e humanos. A alta demanda de pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência os poucos recursos/materiais disponíveis para o atendimento do paciente, também, são fatores que contribuem para tornar mais complexa a avaliação das queixas algóicas e seu tratamento (MARTINEZ, 2011; SILVA 2013).

Desta forma torna-se evidente que o controle e alívio da dor são questões imprescindíveis, principalmente quando se refere a pacientes que possuem risco de vida, pois, além da questão humanitária necessária o controle do alívio da dor contribui para a manutenção das funções fisiológicas básicas do paciente. Controlando-se, assim, os efeitos colaterais advindos da persistência da dor (SILVA, 2013).

3.3 Dor Aguda

A dor aguda ocorre devido ao desencadeamento de vários eventos que envolvem o sistema autônomo, periférico e sistema nervoso central. Diferentemente da dor crônica a dor aguda inicia em terminações nervosas específicas. Vários são os estímulos que podem desencadear esse sintoma, tais como: físicos, químicos ou térmicos podendo estar associados, comumente, a traumatismos, afecções infecciosas e/ou inflamatórias (POTTER, 2012)

A dor aguda pode provocar o aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória. Além disso, o aumento considerável de cortisol (provocada pelo estresse causado pela dor aguda) podem contribuir para o surgimento de outros sinais como sudorese e ansiedade (TEIXEIRA, 2009).

A dor aguda de origem inflamatória corresponde a um processo que ocorre a partir da resposta do tecido ao evento adverso celular. É um fenômeno complexo e multissêmico, manifestando-se sobre influência de qualquer agente lesivo, sejam eles físicos (queimadura, radiação, trauma), biológicos (microorganismo, reações imunológicas) ou químicos. O processo envolve eventos bioquímicos e celulares, que provocam extravasamento de fluídos, ativação enzimática, migração celular, liberação de mediadores, sensibilização e ativação de receptores, lise tecidual e de reparo. Este tipo de dor possui uma característica específica, esta pode reaparecer ou tornar-se contínua, devido ao processo chamado de memória da dor (BRUNNER, 2014).

A dor visceral e a dor somática são transmitidas por vias viscerais são causadas por estímulos inevitáveis e apresentam respostas específicas, geralmente são subagudas e podem vir acompanhadas de respostas autonômicas ou comportamentais específicas. As sensações dolorosas são sentidas em regiões distantes do corpo, dando uma sensação de dor superficial. Esse tipo de dor pode ocorrer em diversas situações clínicas, como por exemplo, cólicas e úlceras gástricas (TEIXEIRA, 2009).

A dor neuropática é outro tipo de dor considerada aguda. Relaciona-se a lesão primária do sistema nervoso central ou periférico. É definida como dor decorrente de lesão ou disfunção dos neurônios, podendo ter consequência de lesão ou doença do sistema somestésico. É considerada uma síndrome complexa, com mecanismos biológicos pouco esclarecidos, envolvendo teorias inflamatórias e imunes (TEIXEIRA, 2009; BRUNNER, 2014).

3.4 Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se de um método racional de planejamento das condutas do cuidado de enfermagem. Este auxilia o profissional na identificação das necessidades de saúde dos pacientes. É um processo cíclico e dinâmico que segue uma sequência lógica (GARCIA, 2009). Possui como principal objetivo auxiliar na prestação de um cuidado integral e organizado, focado nos resultados que se pretende alcançar. A realização do PE de forma adequada depende, quase que exclusivamente, do estabelecimento de prioridades das necessidades de saúde pelo paciente e raciocínio clínico do enfermeiro (BARROS, 2007).

A Resolução COFEN 358/2009 (BRASIL, 2009) subsidia a sistematização do trabalho do enfermeiro, pois dispõe sobre a Assistência em Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, onde é necessário o cuidado de enfermagem. Segundo esta resolução, o processo de enfermagem deverá organizar-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. (CHAVES, 2009).

A Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) é a primeira etapa do processo de enfermagem que se constitui em um processo onde são utilizados métodos e técnicas (anamnese e exame físico) que têm como objetivo a obtenção de informações sobre a pessoa, família, coletividade humana e as respostas sobre seu processo saúde-doença (BRASIL, 2009; CHAVES, 2009.)

A segunda etapa compõe-se do Diagnóstico de Enfermagem, ou seja, processo de análise dos dados coletados na primeira etapa que culmina na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem. Este diagnóstico é a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (BRASIL, 2009; CHAVES, 2009)

A terceira etapa é o Planejamento de Enfermagem. Neste momento o enfermeiro determina os resultados que espera alcançar e as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas. Todas as intervenções são construídas embasadas nas respostas e necessidades apresentadas pelo paciente. Assim, subsequentemente, ocorrerá a quinta etapa do processo; a Implementação das Intervenções e/ou Ações de Enfermagem que foram predeterminadas na etapa anterior (CARVALHO, 2009).

A quinta e última etapa refere-se à Avaliação de Enfermagem, processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação das respostas da pessoa avaliada. Nesse processo, observam-se possíveis melhoras e, também, novas necessidades apresentadas pelos pacientes (CARVALHO, 2009; CHAVES, 2009).

Para a realização do PE de forma eficaz é de suma importância que o enfermeiro possua conhecimento técnico-científico que permita, através do raciocínio clínico e pensamento crítico analisar, interpretar e compreender as informações coletadas durante as cinco etapas do processo. Assim, será possível que o profissional realize intervenções precisas e acuradas, de acordo com as diversas necessidades de saúde evidenciadas pelos pacientes (CARVALHO, 2009).

3.5 Diagnósticos de Enfermagem

No ano de 1962, enfermeiras norte-americanas desenvolveram a classificação DE. Essas enfermeiras observaram a necessidade de haver uma prática assistencial organizada e com registros padronizados. Desta forma, deu-se a origem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Somente em 2002 a NANDA tornou-se um método reconhecido mundialmente. Atualmente ela é um dos principais métodos utilizados no mundo para subsidiar o cuidado em enfermagem, e esta denominada como NANDA-I. (NANDA, 2013).

A utilização da linguagem padronizada dos DE objetiva promover a compreensão entre os enfermeiros sobre os problemas de saúde dos pacientes e facilitar a comunicação e o planejamento da assistência (CHAVES, 2009).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) constituem-se em um no julgamento clínico do enfermeiro e conhecimento técnico-científico do profissional (NANDA-I, 2013; SAMPAIO, 2011). Têm como objetivo descrever o conjunto de sinais e sintomas (características definidoras) que indicam um problema de saúde real ou potencial que pode ser identificado ou solucionado pelo enfermeiro (CHAVES, 2009).

No contexto deste estudo, destaca-se o DE Dor aguda. Este diagnóstico encontra-se no Domínio 12: Conforto e Classe 1: Conforto Físico, sendo conceituado como: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. As características definidoras para este diagnóstico são as seguintes:

Mudanças na pressão sanguínea; Comportamento de distração; Comportamento de proteção; Comportamento Expressivo; Diaforese; Dilatação Pupilar; Distúrbio no padrão do sono; Evidência observada de dor; Expressão facial; Foco em si próprio; Foco estreitado; Mudanças na frequência respiratória; Mudanças na frequência cardíaca; Mudanças no apetite; Posição para evitar dor; Relato codificado; Relato verbal (NANDA, 2013; CHAVES, 2009). Estas foram validades na prática clínica, no Brasil, para crianças e adultos e crianças, (CRUZ, PIMENTA, 2005; FERREIRA, 2009). Estas características subsidiam o enfermeiro na avaliação clínica de crianças e adultos para identificação da presença de dor aguda (Ferreira, 2009). A seguir apresenta-se o conceito das características definidoras do DE Dor Aguda.

QUADRO 1: Conceito das Características Definidoras de Dor Aguda da NANDA I.

Características definidoras do DE Dor Aguda	Definição conceitual
Alterações na pressão sanguínea	<p>É definida como a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, cuja finalidade é promover a perfusão tissular adequada, possibilitando trocas metabólicas.</p> <p>A pressão arterial sistólica e diastólica nas crianças varia de acordo com a faixa etária. Dos dois aos 12 anos, a pressão sistólica permanece em torno de 95 a 128 mmHg e a diastólica em torno de 53 a 80 mmHg. (CRUZ, 2005; FERREIRA, 2009)</p> <p>Para adultos a pressão arterial sistólica considerada normal é 120 a 130 mmHg a pressão sistólica de 80 a 85mmHg considerada alterada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).</p>
	<p>Corresponde a lapso de consciência e de falta de atenção. Estado em que a atenção está dividida entre várias ações,</p>

Comportamento de distração	podendo ser caracterizado por comportamentos, tais como andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou realizar atividades repetitivas (CRUZ, 2005).
Comportamento de proteção	Comportamento de proteção define-se pela adoção de postura para minimizar a dor; caracterizando-se por apresentar características, tais como, deitar imóvel, contrair as pernas, retrair-se quando tocada, segurar ou proteger a área dolorida (TEIXEIRA, 2009).
Comportamento expressivo	Relaciona-se as reações, forma de agir a partir da presença de um determinado estímulo recebido. As manifestações de dor podem ser observadas através das respostas comportamentais, gestos e expressões. Inquietação, irritabilidade, vigilância, medo e atitudes (morder, chutar, chorar, gemer, suspirar, berrar e dar pontapés) e agitação, ocorrem devido desprazer ou ameaça de alguma parte do corpo (POTTER, 2012; TEIXEIRA,2009).
Diaforese	Presença de sudorese profusa, que ocorre como resposta do sistema nervoso simpático (CRUZ, 2005).
Dilatação pupilar	Caracterizada pela alteração do diâmetro pupilar. Resposta do sistema nervoso simpático associada à dor (TEIXEIRA,2009).
Distúrbio do sono	Alteração no período de sono. Em criança podem ocorrer mudanças na quantidade e na qualidade do sono em função da situação dolorosa; podendo apresentar olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo, ou disperso, careta,

	cansaço, irritabilidade e insônia. Para adultos, podem ser observados sonolência diurna, fadiga, alteração de humor e raciocínio mais lento. (NANDA,2013).
Evidência observada de dor	Corresponde a situações em que é possível observar que o paciente esta sentindo dor por meio de comportamentos (expressão corporal, facial e vocalização). Ou em situações em que o paciente é exposto a procedimentos que causam dor (CRUZ 2005; TEIXEIRA, 2009)
Expressão facial	Alterações na mímica facial que demonstram dor. São estas: testa franzida, contração das sobrancelhas, olhos espremidos, sulco nasolabial aprofundado, fenda palpebral estreitada, boca aberta na vertical, boca torcida, abertura dos lábios e reação de língua esticada, fronte saliente, tremores no queixo, expressão facial de sofrimento, face contraída, de choro, olhar triste e careta (TEIXEIRA, 2009) .
Foco em si próprio	Caracterizam-se aos momentos em que a criança ou o adulto mostram-se centrados na situação dolorosa enfrentada, não demonstrando interesse por outras atividades (POTTER, 2012). No caso das crianças há perda de interesse em brincar (HOCKENBERRY, 2008).
	Nas crianças há um desinteresse aos estímulos ambientais, diminuindo sua interação com as pessoas e ambiente. Também, de acordo com a faixa etária, poderá apresentar percepção do

Foco estreitado	tempo alterada e processos de pensamento prejudicados (TEIXEIRA, 2009; HOCKENBERRY,2008). Nos adulto ocorre, também, desinteresse em realizar atividades comumente desenvolvidas e isolamento social (NASCIMENTO, 2011).
Gestos protetores	Gestos realizados como forma de evitar –se a dor, tais como, retrair-se quando tocado, cerrar os punhos, rigidez muscular, segurar a região dolorosa, manter-se quieto, permanecer estático ou em flexão em posição fetal (POTTER, 2012 ; PUCCINI, 2013).
Mudanças na frequência cardíaca	Caracteriza-se por alterações na frequência cardíaca. Para adultos e idosos os padrões de normalidade são de 69 – 100bpm. (POTTER, 2012). Os valores de normalidade para crianças durante o sono e repouso as seguintes variações: Crianças pequenas: 75 – 160 bpm; Crianças de 2 –10 anos: 60 – 90 bpm; Maiores de 10 anos: 50 – 90 bpm. Para crianças acordadas e ativas:Destaca-se que de 2 –10 anos a variação ocorre entre 60 – 140 bpm; e para maiores de 10 anos os padrões variam entre: 60 e 100 bpm (POTTER, 2012; SILVA, 2011).
Mudança na frequência respiratória	Caracteriza-se por alterações na frequência respiratória,. Consideram-se valores de normalidade para crianças as seguintes variações: Crianças pequenas: 24 – 40 mpm; Pré-escolar: 22 – 34 mpm; Escolar: 18 – 30 mpm; Adolescentes: 12

	-16 mpm e para adultos 12- 20mpm (POTTER, 2012; SILVA, 2011).
Mudança no apetite	<p>Alterações na ingestão alimentar que iniciam durante o processo de internação (doença e dor).</p> <p>Acriança não aceita e/ou rejeita as refeições ou aceita pouco a ingestão de alimentos que gosta e costuma comer, não conseguindo suprir suas demandas metabólicas (SILVA, 2011)</p> <p>Os adultos também podem apresentar sinais semelhantes, tais como, não aceitar alimentos que geralmente costuma comer, ingerir menos alimentos do que o necessário, comer menos vezes ao dia e não realizar as refeições nos horários habituais (TEIXEIRA, 2009; POTTER, 2012).</p>
Mudanças no tônus muscular	<p>Posição adotada que objetiva evitar ou minimizar a dor.</p> <p>As comumente adotadas por adultos e crianças são, manter-se calado, manter-se em flexão, posição fetal e permanecer em posição estática (POTTER,2012; CORREA, 2008).</p>
Posição para evitar dor	Corresponde a posição de proteção a fim de evitar ou minimizar a situação dolorosa. Estas posições são adotadas tanto para adultos quanto para crianças (TEIXEIRA, 2012; SILVA 2011).
Relato codificado de dor	<p>Informação fornecida, por meio da comunicação não verbal de dor. As respostas podem ser obtidas através de escalas. Em caso de criança o brinquedo terapêutico mostra-se como uma importante estratégia (PUCCINI, 2013).</p> <p>Tanto para crianças quanto para adultos, a resposta poderá ser</p>

	espontânea ou solicitada e pode referir aspectos sensoriais, emocionais, ou cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa (SILVA, 2011; POTTER, 2012).
Relato verbal de dor	<p>Refere-se ao relato sobre a presença de dor, realizado pela pessoa que a sente ou pessoas próximas. Assim, caracteriza-se pela verbalização sobre a presença de dor (TEIXEIRA, 2009).</p> <p>O Relato verbal das crianças e adultos com déficit cognitivo, pode ocorrer através do relato do familiar e/ou responsável (POTTER, 2012).</p> <p>realizada pela criança ou familiar/pais e/ou responsável pela criança (TEIXEIRA, 2009; PUCCINI, 2013)</p>

3.6 Intervenções de Enfermagem para dor

Após a definição dos diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro deverá avaliar as ações que serão pertinentes ao estado de saúde do paciente. Para tanto, a Nursing Interventions Classifications (NIC) apresenta-se como um método que subsidia a tomada de decisões e autonomia do enfermeiro. Portanto, a NIC torna-se um importante³ instrumento a ser utilizado na definição das intervenções de enfermagem. Esta se apresenta em uma linguagem padronizada e abrangente, organizada em sete domínios e 30 classes. Atualmente dispõe 514 intervenções listadas em ordem alfabética e mais de 12 mil atividades. Os sete domínios são denominados fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, família, sistema de saúde e comunidade (BULECHEK, 2010; CHAVES, 2009).

As intervenções de enfermagem são tratamentos realizados pelo enfermeiro que contribuem para a melhoria da situação clínica do paciente. As intervenções incluem assistência direta (focalizando o paciente) e indireta (cuidado integral). A assistência direta caracteriza-se por intervenções baseadas nas necessidades fisiológicas e psicossociais do mesmo (BULECHEK, 2010).

A assistência indireta possibilita ao enfermeiro uma visão holística do paciente, abrangendo intervenções baseadas nas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades que poderão influenciar na situação de saúde do paciente. São ações voltadas para a melhora do ambiente onde o paciente está inserido, realizadas com o auxílio de uma equipe multidisciplinar. As intervenções indiretas dão suporte às intervenções diretas, possibilitando assim a prestação de um cuidado integral (CHAVES, 2009; BULECHEK, 2010).

A utilização pelos enfermeiros da classificação de Intervenções de Enfermagem, auxilia na padronização da linguagem de enfermagem, bem como na identificação das intervenções apontadas pelos enfermeiros na prática clínica. Evidenciar intervenções específicas, também para pacientes em unidades de urgência e emergência, contribui para qualificar a assistência de enfermagem, uniformizar e agilizar as ações do enfermeiro a esta clientela.

Em relação às intervenções de enfermagem para pacientes com dor, a NIC descreve algumas atividades que podem auxiliar no manejo da *Dor Aguda*. A seguir, a tabela 1 apresenta as principais atividades propostas pela NIC.

QUADRO 2: Intervenções de Enfermagem para o *Controle da dor* segundo a Classificação NIC.

Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.
Observar a ocorrência de Indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência;
Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;
Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente e suas crenças em relação á dor.
Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;
Considerar as influências culturas sobre a resposta à dor;
Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p.ex. sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis;
Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou a incapacidade resultante, conforme apropriado;
Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas passadas

utilizadas para controlar a dor;
Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio;
Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, terapia com música, reação, terapia ocupacional, jogo terapêutico, cupressão, aplicação de calor/frio e massagem) antes, durante e após as atividades dolorosas, quando possível, antes que a dor ocorra ou aumente, e, juntamente com outras medidas de alívio da dor.
Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e potenciais (p.ex. fluxograma, registro);
Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação de conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento da dor;
Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos;
Controlar fatores ambientais capazes de influenciar as respostas dos pacientes ao desconforto (p.ex. temperatura, iluminação, ruídos ambientais);
Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p.ex., medo, cansaço, monotonia, falta de informação);
Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor;
Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex. farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado);
Ensinar os princípios de controle da dor;
Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio;
Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir de forma adequada;
Investigar o uso atual de métodos farmacológicos do alívio da dor pelo paciente;
Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor;
Colaborar com o paciente, pessoa importante e outros profissionais da saúde na seleção e implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, conforme apropriado;
Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado;
Usar medidas de conforto da dor antes de seu agravamento;

Medicar o paciente antes das atividades, para aumentar sua participação, mas avaliar o risco de sedação;
Assegurar analgesia pré- tratamento ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos;
Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente;
Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor;
Notificar o médico se as medidas não funcionarem
Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita;
Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos;
Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua de dor;
Notificar o médico se as medidas não funcionarem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor do paciente;
Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder a experiência da dor, assim como perceber esta resposta.
Considerar encaminhamentos para o paciente, a família e pessoas importantes a grupos de apoio, além de outras medidas conforme apropriado.
Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor;
Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex. farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado);
Ensinar os princípios de controle da dor;
Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio;
Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir de forma adequada;
Investigar o uso atual de métodos farmacológicos do alívio da dor pelo paciente;
Encorajar o paciente a usar medicamento adequado da dor;
Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua de dor;
Notificar o médico se as medidas não funcionarem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor do paciente;

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo.

Estudo exploratório consiste em proporcionar maior proximidade com o problema. Este tipo de estudo possibilita aprimoramento de ideias, pois seu planejamento deve ser flexível, de modo que possibilite as considerações de diversos aspectos relativos ao fato estudado. Esse tipo de estudo permite a realização de levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos que possuem experiências práticas com o problema em estudo e análise deste, possibilitando ao investigador a compreensão sobre o tema em estudo (GIL, 2008).

Estudos descritivos têm como principal objetivo descrever as características de determinada situação ou população, e o estabelecimento de relações entre estas. As técnicas mais utilizadas para esse tipo de estudo são: questionários, instrumentos e observação sistemática. Alguns estudos descritivos analisam as relações entre variáveis e a natureza de suas relações (GIL, 2008)

Nos estudos exploratórios descritivos o pesquisador preocupa-se com a atuação na prática, com intuito de estudar o ambiente e analisar o comportamento dos indivíduos que ali atuam para auxiliar na prática assistencial (GIL, 2008).

Adotou-se o procedimento de triangulação de técnicas. Esta refere-se a abordagem ou forma de coletar dados variados e contextualizar estes ao mesmo fenômeno. Observar as situações em ângulos diferentes podendo ser utilizado para elaborar ou elucidar as situações de pesquisa. A triangulação permite combinar diferentes métodos de análise, e assim contribuir para uma melhor compreensão emergindo novas dimensões. O método permite que a de dados sejam coletado em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais detalhada dos fenômenos (SILVA,2008; AZEVEDO 2013).

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Geral Santa Casa de Caridade de Uruguaiana (HGSCU), do município de Uruguaiana/RS.

O HGSCU possui caráter filantrópico. Oferece atenção especializada, de alta complexidade para cardiologia e neurologia e média complexidade em traumatologia. É

referência regional em oncologia e neurologia. Em sua estrutura física possui um total de 251 leitos, sendo 231 destinados a atendimentos pelo SUS. O hospital oferece cuidados à pacientes pediátricos e adultos.

Os 251 leitos são subdivididos nas seguintes unidades: maternidade (37 leitos), pediatria (33 leitos), berçário (8 leitos), unidade clínica- 3º andar (47 leitos), unidade cirúrgica, 4º andar (46 leitos), unidade clínica particular e convênio, 5º andar (28 leitos), UTI's (26 leitos), centro cirúrgico (16 leitos) e pronto socorro (9 leitos área vermelha e 7 leitos área amarela).

A unidade de urgência e emergência do HGSCU oferece uma estrutura de atendimento 24 horas com equipe médica e de enfermagem especializada nos atendimentos de emergência e urgência.

A equipe médica conta com especialistas clínicos, cirúrgicos e ortopedistas, além de outras especialidades, que podem ser acionadas de acordo com a necessidade. A equipe de enfermagem conta com

O atendimento conta ainda com o apoio da estrutura dos Serviços de Diagnóstico por Imagem, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internação e Centro Cirúrgico. Anualmente são realizados em média 72 mil atendimentos. Os principais atendimentos realizados são devido a traumas, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

A unidade de urgência e emergência conta com uma estrutura necessária para prestar assistência de média e alta complexidade, com suporte básico de emergência especializada adulto e infantil. A estrutura física é composta por recepção, sala de espera, sala de triagem e consulta de enfermagem, um consultório médico, sala de gesso e redução de fraturas, sala de sutura e curativos, sala de medicação conjugada com sala de hidratação e oxigenioterapia, posto de enfermagem, sala de enfermagem, sala de atendimento às emergências, sala de observação possuindo nove (9) leitos e expurgo. O atendimento na unidade de urgência e emergência organiza-se seguindo a classificação dos pacientes em situações de urgência e emergência. Nas situações clínicas considerados urgências, os pacientes são encaminhados diretamente para área amarela e quando considerados emergências são encaminhados à área vermelha. Não há protocolo específico para atendimento aos pacientes pediátricos, idosos e adultos.

4.4 Etapas do Estudo

4.4.1 Análise Documental

Foram identificadas intervenções e cuidados de enfermagem registrados em BA de pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência.

A coleta dos dados em BA foi realizada utilizando-se um instrumento de coleta de dados construído pelas pesquisadoras (APENDICE A). Este instrumento contém variáveis de interesse do estudo: nome do paciente e código numérico de identificação, de forma a garantir o sigilo das informações, número de prontuário, data de nascimento, idade, sexo, horário do atendimento, problema que determinou a busca pelo atendimento referida pelo paciente, lista de problemas de saúde, diagnóstico de enfermagem (se houver descrição deste) e intervenções e cuidados para dor realizados registrados pelos enfermeiros.

Nesta etapa o universo foi constituído pela totalidade de boletins de atendimento (BA) de pacientes que estiveram em atendimento na unidade em estudo nos meses de outubro a dezembro de 2014.

Os dados foram transcritos no instrumento organizado em documento no programa Microsoft Word 2010. Depois foram transcritos para planilhas no Microsoft Excel 2010. Estes dados formaram o corpus de análise do estudo atribuindo-se um número para cada registro, conforme a ordem de coleta de dados.

4.4.2 Mapeamento Cruzado com Apoio da NIC

Nesta etapa foi realizado o mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem para pacientes com dor registrados em BA às intervenções de enfermagem para alívio da dor da classificação da NIC.

Escolheu-se a classificação de intervenções de enfermagem da NIC, por ser a uma classificação de enfermagem que permite identificação de intervenções de enfermagem.

O mapeamento cruzado possibilitou a comparação dos registros de enfermagem com terminologias não uniformizadas, ou seja, é um método utilizado para comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada da NIC (LUCIANO, 2014). Esta técnica permite demonstrar que os registros de enfermagem já existentes referentes às intervenções para dor podem ser mapeados a classificação da NIC.

As etapas do mapeamento cruzado podem ser definidas de acordo com o delineamento do estudo (LUCIANO, 2014). Para realização deste estudo, as etapas foram adaptadas, as quais foram:

- 1- Foi selecionada uma intervenção da NIC, para cada registro ou prescrição de enfermagem realizada no pronto socorro, para pacientes com dor;
- 2- Foram selecionadas intervenções da NIC de acordo com a similaridade das intervenções sugeridas na prescrição ou registro de enfermagem;
- 3- Foi determinada uma palavra-chave constante na prescrição ou no registro de enfermagem, para auxiliar nas identificações das intervenções;
- 4- Foram utilizados os verbos já empregados nas prescrições ou nos registros de enfermagem para selecionar as intervenções NIC;
- 5- Foram identificadas as intervenções de enfermagem que não puderem ser mapeadas.

4.4.3 Grupo Focal: Validação das Intervenções de Enfermagem

Constituiu-se na validação das intervenções de enfermagem mapeadas, a qual foi realizada por meio de grupo focal.

O grupo focal é uma técnica de entrevistas que são realizadas coletivamente. Esta se caracteriza pela valorização da comunicação interpessoal. Os grupos focais possibilitam que haja discussões entre profissionais que possuem experiências sobre a temática a ser analisada. Assim, é possível que os participantes compartilhem ideias, pontos de vista e expressem suas críticas sobre a temática (AGNOL, 2012).

Nesse contexto, a dinâmica do grupo focal não se restringe apenas a questionamentos realizados pelo pesquisador e as respostas dos participantes, mas, também, discussões de vários aspectos referentes ao tópico específico. Não há número estabelecido de sessões de grupo focal, visto que, a definição desse número dependerá do próprio andamento das discussões (AGNOL, 2012).

O grupo consiste de quatro (4) a oito (8) participantes, que são escolhidos em virtude de suas experiências relacionadas à temática proposta (CORRÊA et. al. 2008) A discussão deve ser realizada com auxílio de um moderador capacitado, devendo ocorrer de uma forma natural e não estruturada.

A amostra de participantes nesta etapa foi constituída de enfermeiras, as quais participaram do grupo focal.

Essa discussão é realizada a partir de um roteiro com perguntas abertas pré-selecionadas de acordo com o propósito estabelecido pelo estudo (MINAYO, 2008).

O presente estudo foi conduzido por um moderador, por meio de um roteiro com questões disparadoras (APÊNDICE B) envolvendo a *Classificação NIC*, de acordo com o objetivo da investigação. Foi realizada uma sessão focal, que contou com a participação de quatro (4) enfermeiras com experiência clínica, com duração de 2 horas, realizado no período da tarde, conforme disponibilidade das participantes. O encontro ocorreu em sala do serviço de enfermagem em urgência e emergência da instituição coparticipante. O grupo focal foi realizado até obtenção de consenso.

A agenda do grupo focal foi pré-estabelecida sendo conduzidas pelas pesquisadoras, com auxílio de duas bolsistas acadêmicas de enfermagem integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – (PET-Saúde)- Redes de Atenção SOS – Urgências e Emergência, da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). As estudantes bolsistas, acadêmicas do 9º semestre do curso de graduação em enfermagem, auxiliaram na organização do local onde foi realizada a sessão.

A sessão do grupo focal foi gravada e transcrita para posterior análise. Inicialmente, uma das pesquisadoras, moderadora do grupo, realizou a abertura do grupo focal de forma que os participantes do grupo pudessem se apresentar, incluindo o moderador e o observador.

Apresentaram-se os objetivos do estudo, destacando-se a temática: Intervenções de Enfermagem para dor identificadas em BA de pacientes atendidos em unidade de urgência e emergência, e sua correlação à classificação da NIC (BULECHEK, 2010).

Em seguida, foi entregue a cada enfermeira, duas cópias impressas do TCLE (APÊNDICE C) e realizou-se a leitura. Após assinatura dos participantes, uma cópia do TCLE permaneceu com as pesquisadoras e outra foi entregue a cada participante. Após iniciou-se a atividade.

Primeiramente a moderadora apresentou os resultados identificados no mapeamento cruzado para que o grupo pudesse discutir e analisar para confirmar sua concordância ou não.

Foi disponibilizado ao grupo, material impresso com a lista completa de intervenções de enfermagem constantes no livro da Classificação de Intervenções da NIC e o livro da Classificação de Intervenções da NIC (2010) para subsidiar a discussão do grupo.

Após foi entregue para cada uma das enfermeiras cópia impressa das Intervenções de Enfermagem descritas na NIC referente ao Controle da Dor. Realizou-se a leitura da lista de intervenções. Após o grupo iniciou a análise de cada uma das intervenções até atingir consenso de 100% de concordância. As participantes tiveram a possibilidade de incluir, alterar ou excluir intervenções. Ao final do encontro foi realizada a leitura das intervenções selecionadas e confirmação pelo grupo.

QUADRO 3: Caracterização das Enfermeiras participantes do grupo focal

Enfermeira 1	Enfermeira 2	Enfermeira 3	Enfermeira 4
Quinze anos de experiência profissional na instituição participante, na área em estudo.	Seis meses de experiência profissional na instituição, participante na área em estudo.	Dez anos de experiência profissional na instituição, participante. Na área em estudo.	Cinco anos de experiência profissional na instituição na área, em estudo.
Pós-Graduação em Educação no Trabalho em Enfermagem.	Pós-Graduação Modalidade Residência em Urgência e Emergência em andamento.	Pós-Graduação em Urgência e Emergência.	Pós-Graduação em Nefrologia Clínica.

As participantes do estudo eram enfermeiras assistenciais na instituição coparticipante. A amostra foi constituída por 04 enfermeiras que desenvolvem atividades assistências na unidade de urgência e emergência. O convite aos participantes ocorreu por meio de visita agendada.

4.6 Participantes do Grupo Focal

Foram convidadas a participar do estudo 8 enfermeiras que desenvolviam atividades assistências e/ou de ensino na unidade de urgência e emergência da unidade em estudo. O convite foi realizado através de visita agendada. Foram apresentados os objetivos do estudo, metodologia. Aceitaram participar do estudo quatro enfermeiras, as quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 Critérios de Inclusão

Enfermeiros que desenvolviam atividades assistências e/ou de ensino na unidade de urgência e emergência, e que aceitem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.7 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as participantes que estiverem em afastamento da instituição, licença saúde, licença maternidade ou período de férias.

4.8 Aspectos Éticos

O presente projeto foi apresentado previamente a gerencia de enfermagem e, ao Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (NUGETES) do HGSCU. O estudo foi registrado no SIPPEE (Sistema de Informação para Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão) da UNIPAMPA. Depois de registrado foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA e aprovado com o parecer n° CAAEE 41123015.3.0000.5323, em 19/03/2015. Após aprovação iniciou-se a coleta de dados.

Foram respeitados os princípios éticos para pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Termo de Confidencialidade e Termo de Autorização Condicionada aos Participantes.

Os objetivos do projeto foram esclarecidos aos participantes, bem como os possíveis riscos do estudo. Foi evidenciada que a participação de forma voluntária, garantindo-se o direito ao anonimato das informações obtidas. Os participantes puderam desistir em qualquer momento do estudo.

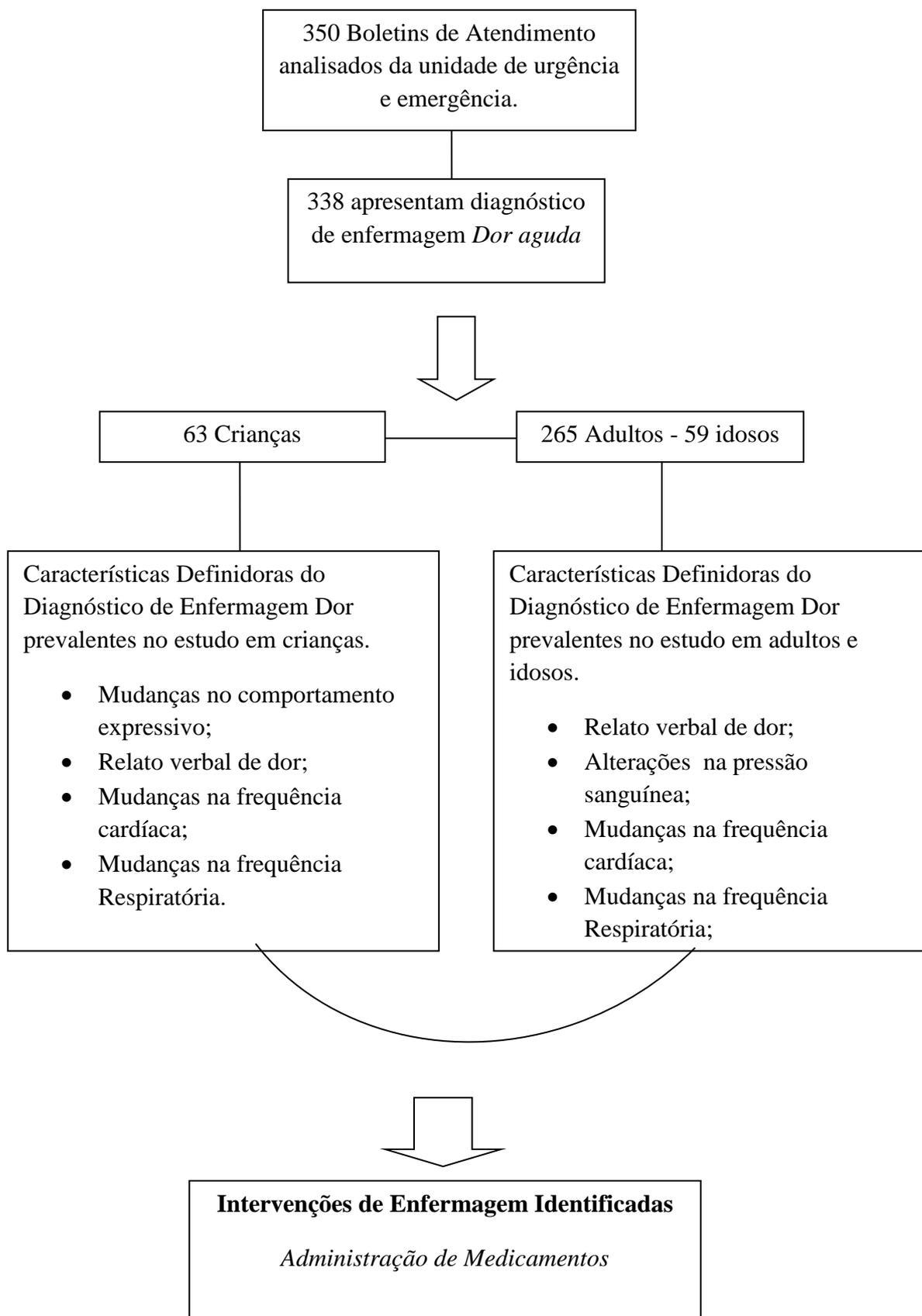
Os benefícios diretos desse estudo referiram-se à qualificação da assistência ofertada pelos enfermeiros, de forma a facilitar o trabalho da equipe de enfermagem e definição quanto às intervenções utilizadas para os pacientes com dor.

Os riscos referiram-se à possibilidade dos participantes apresentarem cansaço e desconforto físico, em função da necessidade de disponibilizarem tempo para participar do encontro foca. Para minimizar estes riscos, houve medidas para descanso como: pausas entre as discussões acompanhadas de *coffee break*.

A identificação das intervenções de enfermagem realizadas na unidade de pronto atendimento para pacientes adultos e pediátricos com dor contribuiu para qualificar a assistência de enfermagem, padronizar a linguagem utilizada pelos enfermeiros e auxiliou na identificação de estratégias utilizadas e implementadas para a clientela assistida. Também possibilitou a identificação e definição dos cuidados específicos para pacientes com dor.

As informações somente serão divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa e serão mantidos em poder das pesquisadoras por um período de 5 anos, após este período, os dados serão destruídos, estas informações estão descritas no termo de confidencialidade (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS



Na primeira etapa foi realizada cópia dos registros de enfermagem contidos em BA, em instrumento específico para este registro. Foram incluídos 350 BA de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência, nas áreas amarela e vermelha, que estavam em atendimento pelo convenio Sistema Único de Saúde (SUS).

Dos 350 BA, 338 (96,6%) apresentaram características definidoras (sinais e sintomas) que indicavam a presença do DE Dor Aguda. Destes, 216 (81,4%) eram adultos, 63 (18,6%) eram crianças. Observou-se que 59 (17,4%) eram idosos.

As características definidoras identificadas para pacientes adultos e idosos foram: *Relato verbal de dor, Mudanças na frequência cardíaca, Mudanças na frequência respiratória, Alterações na pressão sanguínea e Evidência observada de dor (trauma)*.

As características definidoras observadas nos registros dos BA de crianças foram: *Mudanças no comportamento expressivo, Relato verbal de dor, Mudanças na frequência cardíaca, Mudanças na frequência respiratória e Mudanças no comportamento expressivo*.

Consideraram-se, as características definidoras relacionadas à mudança nos sinais vitais (Mudanças na frequência cardíaca, Mudanças na frequência respiratória e Alterações na pressão sanguínea) somente nos registros de pacientes sem diagnóstico ou história de doenças prévias, tais como, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e problemas cardíacos, a fim de evitar-se confundir as alterações fisiológicas das patologias com alterações causadas pela dor. Esses dados podem ser observados na figura 1.

As características demográficas disponíveis para caracterização da amostra disponíveis nos registros nos BA eram idade, sexo e problemas de saúde prévios. Outros dados demográficos não foram analisados devido ao boletim de atendimento não conter mais informações. Demais dados não são registrados, o que evidencia falha no registro de enfermagem.

A média de idade do pacientes da amostra de BA foi de 35 anos de idade. Desses, 201 (57,4%) eram do sexo feminino. As crianças encontram-se entre as faixas etárias pediátricas de 1 à 12 anos de idade. Das 63 crianças, 39 (61,9%) eram do sexo feminino. A maioria das crianças apresentou os seguintes tipos de dor: dor abdominal 30 (47,6%), cefaleia 25 (39,7%) seguidas de dor torácica 24 (38,09%). Destas, 60 (95,2%) foram submetidas a procedimentos invasivos, sendo 46 (73%) submetidas à punção venosa e 14 (22,2%) a injeção intramuscular.

Considerando as características definidoras (sinais e sintomas) para identificação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda, 45 (71,4%) das crianças apresentaram Relato verbal

de dor, 22 (30,9%) Mudança na frequência respiratória, 18 (28,6%) Comportamento expressivo (gemido e choro) e 5 (7,9%) Mudança na frequência cardíaca. As crianças incluídas na amostra não apresentavam histórico de problemas de saúde prévios. As tabelas 1 e 2 ilustram esses resultados:

Tabela 1 - Características demográficas disponíveis nos BA da amostra de crianças com Dor Aguda

Características	n= 63
Faixa Etária (anos)	1 – 11
Sexo (feminino)*	39 (61,9%)

Tabela 2 - Características clínicas da amostra de BA de crianças com Dor Aguda

Características	n= 63
<i>Tipos de Dor</i>	
Dor abdominal	30 (47,6%)
Cefaleia	25 (39,7%)
Dor Torácica	24 (38,09%)
<i>Exposição a procedimentos invasivos</i>	
Punção venosa	46 (73%)
Administração de medicamentos intramuscular	14 (22,5%)
<i>Características Definidoras</i>	
Relato Verbal de Dor	63 (100%)
Mudança na Frequência Cardíaca	22 (30,9%)
Mudança na Frequência Respiratória	5 (7,9%)
Comportamento Expressivo (Gemidos e Choros)	18 (28,6%)

Variáveis categóricas expressas em n (%)

Dos adultos 216 adultos, 137 (63,4%) eram do sexo feminino. A maioria apresentou os seguintes tipos de dor: 63 (29,1%) cefaleia, 54 (25%) dor abdominal, 34 (15,7%) dor torácica, 29 (13,4%) dor lombar, 16 (7,4%) dor em membro inferior direito, 9 (4,1%) dor epigástrica, 4 (1,8%) sem definição do local de dor, 3 (1,4%) dor em membro superior direito, 2 (0,9%) dor em flanco direito seguida de 2 (0,9%) dor de dente. 100% dos pacientes foram submetidos à procedimentos invasivos, sendo 199 (92,1%) submetidos à punção venosa e 17 (7,9%) submetidas a injeções intramusculares.

Considerando as características definidoras para diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*, 216 (100%) apresentaram a característica definidora *Evidência de dor* relacionada a procedimentos invasivos. Destes, 43 (20%), também estão relacionados ao trauma.

Em relação à análise dos sinais vitais, 74 (34,2%) apresentaram mudanças na pressão sanguínea, 62 (28,7%) apresentaram mudanças na frequência cardíaca e 42 (19,4%) apresentaram mudança na frequência respiratória e 38 (17,6%) não apresentaram nenhuma mudança nos sinais vitais. A tabela 5 e 6 ilustram esses resultados.

Tabela 3 - Características demográficas disponíveis nos BA para adultos com Dor Aguda

Características	n= 216
Faixa Etária	12 – 59
Sexo (feminino)	137 (63,4%)

Tabela 4 – Características Clínicas da amostra de Adultos com Dor Aguda

Características	n= 216
<i>Tipos de Dor</i>	
Cefaleia	63 (29,1%)
Dor abdominal	54 (25%)
Dor Torácica	34 (15,7%)
Dor lombar	29 (13,4%)

Dor em Membro Inferior Direito	16 (7,4%)
Dor Epigástrica	9 (4,1%)
Sem definição de local de dor	4 (1,8%)
Dor em membro superior direito	3 (1,4%)
Dor em Flanco Direito	2 (0,9)
Dor de dente	2 (0,9)
<i>Exposição a procedimentos invasivos</i>	
Punção Venosa	199 (92,1%)
Administração de medicamentos intramuscular	17 (7,9%)
<i>Características Definidoras</i>	
Evidência de Dor	216 (100%)
Relacionado ao trauma	43 (20%)
Mudança na pressão sanguínea	74 (43,2%)
Mudança na Frequência Cardíaca	62 (28,7%)
Mudança na Frequência Respiratória	42(19,4%)
Ausência de mudanças nos sinais vitais	38 (17,6%)

Variáveis categóricas expressas em n (%).

Dos 59 pacientes idosos, ou seja, com mais de 60 anos de idade, observou-se que 31 (52,5%) eram do sexo feminino. O maior percentual de idosos apresentou os seguintes tipos de dor: 23 (39,9%) cefaleia, 10 (16,9%) dor lombar, 12 (20,3%) dor torácica, 5 (8,5%) dor abdominal, 5 (8,5%) dor em membro inferior direito seguidas de 4 (6,8%) dor epigástrica. 59 (100%) dos pacientes foram submetidos a procedimentos invasivos, sendo 56 (94,9%) à punção venosa e 3 (5,1%) à injeções intramusculares.

Considerando as características definidoras para diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*, 59 (100%) apresentam a característica definidora *Evidência de dor* relacionada a procedimentos invasivos. Destes, 5 (8,5%), também estão relacionados ao trauma.

Em relação à análise dos sinais vitais, 26 (44,6%) apresentaram mudança na pressão sanguínea, 13 (22%) mudanças na frequência cardíaca, 15 (25,4%) mudanças na frequência respiratória e 5 (8,5%) sem mudanças nos sinais vitais. A tabela 5 e 6 ilustra esses resultados.

Tabela 5 - Características demográficas disponíveis nos BA para idosos Dor Aguda

Características	n= 59
Faixa Etária (anos)	> 60 anos
Sexo (feminino)	31 (52,5%)

Variáveis categóricas expressas em n (%).

Tabela 6- Características clínicas da Amostra de idosos com Dor Aguda

Características	n= 59
<i>Tipos de Dor</i>	23 (39,9%)
Cefaleia	5 (8,5%)
Dor abdominal	12 (20,3%)
Dor Torácica	10 (16,9%)
Dor lombar	5 (8,5%)
Dor em Membro Inferior Direito	4(6,8%)
Dor Epigástrica	
<i>Exposição a procedimentos invasivos</i>	
Punção Venosa	56 (94,9%)
Administração de medicamentos intramuscular	3 (5,1%)
<i>Características Definidoras</i>	
Evidência de Dor	59 (100%)
Relacionado ao trauma	5 (8,5%)
Ausência de mudanças nos sinais vitais	5 (8,5%)
Mudança na pressão sanguínea	26 (44,6%)
Mudança na Frequência Cardíaca	13 (22%)
Mudança na Frequência Respiratória	15 (25,4%)

Variáveis categóricas expressas em n (%)

Em relação às intervenções de enfermagem, identificou-se que em 100% da amostra de BA, observou-se a presença de uma única intervenção: Administração de medicamentos, não havendo registros de outros possíveis cuidados de enfermagem que pudessem ser mapeados a classificação de Intervenções da NIC.

5.3 Intervenções de Enfermagem: Correlação com a NIC

Na segunda etapa foram identificados, nos registros de enfermagem nos BA dos pacientes, intervenções de enfermagem e suas correlações com a NIC.

As informações extraídas dos 338 BA permitiram a identificação dos termos utilizados pela equipe de enfermagem para o registro das intervenções relacionadas à dor. A identificação destas intervenções permitiu o cruzamento com as intervenções da NIC.

Foi identificada no BA somente a intervenção de enfermagem *Administração de Medicamentos* a qual foi mapeada à atividade da NIC, *Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia*. A tabela 6 ilustra esse resultado.

Tabela 7: Domínio e Conceito Diagnóstico NIC identificado a partir dos 338 BA de pacientes em atendimento na unidade de urgência e emergência.

<i>Intervenções NIC</i>	<i>Atividade NIC</i>	<i>Intervenções identificadas de enfermagem</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
			<i>n= 338</i>	
Controle de dor	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia	Administração de medicamentos	de 338	100%

Variáveis categóricas expressas em n (%)

5.3 Validação das Intervenções de Enfermagem

Na sessão do grupo focal, houve a confirmação da intervenção mapeada *Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia*. A partir do debate e da discussão dos participantes, houve a inclusão de novas intervenções de enfermagem da NIC.

Foram apresentadas 41 Intervenções de Enfermagem da NIC não identificadas nos registros de enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência. Destas apontaram que além da Intervenção mapeada, realizam outras seis (6) intervenções na prática, as quais não estão registrando. A seguir apresenta-se um quadro ilustrando estas intervenções

QUADRO 4 - Intervenções realizadas na unidade de urgência emergência não registradas nos BA.

Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.
Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.
Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumenta a experiência de dor (p.ex, medo, cansaço, monotonia e falta de informação).
Considerar o tipo e a fonte da dor a selecionar uma estratégia para seu alívio.
Notificar o médico se as medidas não funcionarem ou se a queixa atual consistirem em uma mudança significativa na experiência anterior do paciente.
Informar a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos.

Fonte: Dados deste estudo.

Outras 13 intervenções foram identificadas como possíveis de serem implementadas na prática de enfermagem na unidade. A seguir apresenta-se um quadro ilustrando estas intervenções.

QUADRO 5 - Intervenções de enfermagem identificadas pelas enfermeiras

Avaliar da dor como quinto sinal vital; Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência.
Avaliar da dor como quinto sinal vital.
Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência.
Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e

potenciais (p.ex., fluxograma, registro).
Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação de conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento de dor.
Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas referências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio de dor.
Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais).
Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir de forma adequada.
Investigar o uso atual de métodos farmacológicos de alívio da dor pelo paciente.
Encorajar o paciente a usar medicamento adequado da dor.
Usar medidas de controle da dor antes de seu agravamento assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos.
Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder a experiência de dor, assim como perceber esta resposta.
Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.

Fonte: Dados deste estudo.

Destas intervenções, duas foram citadas como específicas para a Área amarela: *Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas referências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio de dor e Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder a experiência de dor, assim como perceber esta resposta.* Estas não foram indicadas para pacientes da Área vermelha, pois não é permitida a presença de acompanhante durante o período de atendimento do paciente.

Foram excluídas, pelo grupo de enfermeiras, sete (7) intervenções, as quais não refletem à prática de enfermagem da unidade em estudo.

A seguir apresenta-se a ilustração das intervenções de enfermagem validadas pelas enfermeiras, através de grupo focal.

QUADRO 6 – Intervenções de Enfermagem validadas enfermeiras.

1. Observar a ocorrência de Indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência;
2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;
3. Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor;
4. Avaliar a dor como quinto sinal vital;
5. Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e potenciais (p.ex. fluxograma, registro);
6. Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação de conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento da dor;
7. Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos;
8. Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p.ex., medo, cansaço, monotonia, falta de informação);
9. Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor.
10. Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex. farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado).

11. Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio.
12. Encorajar o paciente a monitorar sua própria dor e a intervir de forma adequada.
13. Investigar o uso atual de métodos farmacológicos do alívio da dor pelo paciente.
14. Encorajar o paciente a usar medicamento adequado da dor.
15. Usar medidas de controle da dor antes de seu agravamento.
16. Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos.
17. Notificar o médico se as medidas não funcionarem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor do paciente.
18. *Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder a experiência da dor, assim como perceber esta resposta.
19. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.

Fonte: Dados deste estudo.

* Intervenções indicadas especificamente para Área amarela da Unidade de Urgência e Emergência em estudo.

As intervenções de enfermagem foram indicadas mediante consenso das enfermeiras participantes do grupo focal. Estas selecionaram as intervenções que se enquadram a realidade vivenciada na unidade de urgência e emergência analisada.

6 DISCUSSÃO

Estudos indicam que em unidades de urgência e emergência cerca de 90% dos pacientes atendidos são devido presença de dor (MARTINEZ, 2011; GOMIDE, 2012). Esses fatores corroboram com os dados encontrados neste estudo, no qual se observou que 96,6% dos pacientes referiram presença de dor como queixa principal quando procuraram o atendimento na unidade de urgência e emergência.

A partir dos dados obtidos, também, observou-se que houve uma predominância do sexo feminino em todas as faixas etárias analisadas. Entretanto, estudos identificam que há uma predominância do sexo masculino quando relacionados a morbidades e mortalidades em comparação ao sexo feminino. Há alguns autores que associam esse fator ao fato de que os homens procuram menos os serviços de urgência e emergência do que as mulheres quando apresentam o sintoma dor (GOMES, 2007; MACHADO, 2012).

Outra característica importante apontada em estudo conduzido por Machado (2012), é que o sintoma dor é percebido de formas diferentes entre homens e mulheres. Para ambos os sexos as manifestações de dor são influenciadas por fenômenos sociais e culturais. Porém, os homens queixam-se menos, pois na maioria das vezes, são encorajados pelas mulheres a desconsiderar este sintoma, devido às queixas de dor serem consideradas parâmetros de virilidade (CARVALHO, 2013). Da mesma forma, as mulheres, por considerarem-se mais sensíveis, queixam-se mais de dor e procuram os serviços de urgência e emergência com mais frequência (CARVALHO, 2013).

A dor é uma experiência subjetiva, porém pode ser relatada, da mesma forma que o organismo pode sinalizar alterações fisiológicas e comportamentais (CARVALHO, RESENDE, 2013). Em relação às crianças, as alterações comportamentais são sinais importantes para identificação da dor, como por exemplo, mudança na expressão facial, movimentos do corpo acentuados, choros e gemidos (LINHARES, 2010). Neste estudo as principais alterações encontradas, em relação à característica definidora *Mudanças no comportamento expressivo* foram choros e gemidos, o que facilitou identificar o diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*.

Os aspectos psicológicos e contextuais expressados em uma situação de dor são os principais fatores de dificuldade de compreensão das crianças sobre a origem da dor e sua intensidade. Para as crianças, a experiência da dor é influenciada por fatores externos e

internos. Geralmente, quanto mais tensa a criança estiver, com medo e ansiedade, mais intensa torna-se a dor. Este fato pode ser explicado pela falta de entendimento claro da criança sobre questões de saúde e doença (NASCIMENTO, 2011).

Assim, a observação na mudança do comportamento das crianças, propiciou a identificação de outra característica definidora, *o relato verbal de dor ou autorrelato*. Neste caso, os indicadores comportamentais, puderam ser identificados pelos cuidadores da criança, facilitando o relato verbal. As crianças conseguem identificar a presença do sintoma dor a partir dos quatro anos de idade, quando sua capacidade cognitiva está amadurecida (HOCKENBERRY, 2008). Portanto, em crianças maiores de 4 anos, o auto relato de dor é uma característica importante para a identificação da dor, sendo considerada padrão ouro para avaliação de dor. Desta forma, em acordo com os dados obtidos neste estudo, o auto relato de dor foi a principal característica definidora identificada; e *Mudanças no comportamento expressivo* constitui-se em sinais adjuvantes para confirmar o diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*, em crianças maiores (FERREIRA, 2009).

Partindo-se dessa premissa, os indicadores fisiológicos são aspectos que, também, podem auxiliar na identificação da dor em crianças, como por exemplo, cortisol salivar, mudança na frequência cardíaca e frequência respiratória (alteração na saturação de oxigênio). Entretanto, estes são considerados como medidas complementares para identificação da dor em crianças e não específicas. Assim, observa-se que os indicadores fisiológicos são extremamente sensíveis às alterações em quaisquer situações em que a criança for exposta, pode-se citar como exemplo a mudança do ambiente (SILVA et.al., 2011).

Desta forma, foi observado neste estudo que cerca de 40% das crianças apresentaram alterações fisiológicas, sendo mais evidentes *Mudanças na frequência cardíaca* (bradicardia sinusal) e *Mudanças na frequência respiratória*, características definidoras que podem auxiliar no diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*. Essas alterações podem ser explicadas devido às mudanças do ambiente, visto que a unidade de urgência e emergência apresenta-se como um local pouco tranquilo e com fluxo excessivo de pessoas, fatores estes que podem causar estresse a criança favorecendo que ocorram alterações fisiológicas (ARRUDA, 2011).

Em relação aos tipos de dor mais prevalentes em crianças, estudos destacam que dores abdominais, cefaleia e dores em membros são as mais comumente identificadas (FERRACINI, 2011). Confirmando estes dados, identificou-se nesse estudo que 47,6% das crianças do estudo procuram a unidade de

urgência e emergência devido à presença dor abdominal. A literatura atual aponta que há um conjunto de fatores que favorecem o aparecimento das dores abdominais em crianças. Dentre estes se destacam como principais o temperamento/personalidade e as reações frente às situações de estresse, associadas ou não a ansiedade e depressão (HOCKENBERRY, 2008).

Desta forma, observa-se que, mesmo a dor sendo de origem orgânica, esses fatores influenciam, significativamente, no seu surgimento ou agravamento (BERTONCELLO, 2013). Estudos identificam que as causas orgânicas de dor abdominal, mais comumente identificadas, são de origem gastrointestinal ou geniturinária (BARRETO, 2012; BERTONCELLO, 2013). Dentre estas se pode encontrar uma variação de diagnósticos, como por exemplo, constipação intestinal funcional, refluxo gastroesofágico, infecção do trato urinário, nefrolitíase, doença péptica e parasitose intestinal (BARRETO, 2012).

Neste mesmo contexto, destaca-se que a cefaleia foi outro tipo de dor identificada. A Sociedade Internacional de Cefaleia (SIC) destaca que as crianças que se queixam de cefaleia apresentam dores denominadas de classificação primária, ou seja, não são decorrentes de patologias orgânicas específicas (Classificação Internacional de Cefaleias, 2014). Assim, em pediatria, as cefaleias podem ser denominadas como enxaquecas e/ou cefaleias tensionais (SIQUEIRA, 2011).

Outro tipo de dor comumente identificado em pediatria são as dores em membros, podendo ser denominadas como dores difusas. Estas são as mais frequentes em pediatria por estarem diretamente relacionadas ao crescimento, fibromialgia, hipermobilidade articular e alterações posturais (SILVA, 2011). Entretanto, dores difusas não foram identificadas nesse estudo. O tipo de dor que foi identificado foi à dor torácica. A literatura aponta que esse tipo de dor esta comumente relacionado a problemas de caráter respiratório (SOUZA, 2013), o que explica a presença de crianças com esse tipo de dor neste estudo, visto que foram analisados boletins de atendimento compreendidos entre o fim do inverno e início da primavera. Nestas estações concentram-se o maior percentual de atendimentos e internações devido problemas respiratórios.

Com relação aos pacientes adultos e idosos, as características definidoras para diagnóstico de Enfermagem *Dor Aguda*, que foram identificadas no estudo, são semelhantes às encontradas nos pacientes pediátricos, porém a característica *Mudança no comportamento expressivo* não foi identificada nessa população. Diferentemente das crianças, mudanças nos sinais vitais, para pacientes adultos e idosos, são importantes indicativos da presença de dor. Principalmente, quando o paciente apresenta algum déficit cognitivo ou diminuição do

nível de consciência (CARVALHO, 2013). Portanto, apesar da característica definidora *Relato verbal e/ou Autorrelato* ser considerada padrão ouro para a identificação de dor, as alterações de sinais vitais, que são bastante observadas, tornam-se, também imperativas para a correta identificação do diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda* (BARRETO et. al, 2012).

Assim, neste estudo, pode-se identificar que cerca de 80% dos pacientes adultos e idosos apresentaram alterações de sinais vitais. As características definidoras para diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda*, mais prevalentes, nestas populações foram *Mudança na pressão sanguínea, mudanças na frequência cardíaca e Mudança na frequência respiratória*. Estas alterações ocorrem devido processos fisiológicos, logo que a informação dolorosa é recebida pelo sistema nervoso central (SAÇA, 2010).

Partindo desse pressuposto, para que a pessoa (adulto ou idoso) conscientize-se da dor, fatores psicológicos e cognitivos interagem com fatores neurofisiológicos (POTTER, 2012; BRUNNER, 2014; SAÇA, 2010). A resposta comportamental de cada pessoa referente a dor é uma resposta fisiológica que ocorre após a percepção da dor. Em síntese, a dor é resultante da interpretação do aspecto físico-químico dos nociceptores juntamente com fatores emocionais, como por exemplo, o humor. Assim, todos esses fatores emocionais e fisiológicos favorecem as respostas autônomas, dentre as principais encontram-se as alterações dos sinais vitais, diaforese e dilatação pupilar. (POTTER, 2012; BRUNNER, 2014). Estas últimas não foram identificadas neste estudo.

Outra característica importante identificada foi *Evidência observada de dor*, associada a procedimentos invasivos e/ou traumas. Em relação aos procedimentos invasivos, neste estudo, observou-se que 100% dos registros de pacientes apontam que estes forma submetidos a algum procedimento invasivo. O que torna esta característica definidora um importante indicativo da presença de dor nestes pacientes.

Em relação aos tipos de dor, o estudo apontou algumas diferenças entre adultos e idosos. Nos idosos há uma variação menor em relação aos tipos de dor. Este fator pode ser explicado pelo fato da população de adultos, ser consideravelmente maior, do que de idosos neste estudo. A cefaleia foi o tipo de dor predominante entre as duas faixas etárias o que corrobora com estudos identificados na literatura (FORNI, 2012; SILVA, 2010). Estes apontam que a principal tipo de dor observado no atendimento em urgência e emergência é a cefaleia, que por sua vez pode estar associada a alguma patologia de origem estrutural (traumas ou tumores) e, também, devido algumas situações primárias, tais como: enxaquecas

ou cefaleias tensionais. Todavia não foi possível identificar nesse estudo, quais as causas específicas deste tipo de dor, pois os registros não esclareciam tais informações.

Neste contexto, as dores abdominais também são tipos de dores frequentes em adultos e idosos, quando atendidos em unidades de urgência e emergência. Porém, foi evidenciado no estudo que as dores abdominais em adultos são mais frequentes quando comparados aos idosos. A literatura aponta que as dores abdominais, na população adulta esta, comumente, relacionada aos traumas (AZEVEDO, 2012). Este fator pode explicar a maior incidência de dores abdominais em adultos, visto que o maior índice de traumas, identificados neste estudo, encontra-se nessa faixa etária. Por outro lado, para a população idosa, este tipo de dor pode estar associado a múltiplas causas. As causas mais frequentes estão associadas a processos inflamatórias, como por exemplo, obstruções intestinais e calculose (MUÑOZ, 2014).

A dor torácica é outro tipo de dor, com alta prevalência, encontrada neste estudo. A literatura aponta que tanto para adultos quanto para idosos este tipo de dor está comumente associada à patologias de origem cardíaca (FARIA, 2012). Um estudo apontou que cerca de 15% da população que procura as unidades de urgência e emergência com dor torácica apresentam como principal diagnóstico, o infarto agudo do miocárdio (LINHARES, 2010). Outra situação é a presença de ansiedade e problemas de caráter respiratório, pois também, são considerados causadores de dores torácicas (MADEIRA, 2011). Este estudo apontou maior prevalência deste tipo de dor em adultos, porém devem-se levar em consideração as diferenças de cada grupo etário. Desta forma, a incidência de dor torácica pode ser considerada proporcionalmente similar entre ambos os grupos.

Outros tipos de dores, como por exemplo, dor epigástrica e dor em membros também foram identificados em adultos e idosos. Estas podem estar relacionadas a problemas gastrintestinais e processos inflamatórios (ZAKKA, 2013). Em idosos, especificamente, as dores em membros podem estar associadas a osteoporose e fibromialgia. Também, foi evidenciado em um estudo, que as dores em membros, na população idosa, podem estar associadas à fraturas decorrentes de quedas (LAGE et. al., 2014). Em nosso estudo, observou-se resultado semelhante. Ainda neste contexto, o estudo identificou outros tipos de dores na população adulta, tais como: dores difusas, dor em flanco, dor em membro superior e dor de dente. Estas dores não foram identificadas na literatura como dores prevalentes no atendimento em unidades de urgência e emergência. Este fator pode apontar

uma fragilidade das redes de saúde, visto que estas dores deveriam ser tratadas e/ou prevenidas nas unidades básicas de saúde (ZAKKA, 2013).

Em relação às Intervenções de Enfermagem mapeadas, constatou-se que a única intervenção de enfermagem identificada e registrada em BA, foi Administração de medicamentos, a qual foi observada em 100% da amostra. Este dado pode identificar uma supervalorização da terapia medicamentosa. Em vista disso, estudo identificou que em unidades de urgência e emergência há grande prevalência da ocorrência de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos que, pois em maioria das vezes, são a única intervenção realizada pela enfermagem aos pacientes nesses ambientes (CHIANCA, 2014). Alguns fatores, como por exemplo, grande demanda de pacientes e deficiência quantitativa de pessoal (sobrecarga de trabalho e estresse), são os principais dificultadores a implementação de intervenções de enfermagem e/ou intervenções não medicamentosas, tornando o tratamento do paciente para dor estritamente medicamentoso (AZEVEDO, 2012).

Corroborando, observou-se que o cuidado de enfermagem, na unidade de urgência e emergência em estudo, está diretamente focado à prescrição médica. Entretanto, durante a sessão do grupo focal, algumas intervenções foram citadas, pelas enfermeiras, como já realizadas na unidade. Assim as enfermeiras ressaltam sua preocupação com a avaliação da dor neste ambiente. E indicam que realizar intervenções não medicamentosas é uma importante estratégia ao tratamento adjuvante do paciente com dor (CHIANCA, 2014; AZEVEDO 2015). A melhora da qualidade de vida e o bem estar do paciente foram fatores apontados pelo grupo como motivadoras da implementação de intervenções de enfermagem para aliviar a dor.

Os registros dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes além de garantir uma assistência de qualidade, são uma forma de comprovação da qualidade do atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Também, favorecem a continuidade do cuidado, pois fornecem informações importantes que subsidiarão a continuidade do plano assistencial efetivo, bem como a avaliação de seus resultados (MAZIERO, 2012).

A realização de registros incompletos ou sua ausência, ou ainda sua realização de forma inadequada, denota a necessidade de qualificar as etapas do processo de enfermagem na unidade em estudo. Esta estratégia contribuirá para a superação de processos assistenciais fragmentados, evitando prejuízos aos pacientes e contribuindo para qualificação da assistência de enfermagem. Azevedo (2013) destaca que registros representam e identificam

os cuidados prestados ao paciente, de forma a garantir a segurança e qualidade da assistência ofertada (AZEVEDO, 2015).

A realização de registros completos subsidia e comprova a os cuidados realizados. Nesse sentido autores destacam que a ausência de registros de enfermagem pode indicar uma fragilidade do serviço, contribuindo para risco de falha na continuidade da implementação de intervenções acuradas (PUCCINI, 2013). As Intervenções de enfermagem validadas pelas enfermeiras apontam a preocupação com a qualidade da assistência a ser prestada a esta clientela, refletindo as demandas de cuidado de pacientes em unidade de urgência e emergência (BULECHEK, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar e validar seis (6) intervenções de enfermagem realizadas pela equipe e não registradas nas anotações de enfermagem, e 13 novas intervenções de enfermagem.

A administração de medicamentos é uma das principais intervenções realizadas para dor na unidade de urgência e emergência em estudo. Evidenciou-se, também, que algumas intervenções de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros, porém estas não são registradas nos boletins de atendimento. Esta situação reforça a necessidade de qualificar os registros de enfermagem e a implementação de todas as etapas do processo de enfermagem.

As intervenções não medicamentosas são fortes aliadas ao tratamento do paciente com dor, tornando-se assim imperativas para o processo de recuperação desse paciente. Todavia há necessidade de implementação destas atividades no cotidiano do trabalho de enfermagem, visando contribuir para o alívio da dor. Nessa ótica, a identificação das intervenções, segundo a classificação da NIC (2010), apresenta-se como estratégia para subsidiar a atenção ao paciente com diagnóstico de Dor aguda.

Neste contexto, evidencia-se que para o controle da dor é necessário unir intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de forma a proporcionar conforto e segurança aos pacientes.

Assim, para a unidade de urgência e emergência os resultados deste estudo contribuem para melhorar a organização do trabalho da enfermagem, facilitar a escolha dos cuidados prestados aos pacientes com dor aguda e ampliar as formas de tratamento, visto que os pacientes atendidos em unidade de urgência e emergência restringem seus tratamentos à analgesia medicamentosa. Também, garante que a instituição hospitalar estará proporcionando cuidado humanizado, que garanta o direito dos pacientes e tratamento adequado e eficaz a dor.

Compreender as causas da dor e tratá-las adequadamente passa a ser condição indispensável para os pacientes. Assim é indispensável que a dor seja avaliada como os outros sinais vitais. A avaliação frequente da intensidade da dor e a implementação de intervenções adequadas à necessidade de cada pessoa possibilita o cuidado integral e com eficácia e qualidade.

Assim, busca-se garantir os direitos dos usuários com relação a avaliação e continuidade do tratamento da dor. Destaca-se ainda que documentar a presença deste sintoma, por meio da identificação do DE Dor aguda, e as intervenções prestadas, é uma forma de garantir tratamento holístico de sua saúde. Assim destaca-se a necessidade de realização de novos estudos, visto que a temática dor em urgência e emergência não está comumente abordada na literatura.

Além disso, o tratamento da dor pode proporcionar para diminuição de custos para as instituições hospitalares, uma vez que este sintoma pode contribuir para complicações clínicas que elevam custos financeiros hospitalares.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNOL, Clarice Maria Dall et. al. **A Noção de Tarefa dos Grupos Focais**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p 186-190, mar. 2012.

ARAUJO, Raquel Soares; PEREIRA, Lilian Varanda. **Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p 1985-1992, out. 2012.

ARRUDA, Marco et. al. **Cefaleias incomuns na população pediátrica**. Ver Headache Medicine, São Paulo, v.2, n.2, p 50-60, abr-jun. 2011.

AZEVEDO, Fabio Machado de Filho et.al. **Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência**. Rev Eletr de Enf, v.4, n.26, p70-85, abr. 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_clinica5.pdf. Acesso em: 12. julh.2015

BARRETO, Renato et. al. **Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário**. Revista Dor, São Paulo, v. 13. n.3, jul-set. 2012.

BARROS, N. Avaliação clínica do doente com dor. **Simbidor - Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor**. São Paulo:Office, 2007. p. 29-31. Disponível em:<http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf >. Acesso em: 05 nov 2014.

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho, CAVALCANTI, Cibele D´Avila Kramer; ILHA, Patrícia. **Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para pacientes vítimas de múltiplos traumas**. Rev Eletr Enf, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p 905-914, out-dez. 2013. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf Acesso em: 15. mar. 2015

BOTTEGA, Fernanda Hort.; FONTANA, Rosane. **A dor como quinto sinal vital: Utilização da Escala de Avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. Revista Texto & Contexto Enfermagem,, Florianópolis (SC), v. 19, n.2,p 183-290, Abr-Jun. 2010.

BRASIL. Lei nº 358 de 15 de outubro de 2009. **Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem e dá outras providências**, Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15. nov. 2014.

_____. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.**

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 2 ed-Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2014.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne M.; **Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC**, 15º Ed. Elsevier: São Paulo, 2010.

CALIL, Ana Maria. **Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma**. Revista Gaúcha de Enfermagem.,Porto Alegre (RS), v.29, n. 2, p 308-319, jun.2008.

CARVALHO, Emilia .; BACHION, Maria Maia.; **Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem., v.11, n.3, p 466. 2009.
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf. Acesso em: 24. jun.2015

CARVALHO, Fabricia Conceição; REZENDE, Adriana Cristina Camargos de. **A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor: Revisão de Literatura**. Rev Saúde e Desenvolvimento, São Paulo, v. 4, n.2, jul-dez. 2013

CORRÊA, Lea C.; BECCARIA, Lucia M.; AMORIM, Renne. C.; PACHECO. Sirley.S.; VACONDIO. Simone.; FECHIO, Petronilha. **Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento**. Arq Ciência Saúde, 2008

CHAVES, Lucimara D.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**, 1º Ed. Empório do Livro: São Paulo, 2009.

CHIANCA Tânia Cardoso et. al. **Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil**, Rev. Eletrônica de Enfermagem, , v. 3, n. 11, Set. 2009, Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a03.htm>>. Acesso em: 25. Nov. 2014.

CRUZ, Diná de Almeida Lpes Monteiro. **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico.** Rev. Latino Americana, São Paulo, v. 13. n.3, p 415-422. 2005.

FARIA, Selma de Lima; MACHADO, Carla Regimar; GIANVECCHIO, Carolina Vivian. **Característica do atendimento aos pacientes com dor precordial no pronto atendimento de um hospital geral.**Revista Univap, São José dos Campos, v.19, n.31, jun. 2012.

FERRACINI, Natália Gabriela; SPECIALI, José Geraldo; **Limiar de dor à pressão em crianças com cefaleia.** Rev Dor, São Paulo, v. 12, n.3, p 270-273, jul-set. 2011.

FERREIRA, Anali Martegani et. al. **Clinical Validation of Nursing Diagnoses of Pain in Hospitalized Children.** International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, v.22,n.4, out- dez, p 162-169. 2009.

FONTES, Katia Biagio; JACQUES, André Estevam. **O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital.** Rev Cienc Saúde, São Paulo, v. 6, n.2, p 481-487. 2009.

FORNI, José Eduardo 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, jun 2012.

GARCIA, Telma R.; NOBREGA, Maria Munhoz.; **Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem., Rio de Janeiro, v .13, n.1, p 188-193, mar. 2009.

GIL, Antonio C.; **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 4º Ed. Atlas SA: São Paulo, 2008.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Carvalho Fábio. **Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p 565-574, mar. 2007.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza. et.al. **Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento.** Rev Medicina, Ribeirão Preto, vol .45, n .3, p 31-8. 2012

HOCKENBERRY, Marlyn J; WILSON, David. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 8 ed. Elsevier: São Paulo, 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP Taxonomy.** Washington, D.C.: 2011. Disponível em: LINHARES, Maria Beatriz Martins; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. **Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas.** Rev Temas em Psicologia, São Paulo, v. 18, n. 2, p 325-328, jun-julh 2010. Disponível em <<http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>>. Acesso em: 01. out. 2014

LINHARES, Maria Beatriz Martins; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. **Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas.** Rev Temas em Psicologia, São Paulo, v. 18, n. 2, p 325-328, jun-julh 2010.

LAGE, Julieth Santana Silva et. al. **Capacidade Funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência.** Rev Min Enferm, São Paulo, v 18, n.4, p 855-860. 2014.

LUCIANO, Thaís Souza et. al.. **Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem.** Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 48 n. 2, p 250-256. 2014.

LUPPEN, Lisiane Sampaio et.al. **Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinal vital, no controle da dor pós-operatória.** Revista Dor., São Paulo, v. 12, n.1, p 29-34, jan-mar. 2011.

MAGALHÃES, Alexandria Pinto Magalhães. **Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma.** Revista Dor., São Paulo, v. 12, n. 3, p 221-225, jul-set. 2011.

MARQUES, J. Projeto **Controle da Dor no Brasil da Sociedade Brasileira de Estudos da dor.** São Paulo, 2010. Disponível em: www.dor.org.br . Acesso em: 18. set. 2014.
MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola;

MARQUES, Laura Gasbarro. **Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência.** Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v. 51, n 4, p299-308. 2011.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. **Análise da Aplicabilidade de três instrumentos de Avaliação em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência.** Rev. Bras. Reumatol, São Paulo, vol. 51, n. 4, p 299-308, abril. 2011.

MATA, Luciana Regina. Ferreira et. al.; **Elaboração de Diagnósticos e intervenções à enfermagem de diferentes sistemas de classificação de enfermagem**, Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.46, n. 6, p1512-1518. 2012.

MAGNAGO, Tânia Solange Bossi de Souza. **Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário**. Revista de Enfermagem da UFSM., Santa Maria (RS), v. 1, n.1, p51-60, Jan/Abr. 2011.

MCCAFERRY, M, Herr K, MANWORREN, Merkel R.S. **Pain assessment in tge nonverbal patient position statement with clinical practice recommendations**. Revista: Pain Management Nurs, n. 7, vol. 2. 2007.

MINAYO, Cecília de S.; **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 11° Ed. Hucitec: São Paulo,2008.

Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf> Acesso em: 08 nov. 2014.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> conselho.saude.gov.br> . Acesso em: 26 ou 2014

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispões sobre direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.

MUÑOZ, Rita Lopes de Souza; NOGUEIRA, Germana Fernandes; FERNANDES, Egmar Nivaldo Filho. Percepção de dor em idosos e adultos jovens: diversidade semiológica em avaliação multidimensional da experiência dolorosa. Rev. Bras de Med. São Paulo, v. 71, n.9, p 287-293. 2014.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014/NANDA International**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASCIMENTO, Leonel Alves; KRELING, Maria Clara. Giorio. **Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião dos profissionais de enfermagem**.;Revista Acta Paulista de Enfermagem., São Paulo, v.24, n.1,p 50-4. 2011.

PEDROSO, Rene Antonio.; CELICH, Kátia Lilian.; **Pain: fifth vital sign, a challenge for the care in nursing.** Revista Texto & Contexto Enfermagem., Florianópolis (SC), v. 14, n.2, p 270-276, Abr-Jun. 2007.

POTTER, Perry, **Fundamentos de Enfermagem**, 7º ed. Ed. Elsevier Ltda, Rio de Janeiro, 2012.

PUCCINI, Rosana; BRESOLIN, Ana Maria. **Dores recorrentes na infância e adolescência.** Jornal de Pediatria, São Paulo, V.79, n.1. 2013

RIBEIRO, Sonia Felix et. al. **Dor nas unidades de internação de um hospital universitário.** Revista Brasileira de Anestesiologia, Campinas (SP), v. 62, n. 5, p 599-611..

SAMPAIO, Rodrigo Soares Sampaio et. al. **A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros.** Revista Acta Paulista de Enfermagem., São Paulo, v. 24, n.1, p 120-6. 2011.

SAÇA, Camila Soares et. al **A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Revista do Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 28, n 1,p 35-41. 2010.

SIQUEIRA, Luis Felipe Mendonça. Cefaléias na Infância. Rev. Pediatria Moderna, São Paulo, v. 47, n.1, p 5-12. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretriz Brasileira de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretriz Brasileira de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).** São Paulo, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2011-2013/Livro_Pocket_Book_Completo_interativa.pdf. Acesso em: 4. abril.2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital.** São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em: 05. nov. 2014.

SILVA, Ana Paula et. al. **Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, v.3, n.1, p 507-517. 2013.

SILVA, Marcelo José. et. al ; **Etiologia da cefaleia nos serviços de urgência: breve revisão.** Rev Medicina, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p 30-33.2010

SOUZA, Lays Alves et. al.;**O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor,** Revista Gaúcha de Enfermagem., Porto Alegre (RS), v 34, n. 1, p187-195. 2013.

SAÇA, Camila Soares et. al **A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS),** Revista do Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 28, n 1,p 35-41. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. **Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital.** São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em: 05. nov. 2014.

SILVA, Ana Paula et. al. **Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, v.3, n.1, p 507-517. 2013.

SILVA, Marineide Santos et. al. **Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem.** Rev Dor, São Paulo, v. 12, n.4, p 12-14. 2011.

SILVA, Marcelo José. et. al ; **Etiologia da cefaleia nos serviços de urgência: breve revisão.** Rev Medicina, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p 30-33.2010

SOUZA, Lays Alves et. al.;**O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor,** Revista Gaúcha de Enfermagem., Porto Alegre (RS), v 34, n. 1, p187-195. 2013.

TEIXEIRA M. J. **Dor: manual para o clínico.**1º ed. Atheneu: São Paulo, 2009

HOCKENBERRY, Marlyn J; WILSON, David. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 8 ed. Elsevier: São Paulo, 2008.

ZAKKA, Telma Mariotto, TEIXEIRA Manoel Jacobsen, YENG, Lin Tchia. **Dor visceral abdominal: aspectos clínicos.** Rev Dor, São Paulo, v.14, n.4, p311-314, out-dez. 2013.

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS		
Nome:	Ficha Nº:	
Convênio: SUS (<input type="checkbox"/>) Particular (<input type="checkbox"/>) Outros (<input type="checkbox"/>)	Nº FIA:	
	Prontuário:	
Data internação serviço:	Transferência para unidade assistencial	
Data Alta do serviço:	Não (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Qual:	
Realizou procedimentos Não (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Quais:		
Número de dias que permaneceu no pronto socorro:		
Motivo da busca pelo atendimento:		
Problemas de saúde prévios:		
DN:	Idade:	Sexo: F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)
Estado civil:		
Religião:	Profissão:	
Escolaridade:		
Etnia:	Cidade- Estado-País:	
Alta/óbito:		
Intervenções de Enfermagem constantes na Prescrição de enfermagem:		

APÊNDICE B – Questões Disparadoras do Grupo Focal

1. O grupo confirma a presença da intervenção mapeada “Administração de Medicamentos”?
2. Além da intervenção de enfermagem mapeada, quais outras intervenções são realizadas pela enfermagem?
3. Quais intervenções também poderiam ser implementadas?
4. Existem intervenções específicas para Área Amarela?
5. Existem intervenções específicas para Área Vermelha?
6. Quais intervenções, previstas na NIC, não contemplam a prática do enfermeiro na dor aguda?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa
Campus Uruguaiana – BR 472, Km
592
Prédio Administrativo – Sala 23
Caixa Postal 118
Uruguaiana – RS
CEP 97500-970
Fone: (55) 3911 0202 Ramal: 2289
E-mail: cep@unipampa.edu.br

Título do projeto: Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor em Unidade de Urgência e Emergência

Pesquisador responsável: Michele Bulhosa de Sousa

Pesquisadores participantes: Júlia Torres Cavalheiro e Anali Martegani Ferreira

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa

Telefone celular do pesquisador para contato (inclusive a cobrar):

Você está sendo convidado(a) para tomar parte como voluntário em uma pesquisa para trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulada “Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor em Unidades de Urgência e Emergência”, que tem por objetivo identificar as Intervenções de Enfermagem para dor encontradas em prontuários de pacientes hospitalizados no pronto atendimento e sua padronização segundo classificação da NIC.

Sua participação se dará através de um grupo focal. O grupo focal é uma técnica de entrevistas realizadas coletivamente. Nos grupos focais ocorrerá debate entre profissionais que possuem experiências sobre a temática a ser discutida.

O grupo focal será conduzido por um moderador e através de um roteiro com perguntas pré-estabelecidas de acordo com o objetivo da investigação. Serão realizadas sessões no turno da tarde até a obtenção de consenso. As sessões serão gravadas com auxílio de um gravador digital e transcritas para posterior análise. As agendas do grupo focal serão pré-estabelecidas e as sessões ocorrerão nas dependências do HGSCU, sendo conduzidas pela pesquisadora e com o auxílio de dois acadêmicos de enfermagem integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – (PET-Saúde) Redes de Atenção SOS – Urgências e Emergências - da Universidade Federal do Pampa.

Os benefícios diretos desse estudo referem-se à qualificação da assistência ofertada pelos enfermeiros. Tem o intuito de facilitar o trabalho da equipe de enfermagem e definir procedimentos de intervenções a serem utilizados em pacientes com dor.

Os possíveis riscos referentes à sua participação dizem respeito somente à possibilidade do você apresentar cansaço e certo desconforto físico em algum momento dos debates em função do tempo e energia despendidos. Para minimizar estes riscos, haverá medidas de descanso como: pausar entre as discussões acompanhadas de coffee break e termino das discussões, agendando um novo encontro. Contudo, sua participação não lhe acarretará custo pecuniário algum, embora também não lhe acrescente qualquer vantagem financeira. Os gastos necessários para a sua participação, como despesas de deslocamento, por exemplo, serão assumidos pelos pesquisadores.

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e os dados da pesquisa serão armazenados pelo pesquisador responsável. Os resultados desse trabalho poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas. No entanto, seu nome, instituição a que pertence ou qualquer outra informação que esteja relacionada à sua privacidade não serão divulgados.

Após a análise dos dados, os resultados do estudo serão apresentados no Grupo de Estudos “Foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESSAE) do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana”, e você será convidado(a) a participar.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, o participante assinará o documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelo pesquisador responsável.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____ Data: ___/___/___

Local e data _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Unipampa – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592,

Prédio Administrativo – Sala 23. CEP: 97500-970, Uruguaiana – RS. Telefone: (55) 3911 0202 - (55) 8454 1112 (ligações a cobrar). Email: cep@unipampa.edu.br.

APÊNDICE D- Termo de Confidencialidade



Comitê de Ética em Pesquisa
Campus Uruguaiana – BR 472, Km
592
Prédio Administrativo – Sala 23
Caixa Postal 118
Uruguaiana – RS
CEP 97500-970
Fone: (55) 3911 0202 Ramal: 2289
E-mail: cep@unipampa.edu.br

Título do projeto: Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor em Unidades de Urgência e Emergência.

Pesquisador responsável: Michelle Bulhosa de Souza

Campus/Curso: Universidade Federal do Pampa - Campus Uruguaiana

Telefone para contato: (55) 96667856

Local da coleta de dados: Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados serão coletados em prontuários que serão copiados da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS. Também irão participar dessa etapa do estudo as discentes Mariéle Rodrigues Barbosa, Jéssica Nery Fão e Rosa Munhoz que integram Programa Educação pelo Trabalho PET Saúde Redes de Atenção SOS Urgência e Emergência. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos sujeitos e serão mantidas em poder do responsável pela pesquisa, Prof.(a) Pesquisador(a) Michelle Bulhosa de Souza por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Uruguaiana, 09 de dezembro de 2014.

.....
Michelle Bulhosa de Souza

Docente da Universidade Federal do Pampa- Campus Uruguaiana

.....
Anali Martegani Ferreira

Docente da Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana

.....
Júlia Torres Cavalheiro
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do
Pampa - Campus Uruguaiana

.....
Mariéle Rodrigues Barbosa

Discente do Programa Educação pelo Trabalho PET Saúde Redes de Atenção SOS Urgência
e Emergência

.....
Jéssica Nery Fão

Discente do Programa Educação pelo Trabalho PET Saúde Redes de Atenção SOS Urgência
e Emergência

.....
Rosa Munhoz

Discente do Programa Educação pelo Trabalho PET Saúde Redes de Atenção SOS Urgência
e Emergência

APÊNDICE E - Autorização Condicionada
INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, Aline Martinelli Piccinini ocupante do cargo de Coordenadora do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, autorizo a realização nesta instituição Santa Casa de Caridade de Uruguaiana a pesquisa Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor em Unidade de Urgência e Emergência sob a responsabilidade do pesquisador Michele Bulhosa de Souza, tendo como objetivo primário identificar as intervenções de enfermagem para pacientes atendidos em unidade de urgência e emergência.

Esta autorização está **condicionada à prévia aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unipampa** (Prédio Administrativo da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592 – Uruguaiana – RS – tel: 55-3413-4321 ramal 2289 – email: cep@unipampa.edu.br) devidamente registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e regulamentações correlatas).

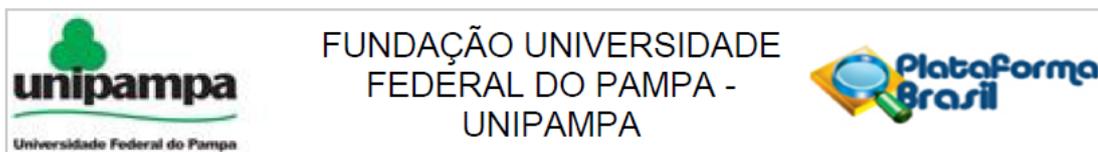
Afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

Uruguaiana, 13 de janeiro de 2015.

Aline Martinelli Piccinini

Coordenadora do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Hospital Geral
Santa Casa de Uruguaiana

APÊNDICE F – PARECER COSUBTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Dor em Unidade de Urgência e Emergência.

Pesquisador: Michele Bulhosa de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41123015.3.0000.5323

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Pampa UNIPAMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 996.155

Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:

De acordo com o projeto:

A presença da dor é um dos principais motivos que leva a população mundial a procurar cuidados médicos. Também é considerada a principal causa de angústias e incapacidades quando comparada a qualquer outra patologia isolada, compreendendo em torno de 45 a 80% das causas de internações hospitalares. Este sintoma afeta cerca de 30% dos indivíduos em algum momento de sua vida. Observa-se que a dor é um sintoma

muito frequente nos setores de pronto atendimento (PA) dos hospitais, uma vez que as unidades de urgência e emergência são procuradas por pacientes que estão em processo de agudização do sintoma. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem para pacientes atendidos em unidade de urgência e emergência de um hospital geral da fronteira oeste do RS. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, que será desenvolvido no pronto socorro do Hospital Geral Santa casa de Caridade de Uruguaiiana. O estudo constituir-se-á em três etapas: coleta de dados nos prontuários, que será realizada utilizando-se instrumento de coleta de dados construído pelas pesquisadoras, mapeamento cruzados das intervenções, cuidados de enfermagem ou termos e expressões descritas pelos enfermeiros do PA para indicar a implementação de intervenções para alívio do sintoma dor à classificação das intervenções de

Endereço: Campus Uruguaiiana BR 472, Km592

Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa

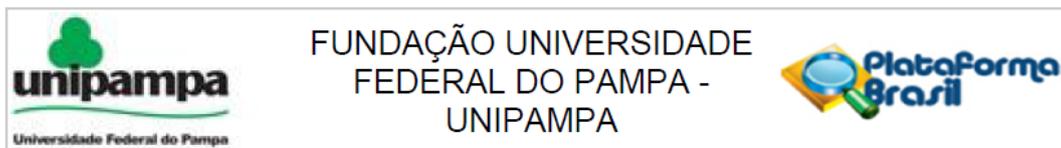
CEP: 97.500-970

UF: RS

Município: URUGUAIANA

Telefone: (55)3413-4321

E-mail: cep@unipampa.edu.br



Continuação do Parecer: 996.155

enfermagem da NIC para dor e validação das intervenções de enfermagem mapeadas por meio de um grupo focal. Nesse sentido espera-se identificar as intervenções de enfermagem realizadas no PA para pacientes adultos e pediátricos com dor e, desta forma contribuir para qualificação da assistência de enfermagem, padronização da linguagem utilizada pelos enfermeiros e identificação de estratégias utilizadas e implementadas para a clientela assistida.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o projeto:

Objetivo Primário:

Identificar as intervenções de enfermagem para pacientes atendidos em unidade de urgência e emergência de um hospital geral da fronteira oeste do RS.

Objetivo Secundário:

Identificar as intervenções de enfermagem implementadas para pacientes adultos e pediátricos; Mapear as intervenções identificadas à classificação de intervenções de enfermagem da NIC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto:

Riscos:

Os possíveis riscos referentes ao projeto dizem respeito somente à possibilidade do enfermeiro participante apresentar cansaço e certo desconforto físico em algum momento dos debates do grupo focal em função do tempo e energia dispendidos. Para minimizar estes riscos, haverá medidas de descanso como: pausar entre as discussões acompanhadas de coffee break e termino das discussões, agendando um novo encontro.

Benefícios:

Os benefícios diretos desse estudo referem-se à qualificação da assistência ofertada pelos enfermeiros. Tem o intuito de facilitar o trabalho da equipe de enfermagem e definir intervenções a serem utilizados em pacientes com dor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a melhoria da qualidade de cuidado da população assim como para a prática profissional dos enfermeiros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto- OK

Termo de confidencialidade- OK

Autorização co participante - OK

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km592

Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa

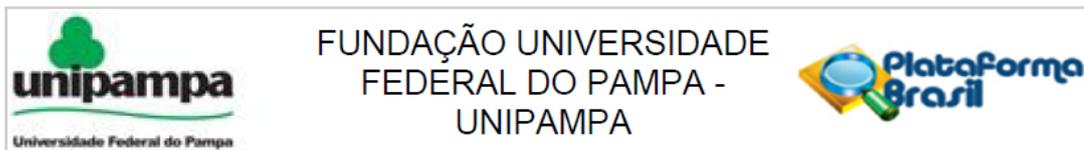
UF: RS

Município: URUGUAIANA

CEP: 97.500-970

Telefone: (55)3413-4321

E-mail: cep@unipampa.edu.br



Continuação do Parecer: 996.155

TCLE - Ok

Carta resposta - ok

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador a entrega de relatório parcial e final.

URUGUAIANA, 24 de Março de 2015

Assinado por:
JUSSARA MENDES LIPINSKI
(Coordenador)

Endereço: Campus Uruguaiana BR 472, Km592

Bairro: Prédio Administrativo Central - Caixa

UF: RS

Município: URUGUAIANA

CEP: 97.500-970

Telefone: (55)3413-4321

E-mail: cep@unipampa.edu.br