



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

**O ENFERMEIRO E A DOR NO PÓS-OPERATÓRIO ORTOPÉDICO: O SIGNIFICADO DA
AÇÃO**

Rio de Janeiro

fevereiro de 2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

**O ENFERMEIRO E A DOR NO PÓS-OPERATÓRIO ORTOPÉDICO: O SIGNIFICADO DA
AÇÃO**

Juliana Diniz dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro – UNIRIO

Orientadora: Dr^a Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva

Rio de Janeiro

fevereiro de 2009

S237 Santos, Juliana Diniz dos.
O enfermeiro e a dor no pós-operatório ortopédico : o significado da
ação / Juliana Diniz dos Santos, 2009.
74f.

Orientador: Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Dor – Pós-operatória – Cuidado e tratamento. 2. Enfermagem orto-
pédica. 3. Dor – Filosofia. 4. Fenomenologia. I. Silva, Teresinha de
Jesus Espírito Santo da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado
em Enfermagem. III. Título.

CDD – 616.0472

**O ENFERMEIRO E A DOR NO PÓS-OPERATÓRIO ORTOPÉDICO: O SIGNIFICADO DA
AÇÃO**

Juliana Diniz dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Teresinha de Jesus Espírito Santo da Silva

Presidente

Dr^a. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

1^a examinadora

Dr^a. Denise de Assis Correa Sória

2^a examinadora

Dr^a. Deyse Conceição Santoro

suplente

Dr^a. Ana Karine Ramos Brum

suplente

Aprovada em 02/09

Rio de Janeiro

fevereiro de 2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aqueles que dedicaram toda a sua vida à minha educação e formação: Meus pais, Antonio e Sandra.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu a oportunidade de iniciar este curso e força para concluí-lo, guiando meus passos e iluminando meus pensamentos.

À minha orientadora Dr^a. Teresinha por me proporcionar enriquecimento individual e profissional durante toda minha vida acadêmica, pela compreensão e amizade nos momentos difíceis. Sem sua excelente orientação nada seria possível. Obrigada pela sua dedicação durante todos esses anos.

Aos meus pais, por estarem sempre ao meu lado expressando seu eterno amor e amizade. Para conseguir chegar até aqui vocês foram fundamentais nesta luta. Devo muito a vocês. *Muito Obrigada, Amo vocês!!!*

Ao meu amor Sérgio pela compreensão, apoio e amor dedicados a mim, principalmente nos momentos mais difíceis, sempre respeitando e entendendo minhas ausências. Você é muito importante e especial na minha vida. *Te amo muito!!!*

Às minhas queridas irmãs, pelo incentivo e carinho que nos une. *Adoro vocês!!!*

À minha querida sobrinha e afilhada Lara por me fazer sorrir mesmo nos momentos mais tensos, com sua simplicidade de criança. *Te amo muito!!!*

À minha família, pelo carinho, amizade e apoio durante toda minha vida e em especial nessa jornada. A torcida de vocês foi fundamental. *Obrigada.*

À minha amiga Kyara,, pela linda amizade que desenvolvemos. Obrigada pela grande ajuda neste trabalho, nas horas difíceis e em tudo. *Conte comigo sempre!!!*

Ao INTO e todos os seus profissionais por mais uma vez me acolher e colaborar para a realização de meu estudo. *Obrigada!*

À todos os enfermeiros que demonstraram-se envolvidos com meu estudo me fornecendo grande engrandecimento pelos depoimentos fornecidos. *Obrigada!*

À banca examinadora representada pelas professoras: Dra. Deyse Conceição Santoro, (UFRJ), Dr^a Ana Karine Ramos Brum (UNIRIO), Dr^a Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas (UFRJ) e Dr^a Denise de Assis Correa Sória (UNIRIO).

RESUMO

SANTOS, Juliana Diniz. **O Enfermeiro e a dor no pós-operatório ortopédico: O significado da ação.** Rio de Janeiro, 2009. Dissertação de mestrado em enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

A dor é umas das principais queixas de pacientes internados em hospitais ou que apresentam algum tipo de morbidade, sendo, portanto, necessário, cada vez mais, um olhar diferenciado para tal fenômeno, buscando amenizá-lo ou extinguí-lo e desta forma acompanhar o desenvolvimento que a área de saúde tem alcançado em diversas vertentes. Para tanto é oportuno discutir melhor os aspectos da assistência ao cliente com dor para que baseado nessa melhor descrição e discussão da realidade possam ser elaboradas formas de atuação para o controle da dor que seja mais próxima da realidade dos clientes que as referem e dos Enfermeiros que atuam sobre esta. Este estudo busca compreender o significado que os Enfermeiros conferem as suas ações ao prestar assistência ao cliente com dor pós-operatória ortopédica, tendo como objetivo: Compreender o significado que os Enfermeiros do Instituto Nacional de Traumatologia Ortopedia (INTO) atribuem as ações que desenvolvem voltadas aos pacientes com dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica e utiliza como referencial a Sociologia Compreensiva, de Alfred Schutz. Foram realizadas entrevistas a 09 enfermeiros assistenciais do INTO. Conclui-se então que estes enfermeiros se reconhecem como atores sociais ao assistirem seus clientes com dor pós-operatória ortopédica, atribuindo significados individuais as suas ações e preocupando-se em atender este indivíduo holisticamente, tendo como típico de sua ação o bem-estar e conforto deste cliente tanto na sua forma biomédica quanto social.

Palavras-chave: Enfermagem, dor, ortopedia, fenomenologia

ABSTRACT

SANTOS, Juliana Diniz. **The nurse and the pain in orthopedic post operator: The meaning of the action.** Rio de Janeiro, 2009. Dissertação de mestrado em enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

Pain is one of the most complains of patients in the hospitals around the world, or that show some kind of disease, so that becomes necessary, and every time more, a different way of looking to this phenomenon, searching for a way to brighten it up or extinguish it, so that we can follow the development of health has been made on many areas. So that far, is important to discuss better the aspects of the nursing care for the clients with any kind of pain. Based in this better description and discussion of reality, and making nursing staff works with its reality. This study intends to understand the meaning of nurses give to its actions, in nursing care with orthopedic post operator pain. The main objective is: Comprehend the meaning of nurses from Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) give to its actions that, after developed, turn into the patients, with orthopedic post operator pain. This is a qualitative study with phenomenology approach, using as a reference the comprehensive sociology, from a Alfred Schutz. It has been made 09 (nine) interviews with assistant nurses from INTO. In conclusion, these nurses see yourself as social actors when take care of patients with orthopedic post operator pain, attributing individual meanings to its actions, concerning to treat these individuals holistic, having as priorities the well-being and the comfort of these clients, in biomedical and social forms.

Key words: *nursing, pain, orthopedic, phenomenology.*

SUMÁRIO

1) COMO TUDO COMEÇOU...	08
1.1 –O PROBLEMA	09
1.1.1 – O ESTUDO ANTERIOR	10
1.1.2 – O CENÁRIO DO ESTUDO	14
1.2 - TEMA, OBJETO, OBJETIVOS E RELEVÊNCIA	15
2) CONCEPÇÕES CIENTÍFICAS DA DOR	18
2.1 – A AVALIAÇÃO DA DOR	20
2.2 - O ENFERMEIRO E A DOR	24
3) REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	27
4) APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
4.1 – AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	38
5) ANÁLISE DO SIGNIFICADO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS	44
6) CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – Termo de aceitação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa	55
APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	56
APÊNDICE 3 – Instrumento de Entrevista	58
APÊNDICE 4 – Entrevistas	59
APÊNDICE 5 – Instrumento de Avaliação da dor	72

1) COMO TUDO COMEÇOU...

Durante minha trajetória profissional, ao desenvolver atividades assistenciais em um hospital especializado em ortopedia, o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO, percebi que a dor era uma das queixas mais frequentes entre os clientes em pós-operatório ortopédico. A partir desta vivência surgiram questionamentos relativos a compreender as questões que envolvem a dor, e sua terapêutica, com vistas a melhorar o atendimento a clientela.

A dor é umas das principais queixas de pacientes internados em hospitais ou que apresentam algum tipo de morbidade, sendo, portanto, necessário, cada vez mais, um olhar diferenciado para tal fenômeno, buscando amenizá-lo ou extinguí-lo e desta forma acompanhar o desenvolvimento que a área de saúde tem alcançado em diversas vertentes.

Embora a dor seja um problema constante no ambiente hospitalar, sua intensidade e conseqüências metabólicas e psíquicas têm sido freqüentemente subestimadas.

É fato que as práticas de enfermagem tem evoluído de modo significativo, porém algumas questões já descritas inúmeras vezes, como a dor ainda despertam o interesse de pesquisadores principalmente pelos aspectos subjetivos envolvidos. A compreensão do mecanismo e instalação do processo doloroso ainda aponta para aspectos obscuros na sua interpretação e conseqüente resolução. Este estudo não pretende centrar seu objeto nos aspectos que guardam relação com a visão psicossomática, embora reconheça sua influência, mas delimitar seu interesse na dor surgida no pós-operatório de cirurgias ortopédicas considerando a intermediação de ações de enfermagem resolutivas.

1.1 – O problema

Segundo a Sociedade Internacional para o Estudo de Dor (IASP), a dor é definida como:

“Experiência sensitivo-emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar estes termos através de suas experiências”.(apud. CHAVES e LEÃO, 2004, p. III)

A dor está relacionada a alterações neurovegetativas como taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão de desconforto, agitação psicomotora e ansiedade. Assim, a dor produz repercussões fisiológicas e psicológicas de diversas naturezas que variam de acordo com sua intensidade e duração.

A política de controle da dor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) (2005, p.02) entende que:

“A atenção e o pronto atendimento ao paciente com queixas de dor constitui tópico imprescindível aos fundamentos de toda instituição de saúde, considerado o quinto sinal vital, ao lado da temperatura, frequência respiratória, cardíaca e pressão arterial. A dor, conhecida ou não a doença de base, acentua distúrbios físicos e emocionais incapacitantes”.

No interesse de compreender a dor em clientes em pós-operatório ortopédico, desenvolvi pesquisa durante a residência, limitando minha investigação em identificar como o Enfermeiro atuante no INTO assistia clientes em pós-operatório ortopédico.

Na ocasião foram desenvolvidas entrevistas com os enfermeiros que atuavam no INTO, buscando identificar a forma como atuavam frente ao cliente com dor. Os resultados apontaram a insegurança desses profissionais para uma atuação efetiva nas situações em que a dor era presente, sendo percebida em alguns uma “banalização da dor”, decorrente talvez de uma carência de informações no período de formação profissional.

No estudo atual, meu interesse inclui a compreensão do significado que os Enfermeiros atribuem as suas ações ao prestar assistência ao cliente com dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

Segundo Tashiro (2001, p.89):

“A dor é umas das situações mais comuns no exercício da enfermagem. Os enfermeiros têm uma responsabilidade direta em sua avaliação e na tomada de medidas em aliviá-la e seguem uma rotina de atividades de cuidados para a recuperação do paciente cirúrgico”.

Embora a dor tenha sido reconhecida como 5º sinal vital e que o avanço na terapêutica desta área tenha sido grande, ainda percebe-se a subestimação quanto à preocupação em amenizá-la.

1.1.1 – O estudo anterior

Durante a elaboração de minha monografia, na residência de enfermagem, pude perceber que uma das questões que devem se consideradas ao buscar o atendimento as queixas algicas é a qualificação do profissional relativas não apenas a execução de procedimentos, mas também na sensibilidade para compreender a importância desta ação, considerando-se o caráter subjetivo da dor.

De acordo com Drummond (2000, p.171); desde a década de 70 a dor têm sido estudada como uma especialidade dentro das ciências da saúde, desencadeando em um grande avanço na farmacoterapia; porém, o ensino desta temática em medicina e enfermagem, ainda caminha lentamente e de forma inadequada.

O manejo da dor vem se tornado mais relevante à medida que os clientes têm obtido benefícios, tais como: Mobilização precoce, diminuição do período de internação e, a conseqüente redução dos custos.

O Enfermeiro deve buscar alcançar tais metas; entretanto, a partir dos dados obtidos, apurou-se que tais profissionais não reconhecem os seus limites, papel e atribuições, o que acaba por prejudicar a assistência prestada aos clientes com dor.

O manejo da dor não é algo simples de ser desempenhado, exigindo do profissional uma gama de conhecimentos e atitudes dos quais dependerá a qualidade da assistência prestada.

Drummond (2000, p. 173) aponta em tópicos as aptidões do Enfermeiro para que haja uma assistência qualificada ao cliente com dor, sendo eles:

- Distinguir dor e ansiedade;
- Determinar a intensidade da dor e avaliação da eficácia da terapia;
- Ter entendimento da base fisiológica e farmacológica das terapias de dor, bem como suas aplicações;
- Reconhecer os efeitos colaterais da terapia farmacológica e tratamento apropriado;
- Atender às respostas individuais do tratamento para a dor;
- Ter conhecimento sobre o manejo da dor em crianças;
- Ter ciência quanto às drogas disponíveis em sua unidade, vias de administração, dosagem e infusão das mesmas.

Durante as entrevistas desenvolvidas, os Enfermeiros demonstraram despreparo para uma execução ideal deste tipo de assistência, não contemplando em seus discursos os aspectos apontados por Drummond, e, reconhecem tais dificuldades a partir da associação com a reduzida discussão desta temática durante o seu período de formação/graduação.

No discurso dos Enfermeiros o despreparo, e a banalização dos aspectos referentes ao tratamento da dor; é percebido principalmente quando questionados sobre

a forma como prestam a assistência, na qual apontam a administração da medicação prescrita e o posicionamento do cliente, sem estabelecer uma avaliação minuciosa do estado físico e psicológico do cliente, verificar a terapia mais adequada, e as prováveis causas da dor.

Chaves e Leão (2004, p.156), dizem que para o controle da dor pós-operatória, o mais indicado é uma abordagem multimodal, que inclua o uso das técnicas farmacológicas e não-farmacológicas.

Existem portanto, diversas intervenções que o Enfermeiro pode considerar para o manejo da dor que podem ser aplicadas individualmente ou em conjunto, a fim de se obter uma melhor resposta terapêutica.

Tais considerações colocam em check a terapêutica implementada de acordo com os discursos dos Enfermeiros, que limitam sua assistência e de certa forma, acabam por não produzir resultados efetivos na minimização dos efeitos da dor sobre o organismo.

“Para que o atendimento a dor seja efetivo e eficaz é necessário que haja uma avaliação minuciosa da sua ação sobre o cliente e a forma como está sendo percebida, para que seja possível a elaboração de um plano de ação correspondente à real necessidade.” (SANTOS, 2006, p.26)

No entanto, apesar de a avaliação da dor ter fundamental importância, a dor ainda é avaliada inadequadamente, como observado nos depoimentos obtidos.

Segundo Santos (2006, p.27) a avaliação da dor é complexa e envolve diversos componentes a serem investigados e técnicas a serem utilizadas; porém, um fator importante a ser considerado na escolha dos instrumentos de avaliação da dor é a capacidade do cliente em compreendê-lo, e do enfermeiro em codificá-la.

A eficácia do tratamento para o controle da dor depende de uma boa avaliação desta experiência, e do reconhecimento da individualidade dos sintomas que esta possa expressar.

Os enfermeiros em sua maioria acreditam estar preparados quanto ao manejo da dor, e associam este preparo ao treinamento oferecido pela instituição; porém não podemos deixar de mencionar que o treinamento busca adequar os funcionários à rotina da instituição e relembrar alguns conceitos que possam estar defasados, porém não têm como objetivo ensiná-los sobre todos os aspectos que necessitam saber, como já abordado anteriormente, e que deveriam estar claros desde a sua formação profissional.

Embora declarem que as dificuldades apontadas durante o estudo estejam relacionadas apenas aos aspectos psicológicos da dor, é possível perceber sua relação ao reduzido conhecimento sobre os aspectos físicos e sua relevância considerada depreciada aos demais aspectos a serem avaliados no cliente.

“Diversos autores e estudos apresentam alterações nas funções do organismo devido à dor, e portanto, o controle da dor favorece em diversos aspectos ao cliente, inclusive fornecendo uma melhor condição de vida com uma manutenção das suas funções vitais, reafirmando sua condição e relevância na inclusão como um dos cinco sinais vitais.” (SANTOS, 2006, p.29)

Embora os Enfermeiros entrevistados tenham recebido treinamento acerca da política da dor vigente no instituto, a questão da dor como quinto sinal vital não é presente em seus discursos que a distinguem desta categoria. É possível perceber isto mais objetivamente quando relacionam a ausência da dor apenas com o conforto do cliente e não com a manutenção de um de seus parâmetros vitais.

Segundo as entrevistas realizadas os Enfermeiros preocupam-se com a questão da dor ao cuidarem de seus clientes em pós-operatório, porém criticam a falta de discussões desta temática na formação profissional e reconhecem que seus conhecimentos devem-se ao treinamento oferecido pela unidade em que desenvolvem suas atividades.

Embora haja preocupação em atender o cliente com dor pós-operatória, esta questão ainda é posta em um patamar inferior ao proposto por estudiosos no assunto, e

pela própria política vigente na instituição; demonstrando a necessidade de uma melhor compreensão sobre os efeitos deletérios da dor sobre o organismo, e conseqüente melhor capacitação dos profissionais quanto ao atendimento a essa clientela, de forma a incorporar em suas ações a real importância que deve ser dada a essa questão, já apontada por inúmeros estudos.

Mediante os achados apontados pelo estudo que desenvolvi anteriormente, que originalizam a atual problemática, cabe agora discutir melhor os aspectos da assistência ao cliente com dor para que baseado nessa melhor descrição e discussão da realidade possam ser elaboradas formas de atuação para o controle da dor que seja mais próxima da realidade dos clientes que as referem e dos Enfermeiros que atuam sobre esta.

1.1.2 – O cenário do Estudo

O cenário deste estudo é o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

O INTO é um órgão de assistência pública que recebe subsídios do Ministério da Saúde, sendo ligado a esfera central do Sistema Único de Saúde (SUS), suas atividades são destinadas ao atendimento de cliente com patologias ortopédicas que necessitem de intervenção cirúrgica de alta complexidade.

Devido a sua complexidade o INTO conta com uma estrutura diferenciada da maioria dos serviços públicos de saúde, possuindo equipamentos e estrutura física capazes de atender a suas necessidades.

O INTO conta com 02 centro cirúrgicos, unidades de internação distribuídas de acordo com a patologia e sexo do cliente a ser assistido, 01 centro de terapia intensiva, voltado para o atendimento de complicações clínicas e pós-operatório de cirurgias mais complexas, unidade de internação pediátrica, serviço de fisioterapia, hemoterapia,

ambulatórios, dentre eles o de enfermagem, sala de curativos para clientes que já obtiveram alta hospitalar e pesquisas, como a aplicação de células tronco em cirurgias ortopédicas.

Este Instituto apresenta ainda uma clínica da dor, onde a maior preocupação é minimizar os efeitos da dor sobre a clientela assistida seguindo os padrões da Sociedade Americana da Dor, denominando-a como 5º sinal vital, “pela exigência que deve ser dada na sua avaliação e registro”.(CHAVES e LEÃO, 2004, p.161).

Devido ao tipo de assistência que o INTO desenvolve, sua clientela é bastante específica, tratando-se, em sua maioria de pessoas lúcidas, sem patologias associadas que prejudiquem seu estado mental e físico. Portanto, nesta unidade de saúde assiste-se a uma clientela saudável, que por algum motivo apresenta esta condição, geralmente transitória, de patologia ortopédica.

O INTO possui uma equipe de saúde multidisciplinar que desenvolve suas ações de forma conjunta, sendo composta por médicos (clínicos e ortopedistas), enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, auxiliares de enfermagem e técnicos de laboratório.

Dentre estes profissionais, cabe apresentar de forma mais específica as atribuições dos Enfermeiros que envolvem basicamente o gerenciamento da unidade onde atuam, previsão e provisão de materiais, e, assistência aos clientes (exame físico, avaliação pré e pós operatória e curativos).

1.2 – Tema, objeto, objetivos e relevância

A partir da problemática da atuação do enfermeiro frente ao cliente com dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas, dos achados do estudo anterior que demonstram

o despreparo de profissionais no atendimento ao cliente com dor, e, fundamentada em minha vivência, considero as seguintes questões norteadoras:

- Qual o significado que os Enfermeiros atribuem as ações que desenvolvem para o atendimento ao cliente com dor em pós-operatório ortopédico?
- Qual o fundamento para a adoção de ações dos enfermeiros junto ao cliente com dor em pós-operatório ortopédico?

Esta pesquisa tem como tema a dor pós-operatória ortopédica; e como objeto de estudo o saber de enfermagem na assistência ao cliente com dor em pós-operatório ortopédico, apresentando o seguinte objetivo:

- Compreender o significado que os Enfermeiros do INTO atribuem as ações que desenvolvem voltadas aos pacientes com dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

Este estudo, propõe uma maior discussão com relação à dor em pós-operatório ortopédico, sendo relevante e oportuno por colaborar para a melhoria da sistematização da assistência do Enfermeiro a esta clientela, qualificando-a, e ampliando a autonomia do Enfermeiro frente a esse tipo de atendimento.

Com a realização deste estudo busca-se melhorar a assistência de enfermagem prestada aos clientes com dor pós-operatória ortopédica já que apresenta a forma como estes profissionais compreendem a assistência que eles próprios desenvolvem, possibilitando uma forma de reflexão sobre os aspectos que consideram relevantes e indispensáveis para a assistência adequada.

Este estudo possibilita futuros desdobramentos em novas formas de avaliação da dor, com uso de indicadores para a assistência prestada mais adequados a realidade, visando a melhoria da assistência e maior valorização da queixa algica, já que permite ao enfermeiro avaliar por si mesmo a sua forma de atuação e uma capacitação

profissional baseada no típico da ação apresentada, buscando treinamentos específicos para cada realidade presenciada

A relevância deste estudo pauta-se ainda no apontamento que faz no tocante a necessidade de profissionais mais capacitados e especializados para atuar neste campo, principalmente quando é considerada a sua atuação em uma unidade referencia para patologias que demonstrem um índice elevado de clientes que apresentam dor, como o caso da cirurgia ortopédica, que exige de seus profissionais conhecimentos e treinamentos específicos para que continuem a manter o alto padrão de assistência oferecido e até mesmo melhoria na qualidade do serviço ofertado a sua clientela.

Estudos com esta natureza permitem aos profissionais se reconhecerem como atores sociais, indispensáveis a toda metodologia assistencial, sendo relevantes desde o processo de identificação das necessidades da clientela, das falhas assistenciais, na educação continuada, na implementação e avaliação da assistência até a multiplicação dos conhecimentos, de forma a propiciar a instituição em que atuam e a clientela assistida, uma assistência cada vez mais qualificada.

2) CONCEPÇÕES CIENTÍFICAS DA DOR

Cada indivíduo aprende a utilizar o termo dor através de suas experiências anteriores, podendo tratar-se de uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a uma lesão real ou potencial nos tecidos.

A dor pode ser considerada como um sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica, mas também pode vir a constituir um quadro clínico mais complexo. Assim, Teixeira (2005, p.01) afirma que:

“A dor continua sendo uma das grandes preocupações da Humanidade. Desde os primórdios do ser humano, conforme sugerem alguns registros gráficos da pré-história e os vários documentos escritos anteriormente, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu controle. A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas”.

Ainda segundo Teixeira (2005, p.01), “além de gerar estresses físicos e emocionais para os doentes e para os seus cuidadores, a dor é razão de fardo econômico e social para a sociedade”.

A dor constitui, portanto, a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves conseqüências psicossociais e econômicas. Assim, é de grande importância que esta seja combatida, tanto no campo individual quanto no coletivo.

A neurofisiologia da dor, segundo Drummond (2000, p.01), constitui-se de quatro processos distintos: transdução, transmissão, modulação e percepção.

“1) Transdução: o mecanismo pelo qual o estímulo nociceptivo gera uma atividade elétrica nas terminações sensoriais livres (nociceptores), mediante a liberação de substâncias denominadas algênicas; 2) Transmissão: a propagação do impulso nociceptivo desde a periferia até os centros nervosos superiores; 3) Modulação: os mecanismos de natureza neural e bioquímica, mediante os quais a transmissão é facilitada ou inibida; e 4) Percepção/reação: os aspectos das dimensões afetivo-motivacional (nos níveis límbico e hipotalâmico) e

sensorial-discriminativa (em nível cortical) do fenômeno doloroso, bem como da resposta comportamental individual.”. (DRUMMOND 2000, P. 22)

De acordo com a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (2005), considerando-se a duração de sua manifestação à dor pode ser classificada em três tipos:

- Aguda – Manifesta-se temporariamente, durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas. Normalmente desaparece quando a causa é diagnosticada e tratada corretamente.
- Crônica – Tem duração prolongada que pode se estender de vários meses a anos, quase sempre associada a uma doença crônica.
- Recorrente – Apresenta períodos de curta duração que se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico.

A dor pós-operatória, na qual este estudo basea-se, trata-se da dor aguda mais prevalente, segundo Brawn e Filho (2004, p.07):

“Calcula-se que entre os pacientes operados, 5% a 20% queixam-se de dor moderada, 25% a 40% padecem de dor severa, e entre esses 40% a 70% sentem dor intolerável. Os dados nos mostram que metade dos pacientes operados ainda se queixa de dor, variando de moderada a severa”.

“Ênfase deve ser dada ao tratamento da dor pós-operatória, não apenas por razões humanitárias, mas também pelas complicações advindas de sua ocorrência que poderiam estar relacionadas com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória” (CHAVES e LEÃO, 2004, p.164).

Dentre as causas mais frequentes de dor listadas pela IASP, encontramos em maior número aquelas referentes à ortopedia, dentre elas: tenossinovite de punho, lombalgia, reumatismo, entorse de tornozelo, inflamação ou ruptura do tendão de Aquiles. Além disso, cabe ressaltar a dor pós-operatória ortopédica, muito frequente devido à brutalidade dos procedimentos cirúrgicos.

Segundo Tashiro (2001, p.01):

“A demanda de pacientes ortopédicos é significativa, havendo, então, a necessidade de um conhecimento de cuidados específicos na área e para tanto deve haver profissionais de Enfermagem capacitados para desenvolver este tipo de cuidado”.

Assim, o estudo da dor em pós-operatório ortopédico é de grande relevância por tratar-se do tipo de dor aguda mais comumente expressa no ambiente hospitalar e por possuir uma demanda expressiva de clientes acometidos.

Embora haja uma grande preocupação com a dor e um grande avanço tecnológico com relação ao seu tratamento ainda são evidentes as dificuldades para o atendimento efetivo e integral ao cliente com dor em pós-operatório ortopédico. Ressaltando que esse cuidado é de suma importância para a plena recuperação da clientela, e manutenção da qualidade de vida.

2.1 - AVALIAÇÃO DA DOR

Segundo a IASP (2005):

“O processo de diagnóstico de dor pelo profissional da saúde tem como objetivo principal a identificação do(s) agente(s) causal(is), a origem, a intensidade e a influência de fatores psicossociais sobre a dor, visando determinar o método mais adequado para o seu tratamento”.

A sociedade Americana para a Medicina de Emergência, em sua reunião anual realizada em 2001, reconheceu a importância de se mensurar e registrar a percepção da dor, fazendo-se necessário analisar quais as conseqüência que a dor têm acarretado ao paciente e qual o grau de alívio obtido com os medicamentos ou procedimentos analgésicos utilizados.

“O grande desafio para o controle da dor se inicia justamente na sua avaliação e mensuração, já que a mesma é subjetiva e pessoal, variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais” (GUERRA e SANTANA, 2005, p.05).

A manifestação da dor, por ser um processo extremamente subjetivo, dificulta a delimitação de sua intensidade e assim, a forma de atuação e valorização desta por parte dos profissionais de saúde.

A necessidade de se conhecer e comparar a quadros dolorosos entre diferentes populações e quantificar a resposta às diferentes terapias despertou o interesse de pesquisadores em desenvolver instrumentos de avaliação de dor passíveis de comparação e que possibilitem o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa.

Os instrumentos para avaliação da dor baseiam-se basicamente no auto-relato, sendo o cliente uma autoridade sobre sua dor, visto o caráter individual e subjetivo da queixa álgica.

Em virtude do conceito de dor ter permanecido relacionado a extensão da lesão até a década de 60, os primeiros instrumentos de avaliação da dor preocupavam-se exclusivamente com a mensuração de sua intensidade, sendo elaboradas diversas escalas que contemplassem este aspecto, no entanto, poucas escalas aferem os demais aspectos envolvidos com a dor: sensitivos e afetivos.

Dentre as escalas unidimensionais destacam-se as numéricas, onde a dor é graduada de 0 a 5 ou de 0 a 10.

No entanto, a avaliação da dor além de determinar sua intensidade, deve visar aferir sua qualidade, duração e impacto na esfera psico-afetiva; tendo por finalidade auxiliar no diagnóstico e eleição da terapia a ser adotada, e quantificar a efetividade desta.

Em 1994, Melzack publicou um trabalho que enfatizou a importância das 3 dimensões da dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva avaliativa. A partir de então, foi desenvolvido o “Questionário para dor de McGill”, primeira escala multidimensional de avaliação da dor, que compreende a necessidade de escalas que mensurem as diferentes qualidades da dor.

Segundo Pimenta e Teixeira (1996, p.478) este questionário:

“é o instrumento mais utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso. Tem índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor.”

O questionário da dor de McGill é considerado um instrumento universal, capaz de padronizar a linguagem da dor; sendo o melhor e mais utilizado instrumento para caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, obtendo informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais do próprio cliente.

Este questionário é composto de 4 grupos (sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea) 20 subgrupos e 78 descritores, palavras que permitem a comunicação da dor. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude, cada descritor corresponde a um número que indica sua intensidade.

“A partir do questionário de McGill, pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde a palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea.” (PIMENTA e TEIXEIRA, 1996, p.479)

O questionário de McGill contém ainda uma escala de intensidade (0 a 5), um diagrama corporal para representação do local da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração da queixa álgica.

“O reconhecimento de que este questionário é o melhor instrumento existente para se avaliar a dor sob o prisma multidimensional, a compreensão de que sua elaboração foi calcada no referencial teórico da fisiologia da dor o que pressupõe alguma universalidade das qualidades álgicas e, finalmente, os estudos que confirmaram que indivíduos com diferentes antecedentes sócio-culturais, mas com sintomas similares, tendem a escolher as mesmas palavras para descrever sua experiência dolorosa, estimularam a adaptação do questionário para diferentes línguas” (PIMENTA e TEIXEIRA, 1996, p.479)

Desde sua criação inúmeras citações e adaptações têm sido feitas para que se dê sua adequação ao país e local onde será aplicado. No Brasil, o primeiro estudo que propõe a adaptação deste instrumento para a língua portuguesa foi o de PIMENTA e TEIXEIRA (1996), segundo Pereira e Souza, 1998.

Pimenta e Teixeira, 1996, em seu estudo buscaram traduzir e dar início ao processo de validação do MPQ, emergindo um instrumento para a avaliação da dor, adaptado para a língua portuguesa.

Neste primeiro estudo os descritores de dor foram traduzidos por um grupo de especialista e posteriormente testada sua aplicabilidade aos clientes com queixa álgica; a partir de então foram realizadas adaptações com a realidade apresentada pela clientela e pelos especialistas que resultou na formulação de um instrumento adaptado do questionário de McGill para o Brasil.

Desde então tem-se seguido com estudos que buscam aprimorar cada vez mais e assegurar a adaptação e aplicabilidade de tal instrumento, realizando-se a testagem deste com profissionais atuantes na área da saúde, entre eles, enfermeiros. Tal como tem apresentado as autoras Pereira e Souza em seus estudos publicados em 1998 e 2007.

“Traduzir e validar a tradução de instrumento do tipo McGill é tarefa delicada e demorada, pois é preciso manter correspondência com a estrutura teórica original do inventário e, ao mesmo tempo, torná-lo compreensível aos doentes.” (PIMENTA e TEIXEIRA, 1996, p.479)

2.2 - O ENFERMEIRO E A DOR

A Sociedade Brasileira para Estudo da dor (SBED) declara que a evolução da medicina leva ao tratamento da dor com um enfoque multidisciplinar ou multiprofissional, dada a sua complexidade, e diz ainda a importância deste tipo de enfoque.

“O moderno enfoque do tratamento da dor com enfoque multidisciplinar e interdisciplinar, consiste na união de diversos profissionais, como médicos de diversas especialidades, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistente social e outros, o que permite enfocar muitos aspectos que afetam o paciente que apresenta dor”. (SBED, 2005, p.09)

Chaves e Leão (2004) reconhecem a importância da equipe interdisciplinar e principalmente a atuação do Enfermeiro na busca por amenizar os efeitos da dor sobre o indivíduo.

“O tratamento da dor pós-operatória deve receber uma abordagem interdisciplinar, porém, não podemos ignorar que o Enfermeiro é o membro da equipe de saúde que passa maior parte do tempo junto ao paciente, o que define o seu papel fundamental no manejo da dor” (CHAVE e LEÃO, 2004, p.165).

Chaves e Leão (2004, p.57), apontam ainda, como deve ser realizada de forma efetiva e segura a assistência do Enfermeiro ao cliente com dor:

“O Enfermeiro deve coletar dados, identificar os problemas da Enfermagem do paciente, planejar, implementar e avaliar as intervenções de Enfermagem, propondo modificações adequadas baseadas nos resultados obtidos”.

Assim, o Enfermeiro deve ter um papel ativo na implantação de medidas necessárias para o pleno atendimento ao cliente com dor pós-operatória ortopédica. Destacando, que este profissional vive em um contexto que associa tecnologia e inovações, mas não pode deixar que o cuidar, princípio básico da profissão, seja substituído.

Segundo Waldow (1995, p.05):

“... cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Cuidado é entendido como fenômeno resultante do processo de cuidar...”.

Para que a dor seja tratada da forma adequada é de suma importância que o Enfermeiro e sua equipe valorize o sentido principal de sua profissão: prestar cuidado.

O enfermeiro trata-se do profissional que se preocupa em atender o indivíduo holisticamente e, dado o caráter subjetivo da dor, é de suma importância que o indivíduo que apresente tal queixa seja atendido buscando se combater todos os aspectos envolvidos, daí a importância de se buscar um olhar multifocal para o atendimento da dor e incluir na terapêutica a assistência de enfermagem.

“O controle da dor não depende somente do tratamento dos sintomas, mas também de se identificarem e modificarem as condições que favorecem o seu aparecimento. Essas condições referem-se, além da parte emocional, ao ambiente físico (mobiliário, iluminação, etc.), ao ambiente social (relacionamento familiar e no trabalho), à postura (como se senta, como dorme, etc.), e ao estilo de vida (atividades de lazer, prática de esportes, etc.)”. (IASP, 2005, p.09)

Desta forma, a IASP confirma a necessidade de um atendimento integral ao indivíduo com dor, que busque atendê-lo no meio físico, social, não físico, cultural e estilo de vida, de forma a obter objetividade e eficácia na terapêutica implementada bem como evitar o surgimento de uma nova queixa algica.

Quando se busca o atendimento integral e efetivo o enfermeiro desempenha papel fundamental já que representa uma figura presente nas diversas etapas deste processo e que busca de forma iminente, como discutido desde sua formação acadêmica, o cuidado holístico ao cliente assistido.

3) REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa fenomenológica, o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p.10):

“É aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.”

A eleição pela fenomenologia dá-se pelo interesse deste ter sido gerado a partir do fenômeno vivenciado por mim na prática enquanto residente e sobre o qual busco mais conhecimento através do entendimento que os profissionais enfermeiros possuem sobre o tema. “A fenomenologia se ocupa da realidade cognitiva incorporada aos processos de experiências humanas subjetivas” (WAGNER 1979, p.15)

Segundo Capalbo, 1996, p.31:

“A fenomenologia ao invés de procurar uma definição da natureza humana, ela irá descrever as situações existenciais onde nós encontraremos correlatos o “logos” e a “práxis”, onde o homem será visto como uma pessoa que se exprime e se comunica pela sua expressão.”

“A realidade desse mundo exterior não é afirmada nem negada; em vez disso, é “colocada entre parênteses” num ato de “redução fenomenológica”. Depois de eliminadas todas as suposições ontológicas, o que sobra são os processos da consciência humana e seus “objetos intencionados” (...) A redução fenomenológica revela os fenômenos da experiência interior real” (WAGNER,1979, p.08)

Na fenomenologia não existe a preocupação em explicar algo, ela emprega uma forma de reflexão que possibilita visualizar os fenômenos como eles se manifestam, e para isso lança mão da redução fenomenológica, que é a capacidade de restringir os pressupostos, crenças e atitudes, acerca do objeto de pesquisa reduzindo-o a fenômeno.

“A redução fenomenológica consiste em um afastamento prévio de tudo que possa interferir na realidade, distorcer seu sentido, sua autenticidade. É preciso deixar entre parênteses qualquer existência efetiva do mundo exterior. (...) não se trata de negar a realidade do mundo exterior mas deixar que tão somente à experiência do homem seja dada a sua autenticidade” (TERRA, et al. 2006, p. 5)

A fenomenologia afirma que a consciência é algo intencional, de forma que nenhuma ação é pensável sem referência a um ato da consciência, sendo um de seus princípios básicos a intencionalidade da consciência. “Os fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência” (CAPALBO, s.d, p.14).

Nesta ciência preocupa-se em compreender as ações através da forma com que ela é percebida pelo sujeito que a executa, permitindo com que o ser escondido se manifeste, o objeto ou ação existe para um indivíduo e este atribui significados ao objetos ou ação.

“(...) a fenomenologia passará a se constituir numa disciplina pela qual o sujeito é quem passa a ser doador de sentido, numa disciplina voltada para os problemas da constituição, isto é, os modos pelos quais meu corpo, a existência dos outros e do mundo aparecem em minha experiência.” (CAPALBO, 1996, p.52)

A enfermagem por lidar com questões existenciais dos seres humanos aos quais presta cuidado, encontra na fenomenologia uma importante contribuição para o seu pensar e agir, pois para a compreensão da realidade em que se encontra imersa no seu dia-a-dia é necessário que seja considerada a subjetividade e a sua essência, sem que seja esquecida a objetividade característica da profissão.

“(...) a fenomenologia na pesquisa em enfermagem, um saber compreensão, que não está evidente, mas está ligado aos fenômenos humanos. Um saber que leva à reflexão e provoca mudanças no agir daquele que considera como possibilidade, e na percepção do ser humano, visto como sujeito e não como objeto.” (TERRA, et.al, 2006, p.06)

O presente estudo utiliza-se, como referencial a Sociologia Compreensiva, de Alfred Schutz, a qual, ocupa-se dos meios através dos quais o indivíduo se orienta nas situações de vida, da experiência que armazenou e do conhecimento que possui. Desta

forma as interpretações das suas experiências, suas observações, definições e planos são dependentes do seu estoque de conhecimentos prévios. O indivíduo constrói sua própria visão do mundo a sua volta com auxílio de contínuo envolvimento com demais indivíduos.

Schutz reconhece dois tipos de ações, a ação individual, que é dirigida a objetos não sociais (artefatos, coisas da natureza ou idéias) e a ação social, que é dirigida para outras pessoas que são vistas como seres humanos conscientes. Em ambas a ação é unidirecional.

O sistema social é auto-suficiente, como ninguém é capaz de saber tudo os conhecimentos parciais e fragmentários de cada indivíduo são combinados, o que segundo Schutz chama-se distribuição social do conhecimento.

Neste sentido a fenomenologia defende a idéia de que dizer algo a respeito de algo é interpretá-lo. A realidade da enfermagem pode ser examinada por este tipo de estudo com a finalidade de propor mudanças, objetivando melhorar as condições de trabalho e favorecer melhor qualidade na assistência desenvolvida, tendo como principal elemento compreender o modo de vida de pessoas ou grupos na sua própria perspectiva, sendo fundamental a preocupação com o significado das ações e eventos para essas pessoas. “A compreensão dos significados e motivações dos atores sociais observados fornece a matéria-prima dos sociólogos. Estes últimos têm de construir seus conceitos com base nas tipificações usadas por esses atores nos seus negócios cotidianos”. (WAGNER, 1979, p.45)

O filósofo Husserl, um dos precursores da fenomenologia, aponta, em sua teoria, que para cada noese específica (o que vivencia) há um correlato noemático específico (o que é vivenciado), assim, há sempre um núcleo noemático em cada objeto intencional, podendo ser definido como o significado do pensamento na sua plena realização.

“(...) a análise fenomenológica mais importante pertence ao lado “noético”, tratando-se da consciência de um sujeito, que atribui significado a algo que focaliza. A partir desse movimento ocorre uma modificação que pode gerar uma atribuição de significado (experiência significativa)” (CORRÊA, 1997, p.03)

Segundo Capalbo, 1996, para que os atos, ações e atitudes sejam percebidos é necessário que sejam vivenciados, daí a importância de se interpretar o fenômeno baseando-se na consciência de quem o vivencia, justamente o que o estudo se propõe, buscar no inconsciente dos enfermeiros que atuam na questão da dor a interpretação para as ações que praticam.

Somente fatos de uma experiência ocorrida no passado, já acabada, pode ser significativa, posto que o significado é uma operação de intencionalidade visível apenas quando refletida. A fenomenologia permite o acesso a corrente da consciência em si, encarando-a como um reino próprio e de natureza única.

“(...) a fenomenologia da linguagem, pretende descobrir, além dos fenômenos conscientes e racionais, as formas inconscientes das manifestações humanas. Pretende fazer com que essas formas inconscientes sejam reencontradas e sirvam para interpretar manifestações conscientes” (CAPALBO, 1996, p. 70)

Cada indivíduo possui maior conhecimento sobre si do que sobre o outro quando estamos relacionando isso a fatos já ocorridos e refletidos pelo próprio indivíduo que o realizou, no entanto quando nos relacionamos a ações que ocorrem no tempo presente o outro pode apresentar maior conhecimento do que o próprio indivíduo que executa a ação, posto que vivencia o ato do outro no seu desempenho vívido.

Embora o presente estudo tenha surgido da minha experiência profissional, este não busca fazer a compreensão dos atos dos sujeitos através de minhas experiências, mas sim através do entendimento e significado que o próprio indivíduo atribui aos seus atos, visto que toda ação é consciente e intencional possuindo um significado próprio

para quem as realiza e estes resultam da suas vivências e experiências no mundo da vida.

“Schutz desdobra seus estudos na própria compreensão da ação humana, onde esta é entendida como uma conduta voltada para a realização de um determinado fim. Esta ação que ele considerou um duas categorias distintas como: motivos para e motivos porque, são elementos que só poderão ser interpretados a partir do momento em que o próprio ator social expresse verbalmente os seus motivos, pois somente a própria pessoa pode definir seu projeto ou o que o pretende ao desenvolver determinada ação”. (SILVA, 1996, p.27)

Ainda segundo a fenomenologia de Schultz, o pesquisador pode tirar conclusões muito mais seguras sobre o seu objeto de estudo quando possui conhecimento sobre o cenário ou plano geral a que pertence o objeto ou ação deste. Daí a relevância de estar sendo estudado um fenômeno sobre o qual anteriormente já obtive experiências.

Desta forma, para captar o significado da ação de um indivíduo e analisá-lo, é relevante o conhecimento prévio sobre o cenário que onde o indivíduo vivencia o objeto de estudo, e saber os motivos para que o levaram a agir.

O atual estudo orienta-se pela questão da dor, algo com conceituação cognitiva, o que restringe sua visão de cultura a um sistema de idéias que buscam estudar as crenças, valores e conhecimento sobre certo fenômeno, concentrando a investigação em informações dadas pelas pessoas que possuem ou fazem uso do conhecimento que abriga o fenômeno. “O fenômeno que aparece na reflexão é o objeto intencional da intenção, sobre o qual eu penso, o qual eu percebo, do qual eu tenho medo, etc” (WAGNER, 1979, p.58)

Desta forma, a pesquisa fenomenológica enquadra-se perfeitamente ao estudo proposto para discussão sobre o significado atribuído pelos enfermeiros sobre as ações que eles próprios desenvolvem, buscando desta forma contribuir para a melhoria do atendimento ao cliente com dor em pós-operatório ortopédico.

“Em síntese, a fenomenologia tem como enfoque central à compreensão do fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações, dirigindo-se para a vida cotidiana. (...) O que se busca na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições desses sujeitos (...)”. (CORREIA, 1997, p.04)

Este estudo bem como a maioria dos estudos fenomenológicos envolve os seguintes passos, segundo Terra et.al. (2006, p.04):

- Colocar entre parênteses – processo de identificação e suspensão das crenças e opiniões preconcebidas acerca do fenômeno estudado, buscando assim confrontar os dados encontrados de uma forma pura;
- Intuição – permanecer aberto aos significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o vivenciaram;
- Fase analítica – extrair declarações significativas, classificar e dar sentido aos significados essenciais do fenômeno;
- Fase descritiva – o pesquisador entende e define o fenômeno.

O trabalho de campo a ser desenvolvido neste estudo inclui tanto os referenciais teóricos nos quais busca-se fundamentação, quanto aspectos operacionais que envolvem questões conceituais.

A estratégia de investigação consiste no primeiro momento o levantamento de produções científicas sobre dor, ortopedia e cuidados de enfermagem, sendo elas: livros, artigos, monografias e documentos do SUS, além da busca de documentos na Internet. Essas fontes serão analisadas, selecionando-se as pertinentes a temática. Sendo utilizadas as seguintes bases temáticas: LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO.

Mediante o fato de que nem sempre é possível se obter descrições dos sujeitos acerca do fenômeno estudado, no segundo momento serão realizadas entrevistas com enfermeiros envolvidos diretamente no cuidado a clientes em pós-operatório de cirurgia

ortopédica, buscando desta forma uma interação entre o pesquisador e os informantes, buscando interrogá-los sobre as significações que atribuem aos seus comportamentos.

Na fenomenologia o pesquisador busca apreender aspectos do fenômeno por meio do que dizem sobre eles os sujeitos que os vivenciam, interrogando-os de modo a focar o fenômeno. Quando os sujeitos descrevem aspectos do fenômeno, eles levam em conta a sua realidade social, o pesquisador tenta então, apreender o significado da ação que é intencional e consciente.

A realização do processo de entrevistas permite ao indivíduo/enfermeiro entrevistado refletir sobre suas vivências e baseados nessas vivenciais pode então interpretar as suas ações e atribuir significados a elas, alcançando, então, a “intencionalidade da consciência”

“Na medida que vamos vivendo, vivemos em nossas experiências e, concentrados como ficamos nos objetos dessas experiências, perdemos de vista os “atos da experiência subjetiva” em si. A fim de revelar esses atos da experiência como tais, temos de modificar a atitude ingênua com a qual nos dirigimos aos objetos e temos de nos voltar para nossas próprias experiências, num ato específico de reflexão” (WAGNER, 1979, p.57)

O roteiro de entrevistas incluiu perguntas abertas direcionadas a enfermeiros, buscando trazer a questão da subjetividade, sendo testadas, primariamente, em uma entrevista piloto.

Os sujeitos que participaram das entrevistas foram 09 Enfermeiros que atuam no campo assistencial do INTO, e que autorizaram sua participação assinando o termo de consentimento. Sendo 03 da Unidade de Terapia Intensiva / UTI (atende clientes de alta complexidade), 01 da enfermaria de curta permanência (atende clientes de baixa complexidade), e 05 das enfermarias masculina e feminina subdividas por grupo cirúrgico (atende clientes de média complexidade).

O tamanho da amostra foi determinada pela qualidade dos dados obtidos, ou seja, na precisão que retratou o contexto como um todo, quando na fala dos entrevistados os “motivos para” apresentam-se repetidas vezes, conforme preconiza a abordagem utilizada neste estudo.

As entrevistas foram agendadas com cada Enfermeiro; gravadas e transcritas integralmente. Cada entrevistado foi identificado pelas iniciais de seus nomes, assegurando-lhes o anonimato.

Cada uma das entrevistas foi realizada no próprio setor de trabalho dos enfermeiros, em salas como o repouso ou copa, onde havia maior tranqüilidade para o seu desenvolvimento.

Os discursos foram transcritos na íntegra logo após serem coletados, permitindo com que a subjetividade daquele momento não se perdesse e a essência do fenômeno emergisse, tal fato facilitou o processo de reflexão e detecção dos significados da ação, com posterior convergência de dados, construção de categorias e tipificação da ação.

Ao assistir clientes com dor em pós-operatório ortopédico os enfermeiros, enquanto atores sociais que atribuem um significado particular às suas ações de acordo com o universo particular, possuindo expectativas e intenções em cada uma de suas ações, constituindo os chamados “motivos para”, que se revelam quando damos voz ao sujeito.

Após a obtenção dos discursos dos enfermeiros foi realizada a análise dos dados obtidos, segundo a metodologia de Martins (1992) que possui três momentos distintos:

- Descrição fenomenológica – composta por três elementos: a percepção, a consciência (se dirige para o mundo-vida) e o sujeito (que se vê capaz de experimentar o corpo vivido através da consciência)

- Redução fenomenológica - são selecionadas as partes da descrição que são consideradas essenciais, através da variação imaginativa. O pesquisador imagina cada parte como estando presente ou ausente na experiência, até que a descrição seja reduzida ao essencial para a existência da consciência da experiência. Esse momento supõe a abolição de toda e qualquer teoria, hipóteses, pressupostos ou crenças que se tem a respeito do fenômeno.
- Compreensão fenomenológica – ocorre em conjunto com a interpretação. Neste momento se tenta obter o significado essencial da descrição e da redução. O pesquisador assume o resultado da redução como unidades de significado, apontando também para a experiência do sujeito, para a consciência que o sujeito tem do fenômeno. Inicialmente, as unidades de significado são assumidas na linguagem do sujeito que descreve o fenômeno (discurso ingênuo), sendo posteriormente transformadas em expressões próprias de discurso que sustentam o que está sendo buscado. Finalmente é organizada uma síntese dessas unidades de significado encontradas, a partir da análise das descrições dos vários sujeitos da pesquisa, sendo buscadas, então, suas convergências, divergências e idiosincrasias.

O cenário do estudo foi o Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO) por tratar-se de um instituto de referência nacional para cirurgia ortopédica e por ser este o campo onde desenvolvi minha pesquisa anterior.

O projeto de pesquisa foi apresentado a comissão científica do referido hospital e mediante o aceite desta foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), atendendo na íntegra ao conjunto de exigências em relação ao seu desenvolvimento, segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Mediante a aceitação pelo CEP a coleta de dados foi iniciada.

Através deste estudo busco compreender o significado da ação que é voltada para o cliente com dor pós-operatória ortopédica e o papel deste enfermeiro no contexto desse tipo de assistência, tendo subsídios para a reflexão consciente sobre o vivenciado, suas ações, construindo conhecimentos na área de enfermagem ortopédica e conseqüente melhoria da compreensão das necessidades assistenciais desta clientela, o que colabora para a realização da assistência de enfermagem mais qualificada, que perceba o homem, o cliente, como um ser, vendo-o como um todo, rompendo com a visão de ser fragmentado, seguindo a ótica de fenomenologia.

"(...) A filosofia, essencialmente a fenomenologia, oferece um meio pelo qual a enfermeira pode constantemente descobrir sua consciência do mundo. A fenomenologia, então, pode oferecer um meio pelo qual as experiências vividas do mundo-vida das enfermeiras podem ser estudadas e compreendidas". (RAY, 1985, p.84)

Assim, permitindo aos enfermeiros descrever sobre seu olhar o entendimento do fenômeno do atendimento da dor pós-operatória ortopédica me aproximo da realidade da forma como ela é vista por seus atores sociais, o que permite discutir de forma mais fiel a assistência do enfermeiro implementada no atendimento ao cliente com dor pós-operatória ortopédica, e desta forma, visualizar o típico da ação destes enfermeiros que visa permitir a elaboração de estratégias mais eficientes para a terapêutica.

4) APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados através das entrevistas realizadas possibilitaram visualizar a atuação do enfermeiro ao assistir o cliente em pós-operatório ortopédico, principalmente quando este refere dor. Desta forma destaco as ações que os próprios enfermeiros apontam:

- Verificação do nível de consciência,
- Avaliação da loja cirúrgica,
- Aferição de sinais vitais,
- Verificação da presença de dor,
- Intervenção medicamentosa em casos de dor,
- Avaliação da dor através do relato do cliente,
- Avaliação do curativo cirúrgico,
- Verificação do conforto do cliente,
- Realização de medidas de conforto

Verifica-se que os enfermeiros entrevistados desenvolvem diversos cuidados aos clientes no pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas, estas ações acabam por se enquadrar em dois grandes grupos: As ações voltadas para a condição física propriamente dita e as ações voltadas para o perfil psicológico do cliente. percebe-se que os enfermeiros ampliam claramente suas ações para além das questões biomédicas, buscando assistir o cliente de forma integral, promovendo seu bem-estar tanto físico quanto psicológico.

O enfermeiro possui em sua formação uma concepção holística, individualizada e integral do indivíduo, daí a preocupação em desenvolver ações que compreendam estas vertentes.

Após a coleta dos dados com a realização das entrevistas e transcrição destas busquei separar estes conteúdos, ordenando os que pareciam comum nos vários depoimentos. Neste momento busquei destacar os motivos para que os conduziu, ou que os fizeram agir. Posteriormente identifiquei as convergências nesses motivos para executar as ações de cuidado ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico, os quais expressam os significados de suas ações, e a partir disto foram construídas as categorias do estudo.

Quando questionados durante as entrevistas acerca de suas ações para o cliente com dor pós-operatória ortopédica os enfermeiros deixam em evidência os motivos para de suas ações, que convergidos acabaram por originar as seguintes categorias: **Adequar o tratamento à necessidade do cliente, Valorizar a questão por experiência vivida e Promover o bem-estar e conforto do cliente.**

4.1 – As categorias de análise

- **Adequar o tratamento à necessidade do cliente**

Alguns depoimentos descrevem a preocupação dos enfermeiros em realizar o tratamento da dor baseando-se no relato do cliente e respeitando suas reais necessidades.

“(...) a gente vai acompanhar através da demonstração do logotipo da EVA, e diante da sinalização do paciente vamos buscar a prescrição médica né, no caso, o que há de medicamento analgésico prescrito. Se há duas opções de analgésico vou então buscar o analgésico que a princípio a gente percebe que seria o mais adequado ao

paciente e em vista disso a gente no caso, já inicia já a medicação de prescrição e, claro que no período pós-administração, a gente vai ver se aquilo foi razoavelmente bom para o paciente (...) com uma ação mais adequada para o relato do paciente através da escala” (E.A.C.)

“A gente tem aqui a escala de dor quando o paciente tá consciente a gente vai lá e pergunta a ele e lá a gente mostra a escala e pergunta qual é o tipo de dor (...) ele falando a gente chega ali e faz a classificação na escala (...) O enfermeiro tem que dar atenção ao paciente, tem que ouvir o paciente. O nosso tempo é muito curto mas a gente tem que dar prioridade a esse paciente” (P.P.)

“Faço a avaliação, a gente vê, a gente pergunta se a dor é intensa, se é uma dor pequena, sabe?” (A.L.T.)

“Primeiro quando ele refere dor a gente pergunta aonde? Né, e conforme o local tem sempre medicação” (S.C.R.F.)

Através destes trechos das entrevistas percebe-se que estes enfermeiros compreendem o próprio cliente como um ator social, envolvendo-o no processo de cuidado. Como tal, possibilitam a ele intervir no processo em suas diversas etapas, seja na avaliação da dor, terapêutica implementada ou no seu resultado/prognóstico.

- **Valorizar a questão por experiência vivida**

Durante o decorrer das entrevistas alguns enfermeiros apontaram que o tratamento da dor por muitas vezes é valorizado devido a uma experiência vivida pelo próprio enfermeiro, como demonstram os seguintes depoimentos:

“O meu primeiro objetivo, como eu não gosto de sentir dor, é que o paciente também não sinta (...)” (H.S.T.)

“(...) eu acho assim: a gente tem sempre que se colocar no momento daquele paciente, eu mesmo já senti dor por cirurgias, internação, então quando você se coloca no lugar daquele paciente aí você vai ver a situação que ele realmente está. Então eu faço sempre assim, sou muito humano.” (P.P.)

“Você sentir dor é realmente angustiante, você não sabe a quem recorrer, você tem vontade de gritar, sair correndo e pedir pelo amor de Deus pra parar, sei porque já senti dor” (S.C.R.F.)

Alguns dos enfermeiros entrevistados expressam uma maior compreensão à queixa algica, necessidade de seu pronto atendimento/tratamento, e sua complexidade devido a uma experiência anteriormente vivenciada por si mesmo, ou seja por se reportar à situação em que sentiu dor, quando reconheceu seus efeitos sobre seu próprio estado geral.

Neste sentido, estes enfermeiros demonstram importância de se colocar na situação do cliente e reconhecer como está sendo vivida a queixa e assim buscar atendê-lo de acordo com as suas necessidade reais.

- **Promover o Bem-estar e conforto do cliente**

Através da discussão e convergência dos dados obtidos quando questionados sobre o que tem em vista ao desenvolver suas ações para o cliente com dor pós-operatória ortopédica surgiu esta categoria, que se concretizou através das seguintes falas:

“(...) ter uma avaliação mais específica e uma abordagem pra fazer com que o cliente até se sinta assim, mais confortável pelo interesse da equipe como um todo né, e também porque aquela sensação de desconforto muito grande seja sanado pra ele ficar tranquilo né, porque o grande objetivo é que o paciente não sinta dor né, (...) Primeiro é o conforto que, (...) é a 1ª abordagem que o enfermeiro é... ao detectar que um paciente encontra-se em situação desconfortável por conta da dor, acho que a 1ª abordagem é uma abordagem mais de confortá-lo até porque existe uma pessoa que tá ali pra atender , que ele não tá sozinho e que vai haver uma solução para a dor dele. A 1ª abordagem no sentido de tentar fazer com que a parte psicológica do paciente seja de antemão já abordada né, com você chegando perto, conversando, repassando informações”.

(E.A.C.)

“(…) acho que é o mínimo do conforto da pessoa que vai operar é ela retornar dessa cirurgia sentindo o mínimo de dor possível. Acho que esse é meu objetivo quando tô atendendo meu cliente.” (H.S.T.)

“A gente procura primeiro com que ele fique livre da dor né, que ele fique com dor zero, no pós-operatório imediato acontece nos primeiros momentos por causa do efeito anestésico que vai passando e ele já começa a referir desconforto e a gente tenta minimizar (…)” (A.M.)

“O bem-estar do paciente né, (….) Eu vejo o que mais eu posso fazer para somar a esse paciente (…)” (P.P)

“Principalmente o alívio dos sintomas né, é o conforto do paciente, acho que é o principal, diminuir o que ele tá sentindo. Diminuindo a dor acho que dá mais conforto.” (W.C.)

“Tudo é o bem-estar, o bom andamento, se o paciente sente dor ele não vai relaxar, não vai descansar, não vai ser bom para o andamento, para a recuperação” (A.L.T.)

“Minimizar o que ele tá sentindo. Quase todo paciente em pós-operatório sente dor e é fácil identificar” (S.M.S.)

“Tranqüilizar o paciente, diminuir a dor dele e tranqüilizar no pós-operatório que deve ser terrível, porque em ortopedia ou qualquer outro tipo de cirurgia deve ser terrível.(...) Então, eu acho que é o conforto dele, tranqüilizar o paciente.” (S.C.R.F)

“Busco evitar que a dor se cronifique e que o paciente tenha um pós-operatório o menos traumatizante possível.” (A.C.F.)

Essa categoria expressa claramente a preocupação dos enfermeiros em atender o indivíduo de forma holística posto que o bem-estar e conforto citados inúmeras vezes pelos entrevistados compreendem o atendimento das necessidades da clientela, sendo elas biomédicas ou psicológicas/subjetivas, para uma melhor recuperação do cliente e otimização de seu estado no período pós-operatório.

5) ANÁLISE DO SIGNIFICADO DAS AÇÕES DOS ENFERMEIROS

Quando realizam ações voltadas para o atendimento ao cliente com queixa álgica no período pós-operatório os enfermeiros reconhecem seu papel como atores sociais posto que se identificam como profissionais atuantes nesta problemática.

Por tratarem-se de atores sociais cada um dos enfermeiros atribui um significado particular às suas ações e reações, de acordo com seus universos individuais, tendo em vista os motivos para, que possuem caráter subjetivo. A convergência destes significados da ação (motivos para) permite a construção dos motivos comuns a diferentes enfermeiros, adequados ao mundo da vida ocorre a construção do **típico da ação** dos enfermeiros que assistem aos clientes com dor pós-operatória ortopédica.

Quando prestam a assistência ao cliente com dor pós-operatória ortopédica os enfermeiros têm como típico da ação o bem-estar e conforto deste cliente tanto na sua forma biomédica quanto social.

Segundo Chaves (2004, p. 156), alguns dos objetivos de se controlar a dor são: “Minimizar ou prevenir o desconforto e os efeitos deletérios ao organismo, e facilitar o processo de recuperação”. Desta forma, ele afirma ser importante para o atendimento efetivo do cliente com dor que os enfermeiros agreguem as necessidades psicológicas e biomédicas dos clientes.

De acordo com Bernardo (2000, p.173), alguns dos requisitos para um manejo eficaz da dor por enfermeiros são os conhecimentos acerca de: Teorias e conceitos sobre dor, métodos de avaliação e mensuração da dor, manejo farmacológico e não farmacológico da dor, prevenção e manejo de complicações. Aspectos estes que confirmam as colocações de Chaves que evidenciam a necessidade de atender ao indivíduo de forma holística.

A dor produz repercussões fisiológicas e psicológicas de diversas naturezas que variam de acordo com sua intensidade e duração, Portanto, o controle da dor favorece em diversos aspectos ao cliente, inclusive fornecendo uma melhor condição de vida com uma manutenção das suas funções vitais, reafirmando sua condição e relevância na inclusão como um dos cinco sinais vitais.

Cabe ao enfermeiro o entendimento de que o cliente com dor não apresenta apenas necessidades físicas, mas por tratar-se de um indivíduo com necessidades individuais inseridas em um mundo da vida, possui necessidades assistenciais peculiares, que vão desde a questão propriamente física até não física, estabelecidas através da relação enfermeiro-cliente, que possibilita a sua identificação.

Essa relação estabelecida permite um melhor monitoramento do bem-estar do cliente no pós-operatório ortopédico e a detecção precoce da queixa álgica.

Quando os enfermeiros entrevistados assistem ao seu cliente eles se reconhecem como atores sociais, e mais do que isso, por vezes tentam se enquadrar na problemática buscando maior preocupação com uma assistência mais efetiva e valorizando a questão apontada pelo cliente, esses fatores podem ser percebidos na categoria “Valorização da questão por experiência vivida”. Ao tomar esta postura o enfermeiro aproxima-se mais de seu cliente o torna mais estreita a sua relação.

Um manejo satisfatório da dor aguda inicia-se com um relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. Quanto mais prestativa, objetiva e verdadeira for a assistência de enfermagem, maior vai ser a capacidade do paciente de diminuir o estresse e relaxar.” (DRUMMOND 2000, p. 192).

Identificou-se no típico da ação destes enfermeiros o bem-estar e conforto do cliente com dor pós-operatória ortopédica, buscando a vivência de um pós-operatório mais tranquilo e menos traumatizante. Acredita-se que um atendimento mais holístico e resolutivo reflita no bem-estar deste cliente.

Na conduta de enfermagem mediante ao cliente com dor pós-operatória ortopédica são importantes os procedimentos técnicos, mas é fundamental a habilidade de promover procedimentos relacionais, habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Segundo McCaffery e Beebe (1989) os profissionais de saúde devem acreditar que o controle da dor:

- É uma meta terapêutica;
- Contribui significativamente para o bem-estar físico e não físico do paciente;
- Deve ser um dos itens de prioridade do plano de cuidados;
- É conduzido pelo cliente, pois ele é a autoridade máxima na avaliação da sua dor e dos métodos utilizados para o seu controle.

Os enfermeiros entrevistados demonstram através da categoria “Adequar o tratamento à necessidade do cliente” que eles reconhecem o papel fundamental da participação do cliente na identificação, avaliação e tratamento da dor. Estas atitudes vão ao encontro da colocação de diversos estudiosos que classificam o indivíduo que sente a dor como um *expert* nesta questão, já que envolve componentes sensoriais subjetivos. Somente este indivíduo é capaz de determinar sobre a dor que vivencia, seu padrão, localização, intensidade e natureza, bem como o grau de alívio obtido pela terapia.

A eficácia do tratamento para o controle da dor depende de uma boa avaliação desta experiência, sua ação sobre o indivíduo, forma como está sendo percebida e do reconhecimento da individualidade dos sintomas através da capacidade do cliente em compreendê-la o do enfermeiro em codificá-la. Desta forma é possível a elaboração de um plano de ação correspondente à real necessidade.

Os procedimentos relacionais adotados por estes enfermeiros bem como a identificação do cliente como um ator social, mostram a importância do diálogo, escuta

e acolhimento, que corroboram com a promoção do bem-estar físico e mental deste cliente.

Segundo Mussi, Friedlander e Arruda, 1996, o conforto e bem-estar podem adquirir significados de estado, sentimento, ausência de efeitos indesejáveis, sendo não só um substantivo, vinculado a um resultado, mas também um verbo, onde está implícita a idéia de processo.

A multidimensionalidade destes termos expressam definições que envolvem aspectos de natureza física, social e psicológica, espiritual e ambiental, variáveis de indivíduo para indivíduo, daí a importância de reconhecer elas, inserindo o cliente como ator social nas ações a serem implementadas.

Ao realizar a ação de assistir o cliente com dor pós-operatória ortopédica reconhecendo a importância do papel do cliente, o enfermeiro ultrapassa a esfera unidirecional de cuidar para uma dimensão de relação conjunta, onde o cliente é compreendido com suas necessidades individuais alcançando a interação social; agindo de forma holística.

O enfermeiro demonstra o entendimento da assistência de enfermagem como um aspecto em que o físico e o não físico estão inseridos num mesmo fazer, oportunizando a relação social (SILVA, 1998)

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando os enfermeiros prestam assistência ao cliente com dor em pós-operatório de cirurgias ortopédicas, enquanto atores sociais que atribuem um significado particular às suas ações de acordo com um universo particular, possuem expectativas e intenções em suas ações. Possuem motivos para, que se revelam quando damos voz a eles e que permitem compreender o significado de suas ações voltadas a essa clientela, tendo subsídios para refletir de forma consciente sobre o seu mundo vivido, suas atitudes, construindo conhecimentos que colaboram para a melhoria da assistência de enfermagem em ortopedia, buscando atender às reais necessidades destes clientes.

A realização deste estudo possibilitou a identificação e análise do significado que os enfermeiros atribuem às suas ações mediante o cliente com dor pós-operatória ortopédica. Os enfermeiros acreditam prestar uma assistência de forma holística e resolutiva que reflete no bem-estar e conforto do cliente.

A dor é uma questão comum no meio hospitalar, especialmente no pós-operatório de cirurgias ortopédicas, que promove efeitos deletérios sobre o organismo sejam eles no meio físico ou não físico, daí a importância de ser combatida nestas duas vertentes. O enfermeiro atua junto aos clientes com dor pós-operatória ortopédica buscando manter ou promover a sua saúde que inclui o controle da dor.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros junto ao cliente em pós-operatório ortopédico envolvem atividades preconizadas pela legislação de seu exercício profissional, pelo sistema de saúde e ações pessoais, que são dependentes do íntimo de cada um desses profissionais, buscando suprir as necessidades físicas e não físicas dos clientes, atingindo como meta o conforto e bem-estar.

Atualmente ainda vivenciamos escassez de recursos humanos de enfermagem principalmente especializados na área de ortopedia e ainda uma valorização do cuidado

com ênfase na patologia. Daí a importância de maiores estudos, especialização e sistematização da assistência a ser prestada para que haja uma melhor avaliação da condição e necessidades dos clientes, favorecendo a continuidade da assistência e melhor direcionando-a, de forma a atender cliente com dor pós-operatória ortopédica adequada, humanizada, holística e integralmente.

Na conduta de enfermagem na prática ortopédica é portanto, importante o conhecimento técnico, sendo fundamental a capacitação dos profissionais, a visão holística do indivíduo assistido e os procedimentos relacionais.

“Os elementos que compõe o cuidar são subsídios para a sistematização das ações de enfermagem, no entendimento de que o enfermeiro assiste as necessidades de cuidados da pessoa. Desta forma, o cuidar do enfermeiro deve estar voltado para assistir as necessidades físicas, assim como as necessidades não físicas, sendo estas de igual valor para a assistência de enfermagem” (BRUM, TOCANTINS E SILVA, 2005, p.)

Através deste estudo, percebe-se que mesmo assobrecidos de tarefas a serem executadas, os enfermeiros preocupam-se em atender o indivíduo de forma holística, constatando que as ações de enfermagem devem procurar responder às expectativas e necessidades dos pacientes atingindo seu conforto e bem-estar.

O bem-estar e o conforto são condições subjetivas com significados diferentes para pessoas diferentes. Para que sejam atingidos é necessário o reconhecimento de suas definições para que assim as necessidades emergentes de cada indivíduo sejam atendidas e o objetivo final, conforto e bem-estar, seja ele na forma como se apresentar, seja alcançado.

Nesta vertente percebe-se a importância de manter uma relação com o cliente assistido, possibilitando a este ser um ator social em sua terapêutica e buscar atendê-lo de acordo com as necessidades apontadas.

Segundo Mussi, Friedlander e Arruda, 1996 na literatura de enfermagem o bem-estar é apontado como elemento comum nas definições de conforto, caracterizando

assim a concepção subjetiva do conforto que vem sendo considerado como um conceito extremamente importante, fundamental e relacionado à prática de enfermagem, como um objetivo a ser atingido pela assistência ou uma dimensão desta e, portanto, como um resultado desejado para o cuidado do cliente.

Reconhecendo a importância de se preservar ou buscar o conforto do cliente o enfermeiro deve ter sempre em mente o próprio indivíduo como ator social, o qual é capaz de identificar suas necessidades, sua compreensão de conforto e formas de alcançá-lo.

O presente estudo fornece subsídios para futuros estudos na área de ortopedia, ampliando os conhecimentos nesta área e permitindo ao profissional executor das ações, uma reflexão sobre a sua prática assistencial junto ao cliente com dor, com vistas a melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, que refletirá no conforto e bem-estar da clientela.

A partir de estudos nesta vertente, as unidades de saúde que prestam assistência a clientela com dor pós-operatória ortopédica podem fundamentar a elaboração de protocolos que permitam a detecção precoce da dor e descrição das atividades de cada categoria profissional no enfoque da dor, de forma a sistematizar melhor a assistência prestada, configurando-a de forma inter e multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNARDO, C.L.E. **Dor: o ensino do tema em cursos de graduação em enfermagem de região sudeste do Brasil.** Dissertação. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de medicina, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Controle da Dor.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia, Mar/2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução 196 de 10/10/1996: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. RH/SUS. **Política de Recursos Humanos para o SUS.** Prioridades e Diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília. 1995.
- BRAWN, L. FILHO, J.L.B. **Dor: Diagnóstico e Tratamento.** vol.01, nº 02. São Paulo: Âmbito editores, 2004.
- BRUM, A.K.R., TOCANTINS, F.R, SILVA, T.J.E.S. **O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso.** Revista Latino – Americana de Enfermagem, v.13, n.06 Ribeirão Preto: nov/dez. 2005
- CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas.** 3ª ed., Londrina: Editora UEL, 1996.
- CHAVES, E.R.L. LEÃO, L.D. (org.). **Dor 5º Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem.** Curitiba: Ed. Maio, 2004.
- CORRÊA, A.K. **Fenomenologia: Uma alternativa para pesquisa em enfermagem.** Revista Latino Americana Enfermagem, v.05, n.01, Ribeirão Preto, Jan. 1997.
- DRUMMOND, J.P. **Dor Aguda: Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- GUERRA, D.R. SANTANA, J.M. **Dor: O Quinto Sinal Vital.** In: Jornal LIDORP (Liga da dor de Ribeirão Preto). Nº 01, Outubro, 2005.
- MARTINS, J. Um enfoque fenomenológico do currículo: Educação como poíesis. In: CORRÊA, A.K. **Fenomenologia: Uma alternativa para pesquisa em enfermagem.** Revista Latino Americana Enfermagem, v.05, n.01, Ribeirão Preto, Jan. 1997.
- McCAFFERY, M. BEEBE, A. **Perspectives on pain: history, current status, and developing the nurse's role.** In: Pain: Clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby, 1989.
- MINAYO, M.C. de S. **O Desafio de Conhecimento. A Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MUSSI, F.C. FRIEDLANDER, M.R., ARRUDA, E.N. **Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva da paciente com Infarto Agudo do Miocárdio.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.4, n.3 Ribeirão Preto dez. 1996.

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F.A.E.F. **Estimação de categorias dos descritores da dor pós-operatória.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.6, n.4 Ribeirão Preto out. 1998.

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F.A.E.F. **Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: Uma breve revisão.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.6, n.3 Ribeirão Preto jul. 1998.

PIMENTA, C.A. de M.; TEIXEIRA, M.J. **Questionário de dor de McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.30, n.3, p.473-83, dez 1996.

RAY, M.A. A philosophical method to study nursing phenomena. In: CORRÊA, A.K. **Fenomenologia: Uma alternativa para pesquisa em enfermagem.** Revista Latino Americana Enfermagem, v.05, n.01, Ribeirão Preto, Jan. 1997.

SANTOS, J.D. **O enfermeiro e a dor pós-operatória ortopédica: Identificando a assistência.** Monografia (Residência) – Programa de Pós-graduação em enfermagem medico-cirúrgica nos moldes de residência da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)/ Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, T.J.E.S. **O enfermeiro e a assistência à necessidade não física do cliente: O significado do fazer.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/, Rio de Janeiro 1998.

Sociedade Brasileira para Estudo da dor (SBED). Internet: <http://www.dor.org.br> (acessado em 27/03/2006)

Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP). Internet: <http://www.dor.org.br> (acessado em 15/10/2005)

TASHIRO, M.T.O. MURAYAMA, S.P.G. **Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia.** São Paulo: Atheneu, 2001.

TEIXEIRA, J.M. **Dor.** In: Sociedade Internacional pra Estudo da Dor (IASP). Internet: <http://www.dor.org.br> (acessado em 15/10/2005)

TERRA, M.G. et.al. **Na trilha da fenomenologia:Um caminho para a pesquisa em enfermagem.** Texto e Contexto – Enfermagem, v.15, n.4, Florianópolis, out./dez. 2006.

WAGNER, H.R. **Textos escolhidos de Alfred Schultz: Fenomenologia e relações sociais.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

WALDOW, V.R. **Cuidar/Cuidado: O Domínio Unificador da Enfermagem.** In: WLADOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. (org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Arte Médicas, 1995.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1. TERMO DE ACEITAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA E
PESQUISA**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Certificamos que o projeto intitulado “**O enfermeiro e a dor em pós-operatório ortopédico: Compreendendo a assistência**”, protocolo nº **0026.0.305.000-08**, desenvolvido sob a responsabilidade de **Juliana Diniz dos Santos**, está de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido APROVADO em 23/07/2008 na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

O Pesquisador está autorizado a dar início à pesquisa em pauta, devendo atender às seguintes exigências:

- Encaminhar a este CEP, **relatório descritivo de seu andamento ao final de cada semestre;**
- **Ao término da pesquisa, apresentar cópia do trabalho concluído, conforme metodologia exigida pela instituição, impressa e em mídia.**

Rio de Janeiro, 23 de julho de 2008


Dr. Sérgio Eduardo Vianna
Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa do INTO

APÊNDICE 2 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a),

Estamos nos dirigindo ao Senhor(a) com os seguintes objetivos:

1. Apresentar e explicar a pesquisa;

Trata-se de uma pesquisa que envolve Enfermeiros que atuam com clientes em pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Tal pesquisa busca estudar como os enfermeiros compreendem as ações que desenvolve no cliente em pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

A sua colaboração se dará através de entrevista sobre sua atuação referente à questão da dor em pós-operatório ortopédico, que será realizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), pela pesquisadora responsável por esta investigação.

Ao assinar este termo de consentimento, o(a) senhor(a) consentirá que recebeu todas as informações necessárias e que esclareceu suas possíveis dúvidas.

Garantimos que não será realizado nenhum procedimento invasivo.

Os dados obtidos através da entrevista, contribuirão para estabelecer questões relacionadas à assistência do Enfermeiro a clientes com dor pós-operatória ortopédica, bem como avançar com os estudos nesta área de conhecimento, podendo ser publicadas, e/ou apresentadas posteriormente em periódicos ou palestras científicas.

2. Solicitar o seu consentimento para participar desta pesquisa que trata da problemática da assistência do Enfermeiro e a dor em pós-operatório ortopédico.

A sua participação nesta investigação é livre, tendo, portanto, a liberdade de recusar esta proposta. Caso aceite, garantimos que em qualquer momento o(a) Senhor(a) poderá interromper a sua participação e retirar o consentimento, sendo que tal decisão não acarretará nenhum problema a sua atuação nesta instituição. Será mantido o anonimato de todos(as) as(os) participantes.

Agradecemos a atenção dispensada,

Estando ciente do conteúdo deste termo de consentimento e do referido projeto de pesquisa, declaro estar de acordo em participar da pesquisa na qualidade de entrevistada e autorizo a utilização dos depoimentos que serão mantidos em anonimato, declaro, ainda, que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento.

Rio de Janeiro, de de 2008

Contato: Juliana Diniz - Rua Conde de Bonfim 1328/207 tel: 2258-1112/9812-5006

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

1. Data e local da entrevista:
2. Nome de identificação na pesquisa:
3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?
4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?
5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

APÊNDICE 4 - ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1:

6. **Data e local da entrevista:** INTO, 14/10/2008

7. **Nome de identificação na pesquisa:** E.A.C

8. **O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?**

“Quando o cliente chega no pós-operatório a nossa 1ª abordagem é falar das condições, sinais vitais, nível de consciência... Em seguida a parte da cirurgia em si, se ocorreu tudo bem, se tem algum sangramento, até o próprio paciente, ele apresentando alguma situação específica pra gente, é no momento em que a agente ta atuando ao receber na enfermaria. É mais ou menos a rotina comum a qualquer outro paciente em pós-operatório né, é claro que a gente volta também para a parte ortopédica que é o foco para o hospital de traúmato-ortopedia.”

9. **O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?**

“Quando a gente admite e recebe o paciente na nossa enfermaria aqui né, ele vem de um período de recuperação pós-anestésica e relativamente até bem prolongado, então quando ele chega aqui no nosso setor já fazendo referência ao quadro algico intolerável e tal, de 1ª a gente usa a escala EVA né, pra que ela descreva exatamente o perfil da dor dele, a intensidade, no caso, a gente vai acompanhar através da demonstração do logotipo da EVA, e diante da sinalização do paciente vamos buscar a prescrição médica né, no caso, o que há de medicamento analgésico prescrito. Se há duas opções de analgésico vou então buscar o analgésico que a princípio a gente percebe que seria o mais adequando ao paciente e em vista disso a gente no caso, já inicia já a medicação de prescrição e, claro que no período pós-administração, a gente

vai ver se aquilo foi razoavelmente bom para o paciente ou caso haja a necessidade de convocar o clínico para fazer uma re-avaliação e até mais um novo analgésico ou, como vou dizer... até convocar o grupo da dor para ter uma avaliação mais específica e uma abordagem pra fazer com que o cliente até se sinta assim, mais confortável pelo interesse da equipe como um todo né, e também porque aquela sensação de desconforto muito grande seja sanado pra ele ficar tranquilo né, porque o grande objetivo é que o paciente não sinta dor né, pelo menos é a proposta aqui do nosso hospital.”

10. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Bem , 1º é o conforto, é que é a 1ª abordagem que o enfermeiro é... ao detectar que um paciente encontra-se em situação desconfortável por conta da dor, acho que a 1ª abordagem é uma abordagem mais de confortá-lo até porque existe uma pessoa que ta ali pra atender , que ele não ta sozinho e que vai haver uma solução para a dor dele. A 1ª abordagem no sentido de tentar fazer com que a parte psicológica do paciente seja de antemão já abordada né, com você chegando perto, conversando, repassando informações, explicando que vai existir uma avaliação mais profunda do quadro de dor dele, que vai ser acrescentado, no caso, 02 analgésicos que possam fazer com que aquela dor de imediato seja diminuída a ponto dele não ficar mais desconfortável, não ter que, digamos assim, levar ao choro, ao desespero que muitas vezes o paciente fica mesmo até por certa parte ele ficar um pouco agressivo como se a gente, como se não quisesse ou não tivesse nem se importando com o grau de intensidade da dor dele, né, que às vezes até em certos plantões de antemão falam “Quem é você pra ter a noção exata da dor que eu estou sentindo?” entendeu? Então às vezes eles chegam a relatar isso; então, na 1ª abordagem trazer mais conforto e também até em demonstrar nosso interesse por ele né, pra tentar resolver aquela situação de imediato né. Na 2ª abordagem

a gente já fez com que seria a abordagem específica do grupo da dor, que até de início é até pelo clínico que vem ao setor e avalia o paciente e até modifica a prescrição dele, usa outro analgésico ou suspende no caso a dipirona e acrescenta uma medicação digamos assim, mais, com uma ação mais adequada para o relato do paciente através da escala. E até após a conversa com o paciente a gente solicita a equipe da dor pra fazer uma abordagem melhor, de antemão faz o analgésico prescrito mas se é um paciente que precisa de uma abordagem pelo grupo da dor, que venha uma enfermeira responsável para avaliar e passar a acompanhar diariamente como é que tá a evolução desse paciente; se tá regredindo, se tá surtindo efeito, ter uma avaliação melhor e até a atuação de outros profissionais como por exemplo, o anestesista.”

ENTREVISTA 2:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: H.S.T.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A primeira coisa que eu faço é avaliar a situação dele como um todo, a gente vê a situação do curativo, normalmente o paciente chega com oxímetro e tal, a gente vê como ta os sinais vitais dele, dor e tal, vê o nível de consciência do paciente e depois deixa a cargo do técnico a avaliação dos sinais vitais e tudo, basicamente é isso que a gente faz.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“A gente vai avaliar é... a prescrição, o que a gente pode fazer pra ele no caso de dor, em algumas situações a gente us até mesmo compressa gelada ou compressa morna pra controlar, é difícil aqui, mas a gente fica um pouco mais restrito à medicação. Tem protocolo na instituição e tem alguns médicos que usam e outros que não seguem o protocolo, mas pelo menos tem pra gente tentar tirar ou pelo menos amenizar a dor do paciente em pós-operatório. O protocolo tem que ta prescrito.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“O meu primeiro objetivo, como eu não gosto de sentir dor, é que o paciente também não sinta; acho que é o básico, acho que é o mínimo do conforto da pessoa que vai operar é ela retornar dessa cirurgia sentindo o mínimo de dor possível. Acho que esse é meu objetivo quando to atendendo meu cliente.”

ENTREVISTA 3:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: A.M.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A primeira coisa eu verifico os sinais vitais dele, vejo se a saturação tá boa, vejo em que condições ele voltou, se voltou com dreno, o que foi operado, se tem área doadora, se ele tá confortável porque nós já achamos algumas coisas em baixo do paciente, o paciente operou o pé e tinha alguma coisa nas costas dele, ele sentia dor nas costas e depois de muito tempo quando nós olhamos e tinha realmente um controle remoto de cama do centro cirúrgico em baixo das costas. Então a gente sempre dá uma geral, a gente olha a primeira coisa é saber se ele tá com anestésico, se ele tá sonolento, torporoso, avalia a perfusão e pulso no membro operado, acho que é uma coisa bem legal.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“A gente vai primeiro na prescrição pra ver; primeiro a gente tenta mensurar essa dor pela escala de avaliação algica, depois a gente consulta a prescrição médica para ver o que tá prescrito e começa na escala de acordo com o que tá prescrito, normalmente no pós-operatório eles passam dipirona e depois vai subindo a escala até um opióide mais forte.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“A gente procura primeiro com que ele fique livre da dor né, que ele fique com dor zero, no pós-operatório imediato acontece nos primeiros momentos por causa do efeito anestésico que vai passando e ele já começa a referir desconforto e a gente tenta

minimizar entende? Quando é uma cirurgia de membro a gente mantém ele sempre elevado e conversa com ele que é natural que ele sinta algum desconforto, acho que a dor não é natural, orienta da melhor maneira possível e faz sempre a analgesia prescrita. A gente busca dor zero que nem sempre é possível.”

ENTREVISTA 4:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: P.P.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A gente tem aqui a escala de dor quando o paciente tá consciente a gente vai lá e pergunta a ele e lá a gente mostra a escala e pergunta qual é o tipo de dor, moderada, intensa, aí ele vai explicando e tem paciente que não identifica com aquela escala então a gente geralmente pergunta a ele se tem a moderada e intensa, ele falando a gente chega ali e faz a classificação na escala.. No POI a gente vai avaliar a escala, tem a de Ransey que é a escala que a gente vai ver também o cliente com sedação, então a gente vai avaliar essa escala. Olha tudo, cirurgia, sangramento, se tem possibilidade de sangrar, tem paciente que só sangra após a cirurgia, principalmente ortopédico.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“Aqui vamos o que? Verificar se tá prescrita alguma medicação pra esse paciente, se não tem prescrito vamos atrás do clínico ou médico que fez a cirurgia, que geralmente eles tão aqui.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“O bem-estar do paciente né, porque eu acho assim: a gente tem sempre que se colocar no momento daquele paciente, eu mesmo já senti dor por cirurgias, internação, então quando você se coloca no lugar daquele paciente aí você vai ver a situação que ele realmente está. Então eu faço sempre assim, sou muito humano. O enfermeiro tem que dar atenção ao paciente, tem que ouvir o paciente. O nosso tempo é muito curto mas a gente tem que dar prioridade a esse paciente. É importante o reconhecimento. Eu aqui

no INTO tenho pouco tempo, mas todo lugar que eu passei eu vi o carinho dos pacientes, porque eu sou carinhoso, quando você dá carinho você recebe carinho. Eu vejo o que mais eu posso fazer para somar a esse paciente. O paciente com dor a gente não pode duvidar daquela dor do paciente porque tem muitos pacientes que eles são muito acostumados a tomar medicações, fazer uso de medicações, a gente ali tem que acreditar naquele dado, então a gente conversa com o médico, ele prescreve do mais fraco para o mais forte. Tem paciente que refere tanta dor que até mesmo a gente fazendo soro fisiológico ele se calma achando que é medicação, então tem paciente que sente dor realmente, principalmente paciente em pós-operatório ortopédico e tem aqueles que já ficam aqui muito tempo e a gente vê que já é psicológico mesmo.”

ENTREVISTA 5:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: W.C.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A gente se apresenta, apresenta o setor, que ele tá no CTI e que qualquer coisa que ele sinta é pra contactar a gente, preenche a folha vermelha, não sei se você já conhece, que tem os sinais vitais, nível de dor, se vem com sonda, aí a gente preenche aquela folha que é completa, é tipo uma evolução, é isso que a gente faz.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“A primeira coisa a gente consulta a prescrição, aí vê o que tem prescrito pra dor, aí a gente faz o que tá prescrito pra dor, dipirona, tramal, se não melhorar a gente comunica o médico, aí o médico ou pede pra repetir ou troca a medicação. A avaliação tem a escala da dor né, geralmente a gente pergunta como tá a dor, se a dor tá fraca, forte ou moderada; até mesmo pra poder colocar na evolução depois, se o paciente tava com dor forte, moderada....”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Principalmente o alívio dos sintomas né, é o conforto do paciente, acho que é o principal, diminuir o que ele tá sentindo. Diminuindo a dor acho que dá mais conforto.”

ENTREVISTA 6:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: A.L.T

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A gente registra a volta, vaia até o leito pra ver sinais vitais, vê se tá acordado, chama o paciente, observa o curativo, a hidratação venosa, extremidades, respiração. Se tá com dor, a gente observa, às vezes eles já vem da cirurgia com dor. Eu vejo tudo.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“A gente vai ver se já foi feito alguma coisa no centro cirúrgico, se foi feito no centro cirúrgico, dependendo do que foi feito, a gente aguarda, o tempo, a hora que foi feito né, ou senão, a gente faz de novo outra coisa, ou chama um médico, às vezes tá vomitando, também tem que chamar o médico. Faço a avaliação, a gente vê, a gente pergunta se a dor é intensa, se é uma dor pequena, sabe?”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Tudo é o bem-estar, o bom andamento, se o paciente sente dor ele não vai relaxar, não vai descansar, não vai ser bom para o andamento, para a recuperação.”

ENTREVISTA 7:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: S.M.S.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“A gente se identifica, se apresenta ao paciente, já pergunta se ele tá sentindo alguma coisa, vê estado de consciência, os sinais vitais do paciente e se ele tiver queixoso, se queixando de dor, a gente comunica o médico. Geralmente esses paciente quando não vem sedado quase sempre sente dor, mas sempre há algo prescrito pra dor, mas quando não, a gente já comunica e pede pra entrar com um tramal, dipirona, alguma coisa pra dor.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“A gente comunica o médico, identifica a dor, comunica o médico ou aciona o clínico.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Minimizar o que ele tá sentindo. Quase todo paciente em pós-operatório sente dor e é fácil identificar, muito mais fácil do que identificar a dor da criança.”

ENTREVISTA 8:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: S.C.R.F.

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“Primeiro vamos observar o estado dele, qual foi o tipo de cirurgia, o que pode acarretar ali a a gente vai fazer medidas de conforto pra ele. E o que todo CTI faz, monitoriza, faz esses cuidados básicos de CTI.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“Primeiro quando ele refere dor a gente pergunta aonde? Né, e conforme o local tem sempre medicação porque é POI, geralmente é uma medicação mais forte, um tramal, tem que ver se ele tá com CPD, que aí a gente já pede ao anestesista pra diminuir um pouquinho até a ansiedade dele, a dor que tá sentindo.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Tranqüilizar o paciente, diminuir a dor dele e tranqüilizar no pós-operatório que deve ser terrível, porque em ortopedia ou qualquer outro tipo de cirurgia deve ser terrível. Você sentir dor é realmente angustiante, você não sabe a quem recorrer, você tem vontade de gritar, sair correndo e pedir pelo amor de Deus pra parar, sei porque já senti dor. Então, eu acho que é o conforto dele, tranqüilizar o paciente.”

ENTREVISTA 9:

1. Data e local da entrevista: INTO, 14/10/2008

2. Nome de identificação na pesquisa: A.C.F..

3. O que você faz quando o cliente chega no pós-operatório?

“Quando ele vem do centro cirúrgico a equipe de enfermagem preenche um impresso pra recepção do centro-cirúrgico, aqui na enfermaria. Verifico os sinais vitais, vejo a loja cirúrgica, nível de consciência,... Também pergunto se ele tá com algum desconforto e dor, na maioria das vezes eles não tem.”

4. O que você faz quando o cliente apresenta dor no pós-operatório?

“Consulto a prescrição médica e faço a medicação depois que eu consulto o médico, muitas vezes o paciente recebe medicação no centro cirúrgico aí tem risco de superdosagem.”

5. O que você tem em vista quando desenvolve suas ações para o atendimento ao cliente com dor no pós-operatório ortopédico?

“Busco evitar que a dor se cronifique e que o paciente tenha um pós-operatório o menos traumatizante possível.”

APÊNDICE 5 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR

(Este instrumento é ilustrativo não foi utilizado com os enfermeiros)

Este instrumento trata-se de uma adaptação para a língua portuguesa do “Questionário para dor McGill”, proposto pelos autores Pimenta e Teixeira e publicado em 1996, na Revista de Enfermagem da USP (v.30, n.3, p.473-83).

Será apresentada somente a parte referente aos descritores de dor, constando ainda do questionário, uma escala de intensidade (0 a 5), um diagrama corporal para representação do local da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração da queixa álgica.

Nesta tabela apresentada o indivíduo deve escolher apenas um descritor de cada sub-grupo. Isto permitirá chegar as medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor (correspondente ao valor de cada um dos descritores)

1	5	9	13	17
1 – Vibração	1 - Beliscão	1 – Mal localizada	1 - Amedrontada	1 – Espalhada
2 – Tremor	2 – Aperto	2 – Dolorida	2 - Apavorante	2 – Irradia
3 – Pulsante	3 – Mordida	3 – Machucada	3 - Aterrorizante	3 – Penetra
4 – Latejante	4 – Cólica	4 – Doída		4 - Atravessa
5 – Como batida	5 – Esmagamento	5 - Pesada		
6 – Como pancada				

2	6	10	14	18
1 – Pontada	1 – Fisgada	1 - Sensível	1 – Castigante	1 – Aperta
2 – Choque	2 – Puxão	2 – Esticada	2 – Atormenta	2 – Adormece
3 – Tiro	3 – Em torção	3 – Esfolante	3 – Cruel	3 – Repuxa
		4 – Rachando	4 - Maldita	4 – Espreme
			5 - Mortal	5 – Rasga
3	7	11	15	19
1 – Agulhada	1 – Calor	1 – Cansativa	1 - Miserável	1 – Fria
2 – Perfurante	2 – Queima	2 – Exaustiva	2 – Enlouecedora	2 – Gelada
3 – Facada	3 – Fervente			3 – Congelante
4 – Punhalada	4 – Em brasa			
5 – Em lança				
4	8	12	16	20
1 – Fina	1 – Formigamento	1 – Enjoada	1 – Chata	1 – Aborrecida
2 – Cortante	2 – Coceira	2 - Sufocante	2 – Que incomoda	2 – Dá náusea

3 - Estraçalha	3 – Ardor		3 – Desgastante	3 – Agonizante
	4 - Ferroada		4 – Forte	4 – Pavorosa
			5 - Insuportável	5 - Torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial _____	Sensorial _____
Afetivo _____	Afetivo _____
Avaliativo _____	Avaliativo _____
Miscelânea _____	Miscelânea _____
TOTAL _____	TOTAL _____

Legenda:

Os sub-grupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa; os descritores dos sub-grupos de 11 a 15 são respostas de caráter afetivo; o sub-grupo 16 é avaliativo e os de 17 a 20 são miscelânea.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)