

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

COSME NUNES JOVIANO JÚNIOR

**CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM PARA ATENDER
INDIVÍDUOS COM DOR**

Porto Alegre

2010

COSME NUNES JOVIANO JÚNIOR

**CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM PARA ATENDER
INDIVÍDUOS COM DOR**

Trabalho de Conclusão Apresentado ao curso de enfermagem da
Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
para obtenção do título de enfermeiro.

Orientador(a): Professora Vera Catarina Portella

Porto Alegre

2010

**Dedico este trabalho aos meus pais,
irmãos e minha família que fizeram
do seu sonho o meu sonho.**

AGRADECIMENTOS

À Deus pela bondade e misericórdia que tem com a minha vida. A Ele agradeço pela família que fui incluído e a esposa que escolhi e com quem tenho um filho abençoado.

Agradeço a Ele por ter colocado pessoas tão especiais no meu caminho como a minha Professora Vera Portella, que durante quase 2 anos me acolheu como seu discípulo nas consultas de enfermagem, que irei lembrar como lembro da minha querida professora Albertina do ensino fundamental com muito carinho e admiração.

Aos meus amigos da graduação e colegas de plantões de madrugada agradeço pela compreensão, o carinho e ajuda que me deram.

**Nenhuma dor será tão insuportável ao ponto
de me fazer desistir...**

Autor desconhecido

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer o que os acadêmicos de enfermagem aprenderam sobre atendimento a indivíduos com dor . Foram analisadas 13 entrevistas feitas com acadêmicos de enfermagem que foram selecionados de forma aleatória simples e que subseqüente, aceitaram a participar do estudo. Permitiu constatar que poucas atitudes foram tomadas ao longo do tempo para oferecer uma assistência adequada aos indivíduos que sofrem por causa de algum tipo de dor.

Descritores: Enfermagem; dor; Formação

Limites: Criança, Adulto, idoso, masculino, feminino.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	07
2.OBJETIVO.....	09
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Conhecendo o processo doloroso.....	10
3.2 Formação acadêmica para atender indivíduos com dor.....	14
4. MÉTODOS E TÉCNICAS	16
4.1 Caracterização do estudo	16
4.2 Campo de estudo.....	16
4.3 População	16
4.4 Amostra	16
4.5 Coleta de Informações.....	17
4.6 Análise das Informações	17
4.7 Questões Éticas	17
5. Resultados de análise de informações coletadas.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
RECOMENDAÇÕES	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
APÊNDICE B Instrumento para coleta de Dados	41

1. INTRODUÇÃO

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tal dano, sendo a segunda causa de procura por assistência médica e corresponde a 80% das consultas dos profissionais da área de saúde e cerca de 50% a 80% dos doentes internados sentem dor (TEIXEIRA, 2006).

Quando o indivíduo encontra-se internado principalmente em Unidades de Terapias Intensivas e Unidades de Pronto Atendimento, além de sentir a dor da patologia, é submetido muitas vezes a procedimentos que provocam dor de intensidades variadas.

TEIXEIRA *et al* (2007) complementam que os indivíduos internados podem não solicitar medicação para analgesia devido o temor dos efeitos colaterais ou dependência, serem visto como queixosos e considerar que reclamar da dor pode ser sinal de fraqueza, achar que a dor irá passar, medo de prejudicar no diagnóstico ou considerar que a dor é um resultado esperado após a realização de um procedimento invasivo.

A identificação de queixas álgicas, sua avaliação e seleção de estratégia para controle e educação do paciente deve ser uma preocupação das instituições de saúde e de seus profissionais no atendimento. Dentre eles, o enfermeiro que desempenha papel fundamental, uma vez que efetivamente convive mais tempo com o cliente hospitalizado, identificando, avaliando e atuando na seleção de estratégias para alívio da dor. Entretanto parecem ocorrer lacunas no ensino sobre o tema na formação acadêmica de enfermagem oferecida pelas instituições de ensino causando prejuízos no cuidado para o alívio.

Segundo BRASIL (2001) as instituições de ensino da graduação de enfermagem devem ter como objetivos incluídos em suas disciplinas orientar, educar, sensibilizar, implementar ações afim de preparar os alunos para prestar assistência integral proporcionando qualidade de vida a criança, ao adolescente, a mulher, o idoso, o adulto, a comunidade e integrando as ações de enfermagem às ações multiprofissionais conforme estabelece a Lei das Diretrizes Básicas na Graduação de Enfermagem.

A Lei das Diretrizes Básicas na Graduação de Enfermagem visa determinar projetos políticos pedagógicos que possibilitem a construção de estruturas curriculares mais integrativas e que os seus conteúdos sejam construídos de forma organizada e articulada, porém não existe nenhuma especificação sobre a necessidade de desenvolvimento da matéria dor.

SOUZA (2002) complementa em seu estudo sobre dor como 5º sinal vital a urgência da inclusão em estruturas curriculares ou cursos com o propósito de ensinar e disseminar o

estudo dos instrumentos e/ou escalas de avaliação para descrever com uma linguagem padronizada a experiência dolorosa do paciente.

LEÃO (2007) relata que apesar dos estudos sobre a dor terem se intensificado através da inclusão da dor como quinto sinal vital, criação dos instrumentos para avaliar e mensurar a dor ainda ocorre deficiência no ensino de um grande número de profissionais da saúde que entram no mercado de trabalho após a sua formação acadêmica para atender indivíduos com dor.

RIGOTTI e FERREIRA (2008) acreditam que a educação em enfermagem parece não estar preparando enfermeiros uma vez que os tabus e preconceitos sobre a dor continuam a existir entre os profissionais, os quais são: a dor é um resultado esperado de muitos procedimentos médicos, deste modo, o alívio da dor não necessita ser priorizado; considerar que o manejo da dor não é de responsabilidade da equipe de enfermagem já que são os médicos que prescrevem as drogas analgésicas. Necessitando assim ser incentivado o conhecimento teórico e prático para sensibilizar os profissionais de enfermagem sobre a importância de avaliar, mensurar e controlar a dor que o paciente diz sentir.

Diante desses fatos parece estar evidente que existe deficiência da educação em enfermagem sobre o ensino da dor. Pode-se constatar pesquisando na internet os currículos de alguns cursos da graduação de enfermagem do Rio Grande do Sul que o tema dor não é incluído como disciplinas obrigatórias ou eletivas. Evidenciou-se que num curso a matéria dor inseriu-se na disciplina de farmacologia.

Partindo do pressuposto que parece existir uma lacuna no ensino para prestar assistência integral a indivíduos com dor, surgiu o questionamento: o que os acadêmicos de enfermagem aprenderam sobre o atendimento de pacientes com dor?

Este estudo poderá oferecer subsídios às instituições formadoras de profissionais de enfermagem e de saúde em geral e, para uma reflexão sobre o ensino da temática dor e prestação de uma assistência integral a fim de proporcionar qualidade de vida aos enfermos.

2 OBJETIVO

Conhecer o que os acadêmicos de enfermagem informam que aprenderam sobre o atendimento de enfermagem aos indivíduos com dor.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que se segue faz uma revisão geral e verifica como está a formação acadêmica de enfermagem para o atendimento de indivíduos com dor.

3.1 Conhecendo o processo doloroso.

O Comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP) conceitua a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos tais lesões” (TEIXEIRA, 2006).

A experiência sensorial da dor inicia na recepção de estímulos provenientes de qualquer parte do corpo lesionada gerando potenciais de ação que são conduzidos por fibras nervosas que propagam para medula espinhal que pode inibir ou transmiti-lo para o tálamo, que se localiza no sistema límbico no cérebro, que enviará o estímulo para o córtex somatosensor e para o giro cingulado. No córtex giro cingulado é processado a qualidade afetiva ou emocional da dor podendo assim ser definida as características da dor como a intensidade e localização que são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo, pois resulta da capacidade do próprio cérebro em suprimir a entrada de sinais de dor (GUYTON; HALL, 2002).

BERGEL (2006) acrescenta que o sinal de dor não pode ser somente definido como uma reação aos estímulos nociceptivos, uma vez que todo o processo de interpretação do estímulo ocorre no cérebro e este é influenciado pela experiência percebida de cada indivíduo em relação à dor. O cérebro também pode sofrer de disfunções na liberação de substâncias algôgenicas que iram provocar dores físicas, sem história de lesões e comprovação através de dados objetivos, de aparecimento súbito com intensidades que podem variar de acordo com alterações nos aspectos biopsicossociais.

LIMA e TRAD, 2007 relatam que o desconhecimento dos aspectos biopsicossociais influencia no atendimento de médicos recém formados que consideram o sintoma de dor sem a existência de outros sinais concomitantes dificultam na realização do diagnóstico e tratamento, pois dependem exclusivamente das informações dadas pelo paciente. Sendo assim acreditar na existência da dor é um dos elementos necessários para reconhecer o significado dela na vida do paciente e assim poder fazer alguma coisa, porém este movimento incita o médico a romper com alguns cânones da biomedicina – objetividade e o distanciamento.

A objetividade e o distanciamento no relacionamento com o paciente são o que diferencia a atuação do enfermeiro para os demais profissionais de saúde uma vez que a formação acadêmica de enfermeiros tem como base as interações interpessoais de ajuda, que caracterizam o ato de cuidar através de uma visão holística que busca compreender o ser humano nas esferas biológica, emocional, social e espiritual, visando a um cuidado integral e não fragmentado (LEÃO e OLIVEIRA, 2007).

A prática do cuidado através de uma visão holística é organizado e sistematizado através do diagnóstico de enfermagem aprovado pela North American Nursing Association (NANDA) que serve para colaborar na implantação de intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos que podem ser de dor aguda e crônica (PAULA, 2006).

Segundo GUYTON e HALL (2002) a dor aguda é transmitida através de feixes neoespinotâmico, o qual é formado por fibras mielizadas do tipo A. Estas fibras rápidas são responsáveis pela passagem dos sinais de dor aguda a partir dos nervos periféricos, possibilitando que cheguem à medula espinhal e terminam nos cornos dorsais do cérebro e tem como característica o tempo de duração de menos de seis meses, sua intensidade varia no início de dor intensa a ausente com o tempo após ser identificada e tratada.

O tratamento clínico para dor aguda é baseado na identificação do local, intensidade, início, duração e periodicidade do processo doloroso pelo paciente com a utilização de instrumento unidimensional como as escalas numéricas/verbal graduadas de 0 a 10 sendo que zero ausência de dor e dez é a pior dor imaginável e diagramas corporais para aferir o local da dor, sendo necessários para o controle e avaliação da dor (CALIL e PIMENTA, 2005).

A avaliação da dor aguda é menos complexa que a dor crônica. Uma vez que a dor crônica sofre influências dos fatores psicossociais, como depressão, consumo excessivo de álcool e história de tabagismo; sociodemográficos como idade avançada, obesidade, sexo feminino; socioeconômico como conflito conjugal, ausência da prática de atividade física, sendo assim esses fatores são predisponentes para manifestação da dor crônica (SÁ *et al*, 2009).

A dor crônica pode ter a sua origem numa patologia primária, problemas físicos ocasionados por execução de atividades repetitivas, maus hábitos alimentares, traumas físicos e psicológicos cujo sua fisiopatologia envolve mecanismos especiais que pode ser explicado pela ativação de receptores ou da via dolorosa relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares, ligamentares ou lesão e/ou pela disfunção do sistema nervoso central na liberação de substâncias algio gênicas que geram estímulos nas fibras nervosas amielinizadas que

transmitem para os neurônios do corno dorsal da medula, fazendo com que a pessoa perceba mais a dor, e tem como característica ser difusa, mal localizada e duração com mais de seis meses e sua persistência pode causar um distúrbio secundário no indivíduo quando tratado inadequadamente (SMELTZER e BARE, 2005).

YENG *et al* e PAULA (2006) relatam que o tratamento dos indivíduos com dor crônica deve contemplar as interações biológicas e psicossociais das doenças tendo como meta o controle dos sintomas, modificação do valor simbólico da dor, encorajamento para execução de atividades físicas, correção de conflitos, uso criterioso de medicamentos e a independência dos doentes quanto ao sistema de saúde e outros com o objetivo de proporcionar ao doente uma sensação de conforto e bem estar no desempenho das atividades físicas e psíquicas, de acordo com a realidade pessoais e familiares e as tradições dos ambientes em que o indivíduo está inserido. Porém para que tais objetivos sejam alcançados a enfermeira precisa ter um preparo psicológico e teórico.

O preparo teórico segundo SOUSA (2002) esta na sistematização do atendimento de indivíduos com dor que é baseado na utilização de instrumentos multidimensionais que são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. Exemplo: questionário de McGill, prontuário da percepção da dor, escala de avaliação relembrada, Inventário de Aspectos Psicológicos em Portadores de Dor Crônica relacionada ao Trabalho, Escala de Descritor Diferencial, Inventário Multidimensional de Dor, Prontuário da Percepção da dor e os instrumentos unidimensionais que são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor têm sido usados frequentemente em hospitais e/ou clínicas para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são desenhos do corpo humano para localizar a dor, as escalas de categoria numérica/verbal e a escala analógico-visual da dor.

NETO (2009) acrescenta que primeiramente o profissional de saúde na avaliação do indivíduo com dor teve estabelecer um relacionamento interpessoal de confiança, empatia, interesse no problema da dor do paciente, principalmente com os portadores de dor crônica, pois muitos chegam desencorajados, pessimistas e outros com raiva, amargos e ressentimentos como resultado de fracasso em tratamentos anteriores, necessitando que o profissional de saúde escute e identifique as informações importantes que auxiliem na orientação do problema e na compreensão do possível mecanismo fisiopatológico da dor e suas consequências no estado emocional e psicológico através de questionamentos abertos

durante a narrativa espontânea do paciente utilizando os instrumentos de mensuração e avaliação da dor para conduzir o atendimento.

CRUZ e PIMENTA (1999) complementam que os instrumentos multidimensionais e unidimensionais são importantes para descrever as características, intensidade, investigar a origem da dor, controlar, avaliar e tratar a dor que o indivíduo diz sentir de acordo com os padrões de respostas humanas para implantação de intervenções de enfermagem, que incluem coletas de dados para avaliação da dor em relação ao conhecimento, comunicação, valorar as questões espirituais, relacionamentos sociais e familiares, sentimentos, auto-conceito ou auto-percepção, avaliar níveis de dependência ou independência na execução de atividades diárias, comportamentos, alterações alimentares e fisiológicas de forma a padronizar uma linguagem para expressar essas situações clínicas dos doentes com dor e desenvolver o raciocínio diagnóstico dos alunos para atender de forma sistematizada proporcionando controle e alívio da dor.

O alívio da dor segundo CHAVE e PIMENTA (2003) podem ser proporcionado pelas técnicas não farmacológicas que possivelmente promovem relaxamento muscular, distração da atenção e sugestão, que interfere na apreciação do estímulo doloroso através de liberação de substâncias analgésicas naturais, sendo que dentre as principais técnicas conhecidas estão às terapias físicas, que consistem na aplicação de calor e frio, massagem e acupuntura.

OKADA (2006) acrescenta que o tratamento não-farmacológico para a dor crônica deve ser indicado como complementar aos procedimentos farmacológicos, ou como substituto desses com a finalidade de reduzir os riscos causados pelos efeitos adversos dos tratamentos convencionais com medicamentos para analgesia.

Os medicamentos prescritos para analgesia dividem-se em opióides, antiinflamatórios não-esteroidais (AINE) (J.TEIXEIRA, 2006).

Os medicamentos opióides agem se ligando aos receptores presentes em estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC), como Corno Posterior da Medula Central (CPME) causando analgesia a nível central e a sua administração é indicada para dor forte ou insuportável proporcionando boa ação no alívio da dor aguda e crônica oncológica e não-oncológica (PIMENTA, 1999).

Os AINE são importantes no alívio da dor crônica ou aguda, no nível de sistema nervoso periférico, com intensidade moderada ou forte através de uma gama ampla de substâncias que causam analgesia por mecanismos de inibição da substâncias algínicas, porém o seu uso contínuo no tratamento da dor causam repercussões renais, gastrointestinais, sangramentos, hepatotóxicas e outras (TOMO e RUBBO, 2007).

O uso crônico das medicações para proporcionar analgesia deve ser utilizado com cautela, pois aumentam o risco de reações adversas e danos no organismo humano e principalmente em pacientes idosos caracterizando assim a necessidade dos profissionais de saúde saberem associar as medidas farmacológicas, não farmacológicas e os instrumentos de controle para promover o cuidado integral ao indivíduo com dor (GOMES, 2006).

3.2 Formação acadêmica de enfermagem para atendimento de indivíduos com dor.

Cuidar é uma atividade específica da equipe de enfermagem que é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e a estes incumbem as funções de organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem de acordo com Decreto nº 94406 da Lei 7.486/86 (BRASIL, 1987).

PAULA (2006) faz referência ao código de ética Penal Brasileiro que diz que os pacientes em estado terminal sem possibilidade de cura, como câncer, doenças crônicas, degenerativas e outras que provocam sofrimento (dor), devem continuar recebendo cuidados para promover o conforto e o seu bem estar físico, mental e espiritual a fim de garantir qualidade sem acrescentar mais dias à vida, conferindo assim ao enfermeiro a oportunidade de exercer sua profissão com plenitude na função de cuidar, porém este profissional deve ser preparado teoricamente e psicologicamente para realizar intervenções de enfermagem que contribuam para alívio da dor.

Entretanto, LEÃO (2007) relata que poucas disciplinas do curso de enfermagem incluem o ensino sobre dor e quando abordam esse tema, às vezes, é de maneira muito superficial necessitando os alunos mais tarde buscar soluções para minimizar as lacunas de seu aprendizado sobre o fenômeno doloroso. Esse fato segundo a autora é observado com relativa frequência entre enfermeiros de distintas épocas e distintas escolas que buscam suprir essa deficiência do aprendizado através de cursos, Especialização e pós-graduação.

A Resolução Nº 260/96 do Conselho Nacional de Saúde reconhece a deficiência na formação acadêmica dos profissionais brasileiros de saúde que tem contribuído para manutenção de preconceitos, mitos, tabus que tornam precário o cuidado dispensado a um enorme contingente de pessoas que apresentam problemas com dor ou que necessitam de cuidados paliativos para minimizá-la. Resolveu, então, recomendar a formação de um grupo de trabalho para estudar a criação de Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde e a introdução no ensino nas faculdades da

área da saúde que implantando entre outros princípios básicos a educação e treinamento dos profissionais de saúde para avaliar e controlar de forma impecável a dor (BRASIL, 1996).

Entretanto SILVA e ZAGO (2001) relatam no seu estudo sobre Cuidado oncológico com pacientes com dor crônica na ótica do enfermeiro que não ocorreu a inserção no currículo de graduação de enfermeiros o ensino sobre cuidado do pacientes oncológico com dor crônica permanecendo as falhas na formação que levam os profissionais a não avaliarem a dor de forma sistemática, a subestimarem a frequência de ocorrência da dor e a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo e consideram ainda a presença da dor crônica como parte da doença e do tratamento, como um sinal normal.

SOUSA, (2002) concorda que a dor deve ser sempre avaliada no ambiente clínico, para se empreender um tratamento ou conduta terapêutica baseada na avaliação e mensuração da dor com instrumento confiável ou válido. Sendo assim as escolas médicas e de enfermagem, bem como as áreas paramédicas correlatas, deveriam urgentemente implementar em suas estruturas curriculares e disciplinas ou cursos com o propósito de ensinar e disseminar o uso dos instrumentos e ou escalas de avaliação e mensuração da dor.

SILVA E PIMENTA (2003) acrescenta que cabem as instituições prestadoras de serviços de saúde e escolas de formação de profissionais de saúde a investirem e incentivarem cada vez mais em pesquisa científica e no ensino da dor com o objetivo de aperfeiçoar medidas já realizadas, identificar e corrigir falhas, implementar soluções para suprir as deficiências encontradas na formação, qualificando assim os profissionais de saúde e alunos da graduação para promover a satisfação de doentes e famílias com doentes portadores de dor crônica ou aguda.

4. MÉTODO E TÉCNICAS

A seguir será descrita a metodologia utilizada para realização deste trabalho.

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.

De acordo com POLIT e HUNGLER (1995), este tipo de estudo descreve os fenômenos relativos a própria profissão, sendo que a investigação descritiva não se detém apenas na observação dos fatos, mas também as classifica. A pesquisa exploratória se inicia por algum fenômeno de interesse, e, então, busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual se manifesta e os demais fatores com os quais se relaciona. Trata de um estudo qualitativo, pois busca colocar o subjetivo como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais como fatores de influências na prática profissional.

4.2 Campo de estudo

O estudo se realizará na Escola de Enfermagem situada no Campus da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A Escola possui um total de 405 alunos matriculados na graduação de enfermagem.

4.3 População

A população do estudo constitui-se de 120 acadêmicos de enfermagem matriculados no sétimo, oitavo e nono semestre.

4.4 Amostra

A amostra constituiu-se por 13 acadêmicos de enfermagem.

O estudo teve como critério de inclusão acadêmicos de enfermagem que cursaram a disciplina de Cuidado ao Adulto II e estejam matriculados no curso de graduação de enfermagem e que estavam dispostos a participar do estudo e como critério de exclusão ter realizado estágio curricular no ambulatório da dor crônica. A amostra foi do tipo aleatória intencional.

4.5 Coleta de informações

A coleta das informações ocorreu após aprovação por parte da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

A coleta de informações foram realizadas através de entrevistas com questões não estruturada, pois esta permitiu que o informante discorresse sobre o tema proposto com base nas informações que possuía, com liberdade de expor seus conhecimentos e possibilitando que o entrevistador fizesse as adaptações necessárias no seu decorrer. LUDKE; ANDRÉ, (1986).

O instrumento para coleta dos dados possuía uma questão que norteadora na entrevista(APÊNDICE B). O tempo médio foi de 20 minutos.

4.5 Análise das informações

Conforme Lüdke e André (1986), as informações foram organizadas e ordenadas em categorias de acordo com a proposta de análise e interpretação dos dados da pesquisa qualitativa descrita a seguir.

Primeiramente se fez necessária a construção de um conjunto de categorias descritivas que fornecia a base inicial de conceitos a partir dos quais foi feita a primeira classificação dos dados. Após a leitura mais aprofundada do material até possibilitar a divisão do mesmo em seus elementos componentes, bem como a codificação, ou seja, uma classificação dos dados de acordo com as categorias teóricas iniciais ou segundo conceitos emergentes. Em seguida foi realizada a passagem da análise dos estudos. Se fez necessário, portanto, ir além da mera descrição, para acrescentar algo à discussão já realizada sobre o assunto focalizado, e estabelecer relações que possibilitem o surgimento de novas explicações e interpretações das informações levantadas para elucidação da pesquisa. LUDKE, ANDRÉ (1986).

4.6 Questões éticas

Foi oferecido aos informantes um termo de consentimento livre e esclarecido, onde foram convidados a participar do estudo.(APÊNDICE A). Sendo informados acerca da natureza da pesquisa, e, portanto, livres para tomar decisões quanto à participação ou não no estudo. Ao firmarem o formulário de consentimento os participantes estavam cientes do fato de que os dados por eles fornecidos, ou deles obtidos, seriam usados em um estudo científico,

e também do título do estudo, do seu propósito , do tipo de dado coletado, dos procedimentos a serem seguidos na coleta de dados de pesquisa, da maneira como foram selecionados, da natureza voluntária de participação e do direito a recusarem-se da mesma a qualquer momento sem penalidades. Tiveram ainda a garantia de que sua privacidade estava protegida em todos os momentos. POLIT, HUNGLER (1995).

5. Resultados e análise das informações coletadas

Cuidar é uma atividade específica da enfermagem baseada no conhecimento de princípios teórico científicos que têm por objetivos organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os resultados das ações de multiprofissionais e ações de enfermagem.

As ações de multiprofissionais visam oferecer um atendimento da melhor forma possível ao cliente a fim de suprir as suas necessidades físicas e emocionais que possam estar comprometidas devido a uma patologia aguda, crônica ou crônica agudizada que causam prejuízo na qualidade de vida do indivíduo e que tem como uma das principais características o sinal de dor que é o segundo maior motivo da procura por atendimento médico.

Ao iniciar o estudo tinha-se o pressuposto que os acadêmicos de enfermagem teriam déficit de conhecimento sobre a temática uma vez que não existe na formação acadêmica de enfermagem nenhuma disciplina que trate de forma integral o cuidado ao cliente com dor exceto por algumas experiências individuais em campo de estágio ou palestras.

A partir da leitura das informações obtidas pode-se delinear duas categorias que são: 1. ***Não tive nenhuma disciplina sobre dor, aprendi mais na prática;*** 2. ***A principal providência para alívio da dor é a medicação.***

Analisando os elementos da primeira categoria foi evidenciado que os informantes em sua formação não tiveram até o momento, a matéria sobre dor em nenhuma disciplina do curso de graduação que estão desenvolvendo. Considerando-se que os mesmos estão em final de curso e conhecendo a grade curricular, sabe-se que concluirão sua formação acadêmica sem tal disciplina. Entende-se que a falta de um conhecimento teórico e prático mais abrangente sobre tratamento e avaliação da dor na graduação de enfermagem pode reduzir a assistência de enfermagem a prática da medicalização.

LEÃO (2007) coloca que ensino da dor na graduação de enfermagem é visto, às vezes, de maneira muito superficial durante algumas disciplinas necessitando o aluno buscar soluções para minimizar as lacunas do conhecimento sobre atendimento ao indivíduo com dor.

Esta idéia foi passada por um informante conforme se pode evidenciar na fala:

Na graduação eu acredito que não tive nenhuma disciplina relacionada a paciente com dor.[...] fora da faculdade consegui aprender algumas coisas e também durante os estágios com os profissionais. (Informante 1).

Durante a graduação de enfermagem o estudo sobre a dor é visto de forma muito pontual nas disciplinas Fisiologia, que permitem ao acadêmico conhecimento superficial do sistema nervoso e Farmacologia que desenvolve conhecimento sobre as propriedades das medicações, embora sem associação com o fenômeno dor no indivíduo.

Os informantes com certa frequência relataram que na disciplina do quinto semestre têm uma palestra com enfermeira, convidada, que falou sobre escalas como recursos para avaliação da intensidade da dor e a escada de medicações para analgesia, mas não é contemplado o cuidado de enfermagem e, na maioria das vezes, não aplicam na prática tal conhecimento. Como se evidência ao dizerem que “lembram vagamente” de ter ouvido falar em escalas.

Não conheço. Ah! Escala da dor . A escala da dor eu conheçoo copo cheio d'água. Se a dor fosse essa água o copo cheio seria muita dor o copo com pouca água seria pouca dor ou a escala de 1 à 10 e também existe uma de cores se não me engano. Eu até conheço, mas eu nunca vi ninguém aplicando. (Informante 2).

Importante salientar que a palavra conhecer significa saber , entender; e aprender esta relacionado tomar conhecimento de , reter na memória; por exemplo: uma pessoa que sempre acompanhou a realização do curativo de um familiar ela sabe que existem materiais e

instrumentais que são usados, porém ela não retém na memória quais são as técnicas usadas durante a realização para ser feito de forma adequada e segura, porque ninguém a ensinou.

Alguns informantes relatam não lembrar da aplicação das escala da dor, não terem visto a sua aplicação na prática e entendem que conhecer a intensidade da queixa álgica referida é uma conduta para escolha do analgésico a ser administrado, porém a escala da dor foi criada para saber do cliente se a terapia analgésica empregada esta adequada a sua dor.

MORAES (2007) especifica a questão da dor no indivíduo relacionando as doenças oncológicas que não é só uma preocupação do paciente e familiares, mas também dos profissionais de saúde envolvidos no seu atendimento devido a dor ser um sinal muito presente manifestado entre 70 a 90% dos indivíduos em estágios avançados da doença. Os fatores relacionados a dor podem estar diretamente associado ao tumor e a terapêutica no qual exige do profissional de enfermagem cuidados no controle e prevenção da dor.

O atender um cliente onde a presença da dor é previsível na sua patologia exige muito mais do que só administrar analgésico pela equipe técnica de saúde. O enfermeiro deve ter conhecimentos da fisiopatologia e das consequências das terapêuticas realizadas para exercer sua função com autonomia no planejamento de cuidados de enfermagem para orientar, planejar, coordenar a equipe de saúde para identificar de forma previa sinais de dor que indicam o surgimento de lesões através da utilização de instrumentos de avaliação da dor que são aplicados de forma continua e não só quando o indivíduo refere queixa álgica.

Na formação acadêmica de enfermagem busca-se de forma ainda acanhada atender a resolução nº 260/96 que se refere ao Cuidado Paliativo em doentes sem possibilidade de cura através de um ensino individualizado proposto por professores em seminários ou desejo do próprio aluno quando em campos de estágios específicos, onde a dor é incluída no tratamento.

Eu aprendi no estágio de Cuidados Paliativos que eu fiz então tinha essa abordagem (técnica de relaxamento para alívio da dor) [...] na verdade não foram aulas, nós estudávamos por conta.(Informante 8).

Outra vivência foi relatada na disciplina do Cuidado a Mulher que aprenderam sobre a importância das terapias complementares utilizadas como prioridade no atendimento a mulher durante o trabalho de parto.

Tal evidência é duplamente importante, não só pela iniciativa de incluir na formação acadêmica como também uma mudança de postura, perseguida há muito tempo pela enfermagem que é considerar a dor da mulher no parto e não simplesmente como uma dor natural, normal e pertinente ao trabalho de parto como culturalmente era aceita pelos profissionais de saúde.

Eu posso trazer a minha experiência aprendida no centro obstétrico que são mais preconizadas que o uso de medicamentos [...] bola suíça, o cavalo, massagem, aromaterapia, musicoterapia, conversa.[...] eu utilizei no centro obstétrico [...]. Avalio essas medidas como muito eficazes.(Informante 4).

A experiência individual ensinadas nas aulas teóricas associadas ao conhecimento prático tem como objetivo favorecer um aprendizado com mudança de comportamento na assistência de enfermagem durante o trabalho de parto esperado pelos professores quando estes alunos estiverem exercendo suas atividades profissionais com autonomia em centro obstétricos, alojamento conjunto e orientações no pré-natal desmistificando a dor no parto e valorizando a participação do enfermeiro na assistência.

ERDMANN *et al* (2009) acrescenta que é preciso que os enfermeiros assumam suas funções de autonomia diante de uma sociedade que os consideravam como auxiliar do médico e do paciente, sem importância, subalterno; desconheciam que o enfermeiro tivesse conhecimentos aprofundados, a atuação era somente hospitalar, fazendo atividades "mais sujas" e árduas.

Essas distorções da figura do enfermeiro no passado parecem continuar perfazendo a sociedade atual que desvaloriza a importância do profissional através da baixa remuneração e a imagem que continua a ser subordinada a outros profissionais, especialmente à medicina.

Atualmente os acadêmicos de enfermagem reconhecem que o enfermeiro pode ser um especialista em diversos campos, coordenador e líder da equipe de saúde, pode realizar consultas de enfermagem de forma independente, porém parece que a sociedade ainda tem uma visão errada da função do enfermeiro que pode ser uma das causas da diminuição da concorrência candidato/vaga nas Universidades públicas pelo curso de enfermagem nos últimos anos no Brasil tendo um decréscimo de quase 50% em alguns Estados comparando entre o ano de 2010 e 2011.

A não contemplação dos objetivos propostos pela Lei de Diretrizes Básicas na Graduação de Enfermagem prejudica na formação de profissionais autônomos uma vez que não existe um aprendizado focalizado no objeto do seu estudo, que é o cuidado ao indivíduo, sendo assim o conhecimento teórico e prático é dissociado durante as disciplinas que não inclui os cuidados de enfermagem gerando uma dependência de outros profissionais da saúde para conseguir prestar a assistência.

Em relação ao aprendizado deficiente sobre os métodos de avaliar a dor parece ser uma das consequências da não participação ativa do acadêmico de enfermagem no tratamento e alívio da dor uma vez que não consegue associar o conhecimento teórico a prática na aplicação das terapias complementares. Por exemplo: as técnicas de alívio da dor no parto não são reconhecidas como formas de alívio a dor em outras situações clínicas.

SOUSA(2002); CLARO (2007) a questão do profissional desconhecer os métodos para avaliar a dor prejudicam no tratamento e na terapêutica analgésica no cuidado ao indivíduo e concordam que o ensino sobre a dor precisa ser urgentemente incluídos no currículo da

graduação da enfermagem, pois o enfermeiro é o profissional que convive a maior parte do tempo próximo do enfermo.

Os informantes reconhecem que existe lacunas no processo de ensino sobre a dor por motivo de não ter: uma disciplina; uma carga horária suficiente; um ensino mais específico sobre o atendimento e falta de oportunidade de vivenciar na prática o atendimento aos indivíduos com dor.

Dentro da graduação é um pouco falho porque nem todos passam nos cuidados paliativos e então nem todos aprendem da mesma forma, assim também no ambulatório da consultas de enfermagem tem um departamento que cuida da dor crônica, mas também nem todos passam por esse departamento então acho que nem todos tem a mesma oportunidade de aprender. (Informante 8).

Percebeu-se ao analisar as falas que os alunos consideram que o ensino da dor na graduação é associado a vivência prática em alguns campos de estágios , onde o sinal de dor é incluído no tratamento, devido os indivíduos terem se submetido a procedimento cirúrgico ou a própria fisiopatologia da doença e que, de modo geral, valorizam como importante na formação a oportunidade de fundamentar o conhecimento teórico com a prática no atendimento podendo assim exercer o cuidado de enfermagem nos seus níveis de dependência, interdependência e autonomia de um profissional liberal.

Na segunda categoria: a principal providência para alívio da dor é a medicação. O uso das medicações analgésicas são importantes no alívio da dor aguda, crônica agudizada, crônica oncológica devido a sua ação no sistema nervoso central e/ou periférico inibindo a liberação das substâncias algio gênicas que mantém o estímulo doloroso e após a sua administração deve ser realizado o monitoramento e avaliação da dor. PIMENTA (1999); GOMES (2006); TOMO e RUBBO(2007).

Percebeu-se que nove informantes após identificarem o cliente com dor realizam como primeira medida ver a prescrição médica de analgésicos e administrá-lo. Como se evidencia nas falas analisadas.

Que eu aprendi numa Unidade é administrar a medicação que tenha se necessário para dor, quando não tem nada prescrito chama o médico para avaliar e fazer a prescrição analgésica.(Informante 2).

Em primeiro lugar é olhar na prescrição médica os analgésicos prescritos e depois medicar o paciente.(Informante 4).

CALLIL e PIMENTA (2005) colocam que na formação do enfermeiro, é dada ênfase para a humanização e o processo de interação e inter-relação pessoais. Além disso, cabe ao profissional de enfermagem, na rotina hospitalar, maior proximidade com o paciente. Esses fatores parecem contribuir para que o enfermeiro "ouça" mais o paciente e atue de modo mais compartilhado para intervir no alívio da dor aguda através de medicamentos analgésicos.

Apesar de estar explícita a idéia de que a medicação é o primeiro passo para o tratamento da dor, percebe-se existir desconfiança em acreditar na dor que não alivia ou crenças inadequadas sobre dependência física ou psicológica.

Em qualquer Unidade tem paciente "meio psiquiátrico", tem problemas mentais, entendeu, é difícil de se lidar, porque é problemas mentais não diagnosticados, mas é "meio bipolar". Ai você corre o risco do paciente reclamar toda vez que tem dor e você dá medicação (Informante 2)

[...] se a pessoa insisti que ah tá doendo muito, tá doendo muito. Então tem que ir pelo que a pessoa esta dizendo, infelizmente, de repente não é tanto quando para outra pessoa seria , mas eu acho que tem ir pelo que a pessoa esta dizendo.(Informante 10).

PIMENTA e TEIXEIRA (1996) coloca que a identificação da queixa algica é um dos itens da avaliação da dor realizada pelo profissional de saúde que incluem também na avaliação caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios, aferir as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo,

identificar fatores que possam contribuir para manter ou exacerbar a queixa, selecionar as alternativas de tratamento e verificar a eficácia das terapêuticas instituídas.

Sendo assim somente identificar indivíduos com dor e medicar para analgesia não quer dizer que realmente a sua dor ou a sua patologia esta sendo tratada e avaliada de forma adequada.

Na avaliação e tratamento da dor o enfermeiro precisa saber ouvir o cliente a fim de coletar dados para avaliar a dor, identificando questões culturais, como a crença que a dor é um processo natural após um procedimento invasivo; físicas como mal posicionamento na cama, fadiga muscular e emocionais como ansiedade, medo do desconhecido, descobrir o tipo, local, intensidade, início, duração, evolução, fatores agravantes e concomitantes e tratamentos realizados para promover o cuidado de enfermagem e colaborar na terapêutica necessária para alívio da dor. NETO (2009).

Percebe-se pela fala de quatro informantes que aprenderam avaliar algumas dessas características de forma isolada.

Você pode avaliar se tem alguma coisa na cama, o paciente que não se movimentar pode estar deitado encima da sonda, equipo ou alguma coisa que esta lacerando a pele. (Informante 2).

Na minha avaliação eu percebo que é uma dor de solidão é uma dor que o paciente senti falta da família, do filho, de uma companhia ,você percebe que após a conversa ele já refere uma certa melhora muitas vezes não precisa medicar o paciente. (Informante 6).

Onze dos informantes disseram identificar os indivíduos com dor através da fisionomia , expressão corporal e expressão verbal e compreenderem que é necessário acreditar na queixa de dor relatada pelo individuo mesmo que considerem que a intensidade da dor informada não esteja compatível com o que eles acham que deveria ser.

Concordando com os conceitos dos autores Mccaffery e Passero (1999) que afirmam que dor “é aquilo que o paciente diz que é , existindo onde ele diz que existe” ,

KAZANOWSKI e LACETTI (2005) relatam que a dor é sinal subjetivo e que cada pessoa responde de uma forma ao estímulo doloroso.

Acreditar na existência da dor referida pelo cliente é de suma importância para a avaliação, tratamento e controle da dor, pois fortalecer o vínculo de confiança, empatia, e o interesse de ajudar por parte do profissional de saúde.

[...] o mais difícil é aceitar pra dentro de nós que a queixa de dor do paciente é real.[...]. Saber que realmente este paciente esta com dor por mais que você saiba que o procedimento que ele fez não demande a dor que ele esta referindo, aceitar que essa dor é subjetiva e é dele, e que é o que paciente esta dizendo que a dor é. Isso é o mais complicado.(Informante 6) .

SECOLI *et al* (2009) acrescentam que o controle da dor esta diretamente ligada a qualidade e segurança do serviço da equipe de enfermagem que é responsável pelo monitoramento dos pacientes em tempo integral participando de forma direta na seleção criteriosa do analgésico, administração correta, avaliando os efeitos adversos e o controle da dor através de métodos confiáveis como as escalas de dor.

Porém, surpreendeu que a maioria dos informantes conheciam mais não aplicavam as escalas de dor, ou só utilizaram uma vez ou não lembram de terem aplicado durante os estágios demonstrando que o ensino teórico não esta associado a prática em alguns campo de estágio que é comprovado pela não utilização de um instrumento tão importante na avaliação e tratamento da dor.

Na faculdade aprendi as escalas de dor e na prática a gente não aplicava aquelas escalas.(Informante 5).

Tem a escalinha da dor que a gente recebeu no estágio do semestre passado, mas isso eu não tenho utilizado.
(Informante 3).

Teixeira e J. Teixeira (2006) colocam que a terapêutica analgésica é prescrita pelo médico conforme a escala crescente de potência analgésica e a equipe de saúde deve estar preparada para intervir e prevenir no surgimento da queixa algica utilizando o conhecimento de anatomia , fisiologia, aspectos psicológicos da dor e terapêuticos e utilizando um método

de escolha da droga analgésica conforme sua potência a fim de reduzir o sofrimento, risco para reações adversas.

Alguns informantes relatam conhecer métodos farmacológicos onde ocorre a escolha do analgésico é feita baseada no potencial crescente do analgésico de forma diretamente proporcional à intensidade da dor a fim de determinar a prioridade no uso.

A gente aprendeu que existe uma escala de dor que o paciente dá uma nota de 1 à 10 , onde 1-3 é dor leve, 4-6 dor moderada, 7-9 dor intensa e 10 a dor mais insuportável que já sentiu na vida e baseando-se na subjetividade da nota que cada cliente dá pra sua dor a gente determina qual será o analgésico que poderá ser administrado[...]. (Informante 6).

No tratamento da dor o enfermeiro exerce a função de dependente de outro profissional cumprindo uma prescrição analgésica, e interdependente desenvolvendo uma ação multiprofissional para alcançar um objetivo em comum que é a melhora da queixa algica do cliente e autonomia planejando, intervindo e orientando durante o processo de avaliação da dor e prevenindo o surgimento de complicações seja por patologias já existentes; história de reações alérgicas; efeitos colaterais tardios como constipação intestinal; risco para depressão respiratória; esclarecendo dúvidas ao cliente garantindo uma maior segurança e um controle eficaz da dor.

Na experiência vivenciada nas consultas de enfermagem com clientes com dor crônica é colocado como princípio básico acreditar na dor referida pelo cliente; fortalecer vínculo de confiança; compreender a história de vida e os componentes emocionais e físicos que intensificavam ou aliviam a dor e complementando a terapêutica analgésica abordando fatores espirituais, terapias complementares como atividade física; aplicação de calor local na dor músculo esquelética; aplicação de gelo em processo inflamatório de articulações e massagens.

OKADA (2006) coloca que o tratamento com as terapias complementares deve ser indicado no tratamento da dor crônica uma vez que podem substituir ou diminuir o uso de medicamentos para analgesia.

Onze informantes da amostra acreditam de alguma forma que a aplicação de terapias complementares tem ação no controle da dor e dependendo da intensidade da dor pode ser associada ou/não com uso de medicação nos casos em que a dor é leve ou insuportável e somente dois comentaram ter ouvido falar ou desconhecem tais condutas.

As terapias mais conhecidas pelos acadêmicos é a estimulação cutânea que é realizada através da aplicação de massagem, calor ou frio.

SILVA e LEÃO (2007) a ação do calor local produz analgesia devido a vasodilação dos vasos sanguíneos que aumenta o fluxo sanguíneo removendo as substâncias algogênicas e estimulando a reparação tecidual e provocando um relaxamento muscular, já o frio é indicado para tratamento da dor músculo esquelética, de origem traumática ou inflamatória que gera vasoconstrição causando miorelaxamento e analgesia devido provocar a redução da velocidade da condução do estímulo doloroso pelos nervos periféricos. A aplicação do calor e o frio também podem ser feito de maneiras alternadas quando se objetiva analgesia.

Apesar de conhecerem sobre a aplicação de tais medidas os informantes desconheciam ou não lembravam qual é a ação ou quando seria indicado a aplicação do calor ou frio local.

Na verdade isso a gente faz conforme a rotina da Unidade do lugar que estou fazendo estágio. Na teoria eu não saberia dizer em que caso usaria bolsa de água quente em tais casos ou bolsa de água fria em tais casos.
(Informante7)

DAVIM, TORRES e DANTAS(2009), colocam que as terapias complementares ou medidas para alívio da dor no parto tem como objetivo reduzir a intensidade da dor devido a

falta de suporte emocional, uso de medicamentos que estimulam a dilatação uterina sendo assim esses fatores intensificam a dor e pouco ou nada tem se feito para alívio da dor.

Surpreendeu-me sobre o efeito das terapias complementares no alívio da dor no parto uma vez que também considerava a dor no parto como um processo natural devido a liberação da citocinas que fazem a contrações serem mais fortes. Entretanto os acadêmicos que vivenciaram a prática da aplicação das terapias complementares relataram ser eficazes durante o trabalho de parto para alívio da dor através de ações onde poderiam orientar a parturiente sobre a aplicação de massagem com a bola suíça, massagem lombossacral, banho quente, musicoterapia, valorizam a presença de um familiar ou parente antes e após o trabalho de parto para tranquilizar a parturiente.

Eu posso trazer a minha experiência aprendida no centro obstétrico que são mais preconizadas que o uso de medicamentos [...] A bola suíça, o cavalo, massagem, aromaterapia, musicoterapia, conversa.[...] Avalio essas medidas como muito eficazes.(Informante 4).

Um informante que relatou estar aprendendo sobre terapias complementares num centro cultural e colocou uma observação muito importante para ser refletida pelas instituições de saúde, ensino e profissionais em relação sobre o cuidado de enfermagem que prestam e o porquê prestam assim uma vez que sabem que as terapias complementares têm sua ação fisiológica no alívio da dor.

No hospital parece existir uma rigidez, uma hierarquia, não tem espaço para as terapias complementares. Você quer fazer algo que tenha mais efetividade, mas não pode.(Informante 5).

O conhecimento dos enfermeiros para atender a queixa algica continua baseado no ponto de vista linear , ou seja, obedecer uma prescrição medicamentosa ao sinal de queixa algica.

Apesar de compreenderem sobre a subjetividade da dor , conhecer um ou mais métodos para mensurar a dor e saber que é utilizado no processo de cuidar do individuo com dor não conseguem associar esse conhecimento teórico com a importância da sua aplicação na prática diante da complexidade do fenômeno doloroso no indivíduo e a sua prevalência nas instituições de saúde e na população brasileira em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um fenômeno que atinge uma grande parte da população mundial podendo ser a causa primária ou secundária de um prejuízo à saúde da criança, do adulto jovem, gestante, idosos decorrentes de agentes físicos, químicos e biológicos.

Sendo assim justificável conhecer a situação do ensino sobre dor na graduação uma vez o enfermeiro quando preparado pode intervir com medidas para aliviar, tratar, amenizar e participar na terapêutica analgésica.

As instituições de ensino de enfermagem que buscam a excelência na qualidade através de um ensino baseado no cuidado integral com uma visão holística devem preparar os futuros profissionais de enfermagem liberais para exercer suas atividades com autonomia valorizando a execução de práticas no cuidado ao indivíduo com dor através de medidas que promovam o seu conforto e segurança.

O objetivo de aprimorar a qualidade do ensino da dor é oferecer um aprendizado teórico e prático para atender especificamente indivíduos portadores de dor crônica, dor aguda, dor oncológica.

RECOMENDAÇÕES

Ao término deste estudo pode-se perceber que ocorre falhas no ensino e já ocorre uma visível mobilização para tentar solucionar tal problema existente não só na formação do enfermeiro como também dos demais profissionais de saúde através de projetos pedagógicos de ensino incluindo uma disciplina eletiva sobre Atendimento de Enfermagem ao Indivíduo com dor com vivências práticas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, DF: Imprensa Oficial. 2001.

BRASIL, **Conselho federal de enfermagem**. Decreto nº 94406 – Regulamentação da Lei Nº 7498/86. Brasília, DF. 1987.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução CNS 196/96**, 1996.

BERGEL, Rubens Hirsel; Aspectos psicológicos da dor. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006.562 p.p. 147 p.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, 2005.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 1999.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009 .

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: Definições e Classificação 2007-2008, North Americanan Nursing Diagnosis Association , Tradução Regina Machado Garez, Porto Alegre, Artemed, 2008.

GOMES, João Carlos Pereira, Dor no idoso. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p. 429-430 p.p.

GUYTON, Arthur C.; HAAL, Jonh E. **Tratado de Fisiologia Médica**, 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

J. TEIXEIRA, Willian Gemio; Base do Tratamento Farmacológico da Dor. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p. 65 p.

LEÃO, Eliseth Ribeiro e Oliveira, Márcia Aparecida de, Relacionamento enfermeiro-paciente : do cuidar do corpo ao cuidar do ser. In. : Leão, Eliseth Ribeiro e Chaves, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2.ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Martinari, 2007. 638 p.p. 122-123 p.p.

_____. Ensino e Pesquisa de enfermagem em dor. In: Leão, Eliseth Ribeiro e Chaves, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2 .ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Martinari, 2007. 638 p.p. 608-609 p.p.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al . A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4. 2009.

LIMA, Mônica Angelim Gomes de; TRAD, Leny A. Bomfim. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2007.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: Abordagem Qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986. 99 p.

MCAFFERY, Margo; PASSERO, Chris. Pain: Clinal Manual.2.ed.St. Louis: Mosby, 1999. 795 p.

OKADA, Massako *et al.* Terapias Alternativas em Dor. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p. 195-197 p.p.

PAULA, Claudia Valéria; Atuação da Enfermagem em Doentes com Dor. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p, 221-222 p.p.

_____. Atuação da Enfermagem em Cuidados Paliativos. In: Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p 27p.

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 2, 2006.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, 1996 .

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas ,1995. P.391.

RIGOTTI, Marcelo A. e FERREIRA, Adriano M.. Intervenções de Enfermagem ao paciente com dor. **Arquivo de Ciências de Saúde**, v.12, n. 50-54. São Paulo, 2005.

SÁ, Katia *et al.* Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009.

SECOLI, Silvia Regina et al . Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, 2009.

SILVA, Maria Júlia Paes da; LEÃO, Eliseth Ribeiro, Práticas Complementares no Alívio da Dor. In. : Leão, Eliseth Ribeiro e Chaves, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2.ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Martinari, 2007. 565-566 p.p.

SILVA, Yara Boaventura da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo v. 37, n. 2, 2003.

SILVA, Lili Marlene Hofstätter da; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n 4, 2001.

SMELTZER, Suzanne C. E BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed., v.1, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. 679 p.p. 232-238 p.p.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen *et al.* Epidemiologia Clínica da Dor. In. TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. In: **Dor: Manual para o clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p.1 e 3 p.p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p. 113 -114 p.p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Fisiologia da Dor Aguda e Crônica. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p., 9 p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen *et al.* Abordagem Multi e Interdisciplinar de Pacientes com dor crônica. In: Leão, Eliseth Ribeiro e Chaves, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal Vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2.ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Martinari, 2007. 562 p.p. 59 – 60 p.p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; J. Teixeira, Willian Gemio Jacobsen. Princípios Gerais da Terapêutica da Dor aguda e Crônica. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 60-61 p.p.

TOMO, Tathiana Thiemi e RUBLO, Arlete Bernades; Tratamento Farmacológico da Dor. In : Teixeira, Manoel Jacobsen. **Dor: Manual para o Clínico**, Atheneu, São Paulo, 2006. 562 p.p., 494 – 497 p.

YENG, Lin Tchia *et al.* Medicina Física e Reabilitação em Doentes com Dor Crônica. In: TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dor**: Manual para o clínico, Atheneu, São Paulo, 2006.113p.

KAZANOWSKI, Mary K.; Margaret, S. Dor: Fundamentos , Abordagem Clínica, Tratamento . Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A, 2005. 256 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: Formação dos Acadêmicos de Enfermagem para Atender Indivíduo com Dor

Convidamos vossa senhoria a participar do presente estudo sob o título: Conhecimento de Acadêmicos de Enfermagem para Atender Indivíduos com Dor, proposto pelo acadêmico de enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Cosme Nunes Joviano Júnior, o qual esta sendo desenvolvido com a finalidade de conhecer o que os acadêmicos de enfermagem aprenderam sobre atendimento a indivíduos com dor. Deste modo, desejamos que sejam obtidos dados que permitirão que as instituições de ensino reflitam sobre o preparo dos futuros profissionais para atender indivíduos com dor.

A motivação para essa pesquisa partiu de experiência de estágios no atendimento clientes com dor crônica e do conhecimento epidemiológico da prevalência de pessoas que sentem dor crônica ou crônica oncológica. Sendo assim uma área a ser descoberta pelos profissionais de enfermagem.

Para a coleta dos dados será realizada uma entrevista não estruturada com o informante da pesquisa. O tempo médio será de 25 minutos. A entrevista será gravada em CD e ficaram guardadas sob responsabilidade do pesquisador responsável por 5 anos.

Pelo presente Consentimento Livre e esclarecido, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e da forma de elaboração nesta pesquisa.

Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa, de liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo no meu desempenho acadêmico e da segurança de que não serei identificado.

O pesquisador responsável por este estudo é Cosme Nunes Joviano Júnior (fone 0xx51 34760739, E-MAIL: cosmejoviano@ibest.com.br, estando sob orientação da professora Enf^o

Vera Portella (Fone 0xx51 3336-3523) e-mail: vera@enf.ufrgs.br)

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado _____

Assinatura do Entrevistado _____

.....
Cosme Nunes Joviano Júnior – Acadêmico de enfermagem da UFRGS

Fone de contato: 34760739

.....
Prof. Orientadora Responsável Vera C. Portella fone : 3336-3523

APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados

**Projeto de pesquisa: Formação dos Acadêmicos de Enfermagem para Atender
Indivíduo com Dor**

1) O que você aprendeu sobre cuidado ao paciente com dor?

.....
.....
.....