

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TÁBATA DE CAVATÁ

**IMPACTO DA CAPACITAÇÃO EM AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DOR
NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM**

Porto Alegre

2010

TÁBATA DE CAVATÁ

**IMPACTO DA CAPACITAÇÃO EM AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DOR
NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizeth Paz da Silva Heldt

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus por me conceder saúde e oportunidades necessárias para que eu conseguisse chegar até aqui. Agradeço aos meus pais, Oscar e Teresinha, por serem essas pessoas especiais que sempre me apoiaram e por todo o esforço que fazem para tornar possível este momento de alegria. Agradeço ao meu irmão Thales e ao meu namorado Júnior por toda paciência que tiveram comigo neste último ano.

Agradeço em especial à professora Elizeth Heldt, pela compreensão e auxílio na realização deste trabalho.

Meu eterno agradecimento à enfermeira Simone Pasin, pela disponibilidade e ensinamentos sobre a Dor.

Enfim, agradeço a todos que se mantiveram ao meu lado durante este tempo da graduação, muito obrigada!

RESUMO

Apesar das evidências da presença da dor em pacientes internados em hospital geral, frequentemente ela é subidentificada e inadequadamente tratada. Um dos fatores que influenciam na avaliação inadequada da dor está relacionado à formação dos profissionais da saúde. Considerando a proximidade e o tempo que a equipe de enfermagem permanece com os pacientes, é necessário promover educação permanente direcionada a estes profissionais para que de fato ocorra a avaliação sistematizada da dor. Os objetivos do presente estudo foram de avaliar o impacto da estratégia educativa sobre a avaliação sistematizada da dor a partir dos registros da equipe de enfermagem em prontuários dos pacientes de duas unidades de internação para adultos em hospital geral. Adicionalmente também foi verificado o grau de satisfação com a estratégia de capacitação pelos profissionais.

Trata-se de um quase-experimento, no qual foram comparados os registros de dor em prontuário antes e depois da implementação da estratégia educativa. A equipe de enfermagem da unidade de internação clínica e cirúrgica é composta por 86 profissionais que foram convidados a participarem da capacitação “Atenção à Pessoa com Dor”. Ao final da capacitação, os participantes preencheram um questionário para avaliação de capacitações da instituição, com conceitos que variam entre ótimo a ruim.

Em torno de 91% dos membros da equipe participaram dos dois módulos da capacitação (n=78), sendo realizado um total de 424 observações sobre registros de dor nos prontuários de 188 pacientes. Após a capacitação foi verificado um aumento significativo nos registros de dor como 5º sinal vital pelo enfermeiro na admissão hospitalar e dos técnicos e auxiliares de enfermagem no formulário de registro dos sinais vitais ($p < 0,05$), uniformemente nos turnos de trabalho. Entre os profissionais que participaram da capacitação, 96% preencheram o questionário (n=75) de avaliação geral do curso. A maioria (81%) avaliou a capacitação como ótima (n=61).

Os achados mostraram que, além do grau de satisfação referida pela equipe de enfermagem, observou-se uma modificação significativa da avaliação sistematizada da dor verificada através dos registros nos prontuários. Portanto, sugere-se manter a estratégia educativa para capacitar as equipes de enfermagem e avaliar o impacto da capacitação em longo prazo.

Descritores: Educação Permanente, Equipe de Enfermagem, Dor, Avaliação sistematizada.

LISTA DE SIGLAS

COMPESQ Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem da UFRGS

GPPG Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IASP Associação Internacional para Estudos da Dor

OMS Organização Mundial de Saúde

PCR Parada cardiorrespiratória

SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*

SV Sinais vitais

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Comparação antes e depois da intervenção educativa em relação às características demográficas, unidade de internação e total de observações dos registros por turno de trabalho da equipe de enfermagem	24
TABELA 2 Registro de dor como 5º sinal vital pela equipe de enfermagem e de acordo com os três turnos avaliados	25
TABELA 3 Registro de dor como 5º sinal vital antes e após a intervenção educativa, na admissão do paciente pelo enfermeiro	26
TABELA 4 Reavaliação da dor após terapia analgésica em número de vezes e a média de tempo	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Dor	11
3.2 Avaliação sistematizada a pessoa com dor	14
3.3 Educação permanente	16
4 MÉTODOS	20
4.1 Amostra e coleta dos dados	20
4.2 Intervenção educativa	21
4.3 Avaliação do grau de satisfação	22
4.4 Análise dos dados	23
4.5 Aspectos éticos	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE - Instrumento de coleta	35
ANEXO A Instrumento de Avaliação de capacitações do HCPA	36
ANEXO B Carta de Aprovação - GPPG/HCPA	37
ANEXO C Carta de Aprovação - COMPESQ	38

1 INTRODUÇÃO

A expressão “dor como 5º sinal vital” refere-se à realização sistematizada do cuidado, podendo ocorrer no momento da avaliação dos sinais vitais e após as intervenções analgésicas, sendo possível observar a evolução do quadro sintomático do paciente.

Portanto, somente com a avaliação e a reavaliação frequente e regular da intensidade e do comportamento doloroso pode-se obter tomadas de decisões efetivas relacionadas ao manejo analgésico pela equipe de enfermagem (BUCKNALL et al, 2007).

Sabe-se que a prevalência da dor é alta em pacientes internados em hospitais gerais. Por exemplo, em doentes com neoplasia, a ocorrência de dor é frequente e acentua-se com a evolução da doença. Pode estar presente em 20% a 50 % dos doentes no início do tratamento e em 70% a 90% quando a doença está em estágio avançado (SILVA; PIMENTA, 2003).

Entretanto, apesar das evidências da prevalência e do impacto da dor nos doentes, ela é subidentificada e conseqüentemente subtratada. Nos últimos anos observa-se um aumento de estudos para identificar os motivos para o inadequado controle da dor. Entre os fatores relacionados com a não identificação, estão às atitudes negativas dos profissionais, os conceitos errôneos sobre a dor e os fatores ambientais, como falhas nas normas da instituição acarretando a subestimação da dor sentida pelo paciente (SILVA; PIMENTA, 2003).

Dessa maneira, há a necessidade de avaliação sistematizada da dor no cuidado de enfermagem para que se acompanhe a evolução da dor nos pacientes e se realize o ajuste necessário ao tratamento (IDVALL et al, 2001).

Os profissionais da saúde, ao oferecerem alívio à dor, que necessita julgamento apropriado e as abordagens mais avançadas disponíveis, humanizam o cuidado. A partir disso, a eficácia do tratamento e a sua continuidade dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida, o que pressupõe tomada de decisões a partir de uma criteriosa

avaliação. A participação do paciente é fundamental no curso da atividade de gestão e assistencial do enfermeiro. A tomada de decisões embasada no saber científico e na ética confere credibilidade, eficiência e eficácia ao seu trabalho (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Para haver esta avaliação sistematizada, é necessária a capacitação dos profissionais para o cuidado que sigam os princípios de aprendizagem do adulto, onde para aprender, a pessoa deve estar sensível ao problema e receptivo à proposta educacional, assim como encontrar um significado para tal (PEREIRA, 2003).

A finalidade da capacitação é sensibilizar a equipe para o tema e qualificar o cuidado tendo como premissa o compartilhar das experiências entre os cuidadores de enfermagem (SILVA; PIMENTA, 2007).

Em estudo recente, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento teórico da equipe de enfermagem quanto ao atendimento a vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) antes, imediatamente após e decorridos seis meses de treinamento em hospital universitário, demonstrou que técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram desempenho semelhante aos enfermeiros nesta capacitação teórica (BRIÃO, et al 2009). Contudo, ainda não foram realizadas avaliações das capacitações sobre o tema “dor” em cuidados de enfermagem.

No contexto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) são desenvolvidos programas educativos que visam a capacitação do profissional, paciente e família ao cuidado, o estímulo ao diálogo entre estes e a modificação de atitudes e crenças preexistentes que repercutem negativamente no tratamento analgésico. Para isso, a instituição estimula e promove a capacitação das equipes com cursos de extensão universitária, educação permanente, grupos de estudos, projetos e rotinas institucionais para a implementação da avaliação sistematizada da dor, rodadas de conversa e grupos focados.

A motivação para estudar o tema surgiu devido ao trabalho realizado como bolsista de iniciação científica do projeto de desenvolvimento “Implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital em adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”

coordenado pela Prof. Dr. Elizeth Heldt. O mesmo tem por objetivo capacitar os profissionais de saúde para avaliação sistematizada da dor através da educação permanente em serviço.

O presente projeto pretende identificar o impacto de uma capacitação para a avaliação sistematizada da dor nos registros de equipes de enfermagem que atuam em unidades de internação clínica e cirúrgica antes e após a capacitação.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo geral:

- Avaliar o impacto da capacitação nos registros da equipes de enfermagem para a avaliação sistematizada da dor em pacientes adultos internados em unidades clínicas e cirúrgicas de hospital geral.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar os registros referentes à avaliação da dor no prontuário dos pacientes.
- Comparar os registros de dor pela equipe de enfermagem antes e após a capacitação.
- Descrever o grau de satisfação da equipe de enfermagem em relação à capacitação desenvolvida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Dor

A dor é uma experiência subjetiva e multifatorial que acomete o ser humano em todas as etapas do desenvolvimento, da concepção a finitude. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), órgão consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS), define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos, onde cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas vivências (MERKSEY, 1994).

Caracterizá-la como tal significa observar e avaliar a experiência nas suas várias dimensões, quais sejam: neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos receptores periféricos; psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo; cognitivo- cultural, relacionando-a a crenças, significados e comportamentos prévios a dor; comportamental, pois estressores situacionais, de desenvolvimento pessoal podem exercer influência sobre o limiar da dor; e sensorial, relativas às características semiológicas da mesma (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Aproximadamente 75% a 80% das pessoas que procuram o serviço de saúde o fazem por causa da dor, representando no Brasil, ares de epidemia. Sabe-se que a ocorrência de dor é cada vez mais freqüente em todo mundo, talvez em decorrência de novos hábitos de vida, das modificações do meio ambiente, do prolongamento da sobrevivência dos indivíduos em geral e de pacientes com patologias naturalmente fatais (SILVA; PIMENTA, 2007).

Dentre estas funções complexas podemos descrever o mecanismo fisiológico didaticamente como um processo doloroso que ocorre em quatro etapas: transdução, transmissão, percepção e modulação (LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

Na etapa da transdução, há a transformação de um estímulo mecânico, térmico ou químico em estímulo elétrico no Sistema Nervoso Periférico. A

nocicepção inicia na periferia, local em que os neurônios sensitivos e as terminações nervosas livres, chamados nociceptores, estão distribuídos. Quando o estímulo tem potencial de ação suficiente para causar lesão há liberação de substâncias chamadas substâncias algogênicas. As principais são as prostaglandinas, bradicinina, serotonina, substância P e histamina (LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

Já na segunda etapa chamada de transmissão, há três segmentos na nocicepção: o primeiro é a transmissão do impulso ao longo da fibra nervosa periférica até a medula espinhal, o segundo vai da medula espinhal ao tronco cerebral e tálamo e o terceiro envolve a transmissão do impulso elétrico pelas conexões entre o tálamo e o córtex cerebral (LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

A quarta etapa é a percepção, entendida como a consciência da experiência dolorosa. Dependendo da sensação dolorosa inicial, o estado psicológico do doente e suas experiências passadas, a dor é percebida como acontecimento neurofisiológico e emocional (LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

A modulação, como quinta etapa por sua vez, compreende a liberação de substâncias como encefalinas e endorfinas, para inibirem os impulsos nociceptivos e produzirem analgesia. A modulação pode explicar a ampla variação na percepção da dor em cada indivíduo. Ocorre tanto na aferência do estímulo nociceptivo quanto na eferência da resposta a esse estímulo (LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008).

Quanto a classificação da dor, a taxonomia advogada pela IASP tem utilização corrente para fins de diagnóstico da patologia, isto é, a dor pode ser classificada considerando a duração da sua manifestação, podendo ser: aguda, crônica e recorrente (MARQUES, 2010).

A dor aguda usualmente de início súbito é quase sempre associada a uma lesão específica. Indica que ocorreu comprometimento ou lesão de um tecido, sendo um sinal de alerta. Usualmente diminui em conjunto com a cura ou cicatrização da lesão e diz-se ter duração menor de seis meses (MARQUES, 2010).

A dor crônica pode ser constante ou intermitente. Não possui mais a intenção de ser alerta a um dano. Tem duração além do tempo de cura previsto e, sua origem ou causa pode ser desconhecida. Geralmente se torna um problema por si próprio e é definida como aquela dor que dura por seis meses ou mais, embora seis meses consista em um período arbitrário para diferenciar a dor aguda e a dor crônica (MARQUES, 2010).

Já a dor recorrente apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com freqüência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca (MARQUES, 2010).

Quanto ao tratamento analgésico, o controle da dor é de responsabilidade de todos os profissionais que estão envolvidos na assistência ao paciente bem como do próprio paciente e de sua família embasada no cuidado integral e humanizada. Cabe a equipe de enfermagem uma ação integrada através da implementação de estratégias para prevenção, detecção e alívio do evento doloroso, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente (MARQUES, 2010).

Com o intuito de efetivar esse plano de cuidado, torna-se necessária a utilização dos recursos farmacológicos e não-farmacológicos, possibilitando uma terapêutica pertinente a cada situação em particular (SILVA, 2007).

A abordagem farmacológica utiliza analgésicos com ação central e periférica (analgésicos opióides e não-opióides), que atuam inibindo a gênese e a condução do estímulo doloroso e medicamentos adjuvantes como os anestésicos locais, os anticonvulsivantes, antidepressivos, benzodiazepínicos, anti-espasmódicos entre outros, além de técnicas de bloqueios em neuroeixo e regionais (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

A administração de analgésicos deve ser realizada regularmente e não apenas quando necessário, pois esses cuidados podem reduzir o sofrimento do paciente, visto que a prescrição deve incluir o uso de analgésicos suplementares quando há recorrência de dor (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

A terapia não-farmacológica da dor é indicada como adjuvante aos procedimentos farmacológicos, ou como substitutos daqueles quando há

impactos adversos ou impossibilidade do uso das vias de aplicação apropriadas. Dentre as principais técnicas não-farmacológicas estão contempladas as terapias físicas, que consistem na aplicação de calor e frio, massagem, estimulação elétrica transcutânea e acupuntura; e as terapias comportamentais como o relaxamento, a distração, respiração consciente e meditação (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

3.2 Avaliação sistematizada a pessoa com dor

Dada à prevalência da dor, a avaliação sistematizada e o registro periódico de sua intensidade e localização anatômica são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize o ajuste necessário ao tratamento (MELZACK, 1983).

A necessidade de a dor ser reconhecida como o 5° sinal vital foi citada pela primeira vez em 1996 por James Campbell, então presidente da Sociedade Americana de Dor, quando referiu que se a avaliação e o tratamento da dor fossem sistematizados com o mesmo zelo como os demais sinais vitais haveria uma melhor chance de promover o tratamento adequado. Seu objetivo foi de elevar a conscientização entre os profissionais da saúde sobre os efeitos benéficos da dor adequadamente tratada (AMERICAN PAIN SOCIETY, 2010).

Assim, na vigência do registro e da avaliação da dor junto com os outros sinais vitais pode-se assegurar a imediata intervenção e reavaliações subsequentes, fundamental para que se acompanhe a evolução do paciente e se realize o ajuste necessário ao tratamento (PASERO; MCCAFFERY, 1997; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Como a equipe de enfermagem é quem efetivamente convive mais tempo com o paciente, dessa forma, se faz necessário conhecer os indicadores de dor para assim intervir corretamente no seu alívio, contribuindo para a realização de um cuidado humanizado (PEDROSO; CELICH, 2006). São 5 os indicadores da presença de dor preconizados por Pasero e McCaffery (1997): a

verbalização, a condição patológica ou procedimento doloroso, o comportamento, a informação dada pelo familiar e as alterações fisiológicas.

Ao enfermeiro cabe explorar na anamnese admissional o histórico de dor, coletar dados sobre fatores agravantes, atenuantes e concomitantes; antecedentes pessoais e familiares, explorar indicativos de desconforto causado pela dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Nesse sentido entende-se que a equipe possa promover ações educativas contínuas sobre a atenção à pessoa com dor e a avaliação da dor como 5º sinal vital. Quando estimulada a introduzir tal temática em sua prática profissional, o cuidado mais qualificado ao paciente com dor poderá surgir, onde a atenção é voltada para as reais necessidades deste quando tem compreendida a comunicação de dor, já que a equipe realiza reflexões sobre a sua prática. Assim, assegura-se que todos os pacientes tenham acesso ao melhor qualidade de cuidado à dor (PEDROSO; CELICH, 2006; SILVA; PIMENTA, 2007).

Na avaliação da dor, não existem exames laboratoriais ou testes objetivos para corroborar sua presença, por ser uma experiência subjetiva. Realiza-se a quantificação de dor pelo auto-relato, o qual impulsionou o desenvolvimento de instrumentos facilitadores da compreensão da comunicação pretendida e da efetividade do tratamento analgésico instituído como complemento do processo de análise semiológica relativo à experiência (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Estes instrumentos são identificados como escalas de avaliação de dor. A escala ideal é aquela que é compreendida por quem a utiliza assim como a que identifica a intensidade da dor e seu progresso no tempo e relacionado ao tratamento. A escolha do instrumento está relacionada a capacidade do paciente em compreendê-lo. Estes instrumentos devem ser adequados à faixa etária, à capacidade cognitiva e aos aspectos culturais dos indivíduos avaliados (TEIXEIRA; PIMENTA, 2001).

Das escalas existentes, as mais frequentemente utilizadas são a Escala Análoga Visual (HUSSKINSON, 1983), a Escala Numérica Verbal (JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986) e a Escala de Descritores ou Categorias Verbais (MELZACK, 1983). Ao serem comparadas, apresentam a mesma facilidade de

entendimento e aplicação, possuem validade e confiabilidade evidenciadas (SUMMERS, 2001). Utiliza-se os instrumentos que possam auxiliar na sua mensuração e avaliação, bem como na qualidade da analgesia e no alívio da dor. Essa ação exige habilidade, conhecimento e acima de tudo compromisso com o cuidado solidário (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

3.3 Educação permanente

As organizações de saúde favorecem o alívio da dor ao reconhecerem a importância do seu tratamento, ao organizarem espaços para a educação permanente e ao estabelecerem padrões de avaliação e protocolos multidisciplinares. Os fundamentos dos programas educativos são o fornecimento de informação ao paciente, familiar e profissional, o estímulo ao diálogo entre estes e a modificação de atitudes e crenças preexistentes que repercutem negativamente no alívio da dor. Visa-se aumentar a valorização do controle entre os profissionais e fornecer informações para que atuem melhor (SILVA; PIMENTA, 2007).

Atualmente, a educação é considerada como processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento. Acontece por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre, da consciência crítico-reflexiva e das relações humanas, em que leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando a pessoa para a transformação da realidade em que vive (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

A educação em saúde é um processo de trocas de saberes e de experiências entre a população como um todo, incluindo os pacientes, os profissionais e os gestores de saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber, sendo um aprendiz e, também um educador. Esta prática visa à prevenção de doenças, à promoção da saúde e da autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida e conseqüentemente, da sociedade (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

O enfermeiro, em sua prática diária, participa de constante processo educativo. Entretanto, para torná-lo consciente desse fato, é necessário haver o desenvolvimento de suas ações a reflexão crítica, a curiosidade, a criatividade e a investigação de necessidades individuais, do grupo, do paciente e da família. O processo como um todo é possível por meio da educação permanente, na qual se desenvolve a habilidade de aprender a aprender e de possibilitar o aprendizado (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A educação em enfermagem deve promover as capacidades intelectuais e as competências para a investigação, na avaliação crítica do exercício profissional como a valorização dos princípios humanos e da cidadania. A importância da educação permanente para a enfermagem é vista como sendo um esteio para a assistência eficaz ao paciente e sua família (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde por meio da escuta ativa e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade (BRASIL, 2004).

Para Oliveira, (2007) a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar estão inseridos no cotidiano das ações de saúde. A educação é significativa e problematizadora, tendo como objetivo transformar as práticas profissionais. Para tanto, precisa acontecer no cotidiano das pessoas e nas organizações envolvidas, frente aos problemas enfrentados no dia a dia do trabalho que são discutidos com todos os membros da equipe profissional.

O desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da crítica dos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Por isso, acredita-se que a

pedagogia de problematização, em suas várias manifestações, pode oferecer um referencial mais efetivo do que as pedagogias centradas na transmissão cultural (RICALDONI; SENA, 2006).

A estratégia educativa proposta no HCPA preconizou a pedagogia de problematização de Bordenave, na qual se utiliza uma metodologia de estudo e de trabalho em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Essa metodologia se desenvolve a partir da realidade ou um recorte da realidade onde esta é observada para que pontos-chaves de discussão sejam propostos para a aplicação prática. Tem como objetivo a tomada de consciência sobre os modos de fazer atuando conscientemente para a transformação dessa realidade (BERBEL, 1998).

A educação permanente foge do modelo do profissional onde apenas ser hábil tecnicamente dá conta das necessidades percebidas. Há um desafio entre os diferentes atores para uma postura de mudança de suas próprias práticas. Concebe-se que a transformação é em curto, médio e em longo prazo, considerando o tempo de assimilação, a dificuldade de cada indivíduo e as próprias falhas do processo educativo, que pode sofrer reformulações de acordo com os experimentos e avaliações. A importância de ser permanente é devido à carência de aprender e de transformar que são inerentes à condição do ser humano. Ao relacionar a concepção de educação com a enfermagem, compreende-se que em todo o seu processo de trabalho estão inseridas ações educativas (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Um estudo sobre o controle da dor no pós-operatório verificou a importância da avaliação sistematizada associada a programa educativo. Avaliou os efeitos do treinamento, avaliação e registro sistematizado da presença e intensidade da dor, o consumo suplementar de morfina, o tratamento dos efeitos adversos e a satisfação da analgesia pelo paciente. Os resultados demonstraram que o treinamento associado à avaliação sistematizada sobre dor instigou os enfermeiros a intervirem mais vezes para o ajuste da analgesia, melhorando o controle da dor e a satisfação dos pacientes com o tratamento (SILVA, 2007).

Nesta perspectiva, a ação educativa é um dos pilares para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem no cenário da saúde. As estratégias educativas desenvolvidas para equipes de enfermagem têm por finalidade problematizar sobre a qualidade do cuidado prestado (BEZERRA, 2003).

Entende-se por cuidado a atenção, cautela, zelo e responsabilidade sob a luz da integralidade do ser humano. Em um sentido mais amplo, o cuidado faz parte da existência humana como manifestação de compartilhamento, de troca e de reciprocidade (BACKES et al, 2006).

4 MÉTODO

Trata-se de um quase-experimento, em que se caracteriza por envolver grupos de sujeitos avaliados antes e depois de uma determinada intervenção. No entanto, esse delineamento não pressupõe randomização da amostra ou a presença de um grupo controle como em outros estudos experimentais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.1 Amostra e coleta dos dados

Os critérios de inclusão do estudo foram definidos como: ser profissional da equipe de enfermagem de uma das duas unidades de internação de adultos do HCPA selecionadas e ter participado da totalidade da capacitação permanente “Atenção à Pessoa com Dor” nos meses de julho a setembro de 2010.

Foram incluídos 86 integrantes da equipe da enfermagem das unidades selecionadas, sendo uma para pacientes clínicos e a outra para cirúrgicos. Cada unidade tem capacidade máxima de 45 leitos.

Para identificar o impacto da intervenção, os dados sobre o registro da dor foram coletados de prontuários de pacientes internados há mais de 24 horas nas duas unidades e que estiveram sob os cuidados da equipe de enfermagem duas semanas antes e duas semanas após a intervenção educativa. Para uniformizar a coleta foi elaborado um instrumento (APÊNDICE).

Os registros de dor foram verificados a partir do prontuário informatizado *on line* e no prontuário em papel. A anamnese e exame físico da admissão do paciente na unidade e a evolução diária é realizado pelo enfermeiro. O registro da dor como 5º sinal vital é feito pelos dos auxiliares e técnicos de enfermagem no formulário dos sinais vitais em prontuário de papel.

Os registros de enfermagem foram analisados em 24 horas, considerando-se os plantões da manhã, da tarde e da noite. Como no HCPA o plantão noturno é intercalado em três grupos de trabalho, classificamos os turnos em 1, 2 e 3. A equipe que atua no 6º turno (finais de semana e feriados) foi incorporado no turno 2.

4.2 Intervenção educativa

O objetivo da intervenção educativa esteve vinculado à necessidade de capacitar a equipe de enfermagem para a avaliação sistematizada da dor. As aulas contaram com o uso de técnicas participativas, construção coletiva de mapas conceituais, oficinas e aulas expositivas dialogadas em dois módulos de 4 horas cada, somando uma carga horária total de 8 horas e desenvolveu-se conforme as etapas descritas:

- Etapa de Sensibilização: tendo como objetivo sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância do cuidado e sua relação com o paciente com dor. Foi utilizada a pedagogia da problematização de Bodernave (PEREIRA, 2003), método que permite aos participantes observarem a realidade de forma crítica para transformá-la. Dentro desta concepção educativa foram realizados grupos de discussão da percepção dos participantes frente à pessoa com dor, a partir de suas experiências pessoais e de trabalho.

A partir desta etapa foram realizadas atividades como: construção do conceito de dor, facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho e pessoais para o cuidado frente à dor do outro e da sua própria experiência. Também foi elaborado um plano de ação para implementação de melhorias e satisfação com o processo de trabalho.

No transcorrer desta etapa deve-se estar atento a realidade sobre a atenção à pessoa com dor e a discussão coletiva das facilidades e dificuldades nos cuidados a esta pessoa. Contudo, a atenção é voltada principalmente para a reflexão das possíveis causas e determinantes da inadequação dos registros

de enfermagem relacionados à dor verbalizada pelos pacientes. Tal reflexão pressupõe a mobilização do potencial dos participantes do grupo de conversa para a melhoria da qualidade da sistematização dos cuidados à pessoa com dor.

- Etapa de Revisão Teórica: após o processo reflexivo, foi construído um conjunto de temas relevantes e emergentes do grupo. Os assuntos abordados contemplaram a revisão da neuroanatomia e da neurofisiologia da dor pela construção de mapa conceitual; classificação e dimensões envolvidas no comportamento doloroso; avaliação da dor como o 5º sinal vital. Nesta etapa são discutidos os instrumentos que podem ser utilizados para avaliação de intensidade de dor e sua aplicabilidade, as abordagens das intervenções farmacológicas e das não-farmacológicas e as discussões baseadas em experiências reais e estudo de casos para reflexão sobre a tomada de decisão.

- Etapa da Implementação da avaliação sistematizada da dor: após a revisão teórica para a equipe de enfermagem, as unidades selecionadas iniciaram com a avaliação da dor como o 5º sinal vital aos pacientes internados. Tais registros são realizados pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, sempre que o adulto referir dor, na presença de indicadores de dor e após as intervenções realizadas. Na evolução diária, o enfermeiro é orientado a registrar os dados levantados, as intervenções realizadas e os resultados obtidos após as medidas para o alívio, sistematizando o cuidado. Os técnicos e auxiliares de enfermagem devem registrar os achados no formulário junto aos sinais vitais.

4.3 Avaliação do grau de satisfação

Ao final da capacitação, os participantes preencheram um questionário para avaliação de treinamentos da instituição (ANEXO A), com conceitos que variam entre ótimo a ruim.

4.4 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram descritos através da média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e percentual para as variáveis categóricas. Para comparar os dados antes e após a intervenção, foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes e o qui-quadrado (MANLY, 1986).

Na quebra dos pressupostos para aplicação dos testes paramétricos, utilizamos seus correspondentes não paramétricos. A avaliação da distribuição normal foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene (MANLY, 1986).

4.5 Aspectos éticos

A presente pesquisa está vinculada ao projeto de desenvolvimento “Implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital em adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, aprovado previamente pela Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA (nº 09-044; ANEXO B).

O projeto do Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) com o nº 007/2010 (ANEXO C) e as autoras assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados.

Foram obedecidos os preceitos básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) para assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. As informações da pesquisa serão guardadas pelas autoras por 5 anos (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

Um total de 78 profissionais (91%) da equipe de enfermagem participou dos dois módulos que compunham a ação educativa. Os dados foram coletados em 188 prontuários de pacientes internados há mais de 24 horas nas unidades selecionadas na ocasião do estudo. Estes pacientes foram cuidados por profissionais da equipe de enfermagem que participaram efetivamente da intervenção educativa. Foram realizadas 424 observações sobre registros de dor nos 188 prontuários.

As características demográficas e a distribuição dos pacientes nas unidades de internação incluídas e as observações por turno antes e após a intervenção educativa estão apresentadas na tabela 1. Não houve diferença significativa entre as características da amostra. Totalizaram 424 observações de pacientes e não houve diferença significativa no número de observações conforme o turno.

Tabela 1 Comparação antes e depois da intervenção educativa em relação às características demográficas, unidade de internação e total de observações dos registros por turno de trabalho da equipe de enfermagem.

	Total	Intervenção Educativa		P*
		Antes	Depois	
Pacientes	n= 188	100 (53,19%)	88(46,81%)	
Sexo				
Masculino	96 (51,1)	53 (53)	43 (48,9)	0,661
Feminino	92 (48,9)	47 (47)	45 (51,1)	
Idade	56,24±18,29	55,30±18,68	57,31±17,89	0,838
Unidade				
Cirúrgica	101 (53,7)	56 (56)	45 (51,1)	0,559
Clínica	87 (46,3)	44 (44)	43 (48,9)	
Observações	n=424	215 (50,7%)	209(49,3%)	
Turno				
1	143 (33,7)	73 (33,9)	70 (33,5)	0,878
2	143 (33,7)	74 (34,4)	69 (33,0)	
3	138 (32,6)	68 (31,7)	70 (33,5)	

Nota: As variáveis categóricas estão descritas em frequência absoluta e percentual. A variável contínua, em média e desvio padrão.

*Teste Exato de Fisher.

P<0,05

Em relação aos diagnósticos principais dos pacientes observaram-se os seguintes sistemas do corpo humano afetado: 41 (21,8%) pacientes apresentavam o diagnóstico relacionado ao sistema cardiovascular; 36 (19,1%) ao sistema digestório; 31 (16,5%) ao sistema músculo-esquelético; 27 (14,4%) ao sistema respiratório; 18 (9,6%) ao sistema neurológico; 17 (9%) com patologias ligadas ao sistema urológico; 11 (5,9%) a doenças ginecológicas; 5 (2,6%) ao sistema endócrino e 2 (1,1%) ao sistema imunológico.

Quanto a terapia farmacológica foi observado que mais da metade (58,3%) foi realizada prescrição por demanda (n= 247). Para os pacientes com prescrição fixa de analgésicos, 22,4% recebiam analgésicos não-opioides (n=95); 9,7% opioides potentes (n=41); 7,1% eram de interações analgésicas de não-opioides e opioides fracos (n=30); e 2,5% receberam outras combinações para analgesia (n=11). As prescrições de terapias não-farmacológica (aplicação de frio e calor, massagem e relaxamento) ocorreram em 3,6% das observações (15%).

Os registros de dor pela equipe de enfermagem e conforme os três turnos, antes e após a intervenção educativa foram comparados e estão apresentados na tabela 2. Observou-se um aumento significativo dos registros de dor no formulário dos sinais vitais pelo técnico e auxiliar de enfermagem e o realizado pelo enfermeiro na evolução após a intervenção.

Tabela 2 Registro de dor como 5º sinal vital pela equipe de enfermagem e de acordo com os três turnos avaliados.

	Registro de dor	Intervenção Educativa		P*
		Antes	Depois	
Observações n(%)	424	215 (50,7)	209(49,3)	
Técnico e Auxiliar de Enfermagem	280(66)	87(31,1)	193(68,9)	<0,001
Enfermeiro	72(17)	28(38,9)	44(61,1)	0,028
Turno 1	95(66)	32(33,7)	63(66,3)	<0,001
Turno 2	93(66,9)	30(32,3)	63(67,7)	<0,001
Turno 3	83(58,9)	20(24,1)	63(75,9)	<0,001

Nota: As variáveis estão descritas em frequência absoluta e percentual

*Teste Exato de Fisher

P<0,05

Os resultados das observações dos registros de dor como 5º sinal vital realizado pelo enfermeiro no formulário de anamnese e exame físico na admissão hospitalar dos 188 pacientes, antes e após a intervenção educativa estão apresentados na tabela 3. Pode-se observar um aumento significativo da avaliação da dor pelo enfermeiro na admissão de pacientes após a intervenção educativa ($p < 0,001$).

Tabela 3 Registro de dor como 5º sinal vital antes e após a intervenção educativa, na admissão do paciente pelo enfermeiro.

Registro de Dor	Total	Intervenção Educativa		P*
		Antes	Depois	
Admissão n(%)	188	100(53,2)	88(46,8)	
Enfermeiro	Não	84 (84)	46 (52,3)	<0,001
	Sim	16 (16)	42 (47,7)	

*Teste Exato de Fisher
P<0,05

Também foi analisado o número de vezes por dia que a dor como 5º sinal vital foi registrado antes e após a capacitação. Contatou-se um aumento da média dos registros da dor por dia junto à verificação dos sinais vitais após a intervenção educativa (antes= $0,55 \pm 0,77$ e após= $2,93 \pm 0,28$; $p < 0,001$). Entretanto, não houve diferença significativa nos registros de dor como 5º sinal vital em momento distinto da verificação dos sinais vitais (antes= 62(14,6%) e após= 73(17,2%); $p = 0,211$).

Outro aspecto importante analisado foi à reavaliação da dor após a terapia analgésica e está apresentado na Tabela 4. Pode-se observar um aumento significativo do retorno para avaliação da dor após a capacitação ($p = 0,001$). O tempo de reavaliação, em média, também foi significativamente maior quando comparado com antes da intervenção educativa ($p = 0,009$).

Tabela 4 Reavaliação da dor após terapia analgésica em número de vezes e a média de tempo.

	Total	Intervenção Educativa		P*
		Antes	Depois	
	n=424	215 (50,7)	209(49,3)	
Reavaliação da dor	107(25,2)	39(36,4)	68(63,5)	0,001
Tempo (minutos)	42,34±8,54	39,10±8,65	43,5±8,18	0,009

Nota: As variáveis categóricas estão descritas em frequência absoluta e percentual.

A variável contínua, em média e desvio padrão.

*Teste Exato de Fisher

P<0,05

Um total de 75 (87%) profissionais preencheram o questionário de avaliação geral da capacitação. A maioria (81,3%) avaliou como ótimo (n= 61), 12% (n= 9) como bom, 6,7% (n=5) como regular e nenhum como insatisfatório ou ruim.

6 DISCUSSÃO

A estratégia educativa baseada na problematização de situações relacionados com e no local de trabalho mostrou-se efetiva para avaliação sistematizada da dor pela equipe de enfermagem (BERBEL, 1998). Além do aumento significativo dos registros sobre dor, a participação por adesão de 91% dos trabalhadores de enfermagem das duas unidades de internação selecionadas, confirma o interesse e a necessidade de espaço para reflexão de temas relacionada à prática diária destes profissionais (PEDROSO; CELICH, 2006; SILVA; PIMENTA, 2007). A contextualização da responsabilidade com a formação é identificada como um processo direcionado para repensar o fazer, de mudanças e de transformações. Assim, é considerado como alvo de reflexão o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência consecutiva (RICALDONI; SENA, 2006; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A partir da análise dos dados, podemos observar que as características dos pacientes internados nas unidades selecionadas foram semelhantes antes e após a capacitação. Semelhante a estudos prévios, é possível atribuir o aumento de registro de dor à intervenção educativa, independente do estado do diagnóstico clínico ou cirúrgico ou do sexo e idade dos pacientes (SILVA, 2007).

No entanto, as práticas e os registros de cuidado aos pacientes realizados diferem quantitativamente quando comparamos os enfermeiros aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Ao analisarmos os registros de avaliação da dor antes e após a estratégia educativa foi encontrado maior número de registros pelos técnicos e auxiliares de enfermagem do que pelo enfermeiro. Contudo, os achados não evidenciam que o enfermeiro avalie menos vezes o paciente com dor, é preciso considerar que os técnicos e auxiliares verificam e registram os sinais vitais no mínimo quatro vezes ao dia e os enfermeiros registram o processo de enfermagem realizado em uma evolução diária. Além disto, a ênfase da capacitação foi à dor como 5º sinal vital. Portanto, pode-se

inferir que os registros são realizados em maior número de vezes pelo técnico e auxiliar de enfermagem do que pelo enfermeiro devido ao perfil de atividades da prática assistencial.

O impacto da capacitação para o enfermeiro foi evidenciado no aumento significativo da avaliação da dor no momento da admissão do paciente na unidade. Para o conhecimento do perfil de dor e das particularidades individuais, a avaliação na admissão hospitalar tem por objetivo conhecer o histórico das experiências prévias e estratégias pessoais de enfrentamento para melhorar a comunicação entre os cuidadores e os pacientes (BOTTEGA; FONTANA, 2010). Essa avaliação auxilia na elaboração do plano de cuidados e dos resultados esperados.

Ao considerar os dados relacionados à prescrição dos analgésicos, observa-se que o uso por demanda é vigente. Constata-se a baixa incidência de prescrições de terapias não-farmacológicas. Os enfermeiros, profissionais responsáveis pela prescrição de enfermagem podem ser estimulados a utilizarem esta prática complementar e integrativa para o alívio da dor. As terapias não-farmacológicas envolvem a estimulação dos mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde, valorizando a escuta acolhedora e o estabelecimento do vínculo terapêutico (SILVA; PIMENTA, 2003; SILVA, 2007).

Quanto a reavaliação, a média de tempo foi significativamente maior após a intervenção educativa. A mudança observada justifica-se ao considerarmos o conteúdo abordado na capacitação e o protocolo construído baseado no referencial teórico quanto à farmacocinética dos opióides e não-opiídes (FUCHS, WANNMACHER, FERREIRA, 2006). Isto é, o início de ação pode ser evidenciado após uma média de 5 a 10 minutos para os opióides e de 30 a 40 minutos para os não-opiídes.

Assim, vincular a avaliação sistematizada influi no controle da dor desde que essa avaliação não se limite apenas na identificação da presença da dor. Além de protocolos de atendimento que auxiliem no processo de decisão relacionado ao tratamento analgésico, o cuidado humanizado, integrativo e embasado em evidências é fundamental para a melhoria da qualidade do

cuidado de enfermagem (PASERO; MCCAFFERY, 1997; TEIXEIRA; PIMENTA, 2001; BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A avaliação final da capacitação demonstrou plena satisfação da equipe em relação à estratégia educativa. Portanto, é possível também relacionar o grau de satisfação com a evolução positiva dos registros de dor, evidenciando o êxito da estratégia educativa nos resultados encontrados (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Contudo, mesmo com a relevante participação da equipe de enfermagem na intervenção educativa, houve ainda ausência de registros da avaliação de dor em 30% dos pacientes internados nas unidades selecionadas e em 48% das admissões hospitalares. Este resultado aponta para que a educação seja permanente, isto é, estimular rodadas de conversa para troca de experiências quanto às facilidades e dificuldades no processo de avaliação sistematizada da dor, oportunizar a valorização da atenção às reais necessidades do paciente (BRASIL, 2004; PEDROSO; CELICH, 2006; LEITE; COSTA; OLIVEIRA, 2008). O registro periódico do cuidado prestado é fundamental para que se acompanhe a evolução do evento e se realize os ajustes necessários relacionados ao tratamento com vistas à qualificação do cuidado (RICALDONI; SENA, 2006; PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Cabe apontar como limitações neste estudo a coleta de informações terem sido de dados secundários, ficando dependente da qualidade dos registros realizados pela equipe de enfermagem, em diferentes pacientes nos períodos antes e após a estratégia educativa, mesmo com características demográficas e clínicas homogêneas. Idealmente, para evitar vieses, a coleta de dados de poderia ser de prontuários dos mesmos pacientes antes e após a estratégia educativa e com observação do profissional no momento do registro. Entretanto, mesmo com o delineamento atual do estudo pode-se verificar o impacto imediato no processo de trabalho como mostraram os resultados.

7 CONCLUSÕES

A avaliação sistematizada da pessoa com dor tem como objetivos a identificação do sintoma doloroso, a ampliação da chance de tratamento adequado, a melhoria da comunicação entre as equipes profissionais e dessas com o paciente e família, melhor documentação do sintoma e seu tratamento e a sistematização do cuidado. Portanto, sistematizar a avaliação da dor cria no ambiente profissional, o comprometimento com os resultados. Assim, pode ser considerada uma importante mudança cultural no processo do trabalho.

Com a realização deste estudo, foi possível verificar o aumento significativo nos registros de avaliação da dor na evolução diária e na anamnese da internação do paciente pelo enfermeiro, e a concomitante a verificação dos sinais vitais pelo técnico e auxiliar de enfermagem duas semanas após a estratégia educativa. Contudo, faz-se necessário avaliar o impacto da capacitação em longo prazo para verificar a manutenção dos registros e a mudança de atitudes frente a este assunto.

Evidenciou-se, também, que avaliação sistematizada da dor vai além do registro como 5º sinal vital, pois deve ser um processo dinâmico frente à pessoa com dor, fornecendo informações sobre a intensidade, localização e frequência, após instituir terapia analgésica e avaliar a eficácia da mesma. Somente registrando sistematicamente aspectos sobre a dor torna-se mais evidente o controle do sintoma e melhoria da qualidade assistencial e de satisfação do cliente.

Como a implantação da avaliação sistematizada da dor ainda é desafiadora, novas abordagens poderão acompanhar a discussão, a reflexão e a análise crítica quanto à educação permanente como estímulo ao desenvolvimento profissional e ao cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PAIN SOCIETY (APS). **Pain: the fifth vital sign.** [on line]. Disponível em: <http://www.ampainsoc.org>. Acesso em: 12/05/2010.
- BACKES, D.S. ; SOUSA, F.G.M. ; MELLO, A.L.F. ; ERDMANN, A.L. ; NASCIMENTO, K.C. ; LESSMANN, J.C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 71-78, 2006.
- BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseadas em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, v. 2, n. 2, p.139-154, 1998.
- BEZERRA, A.L.Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003, 156p.
- BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n.2, p. 283-90, 2010.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, p. 21082-21085, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, p. 68, 2004.
- BRIÃO, R.C.; SOUZA, E.N.; CASTRO, R.A.; RABELO, E. R. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em para cardiopulmonar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2009.
- BUCKNALL, T.; MANIAS, E.; BOTTI, M., TRACEY, K. Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. **The Clinical Journal of Pain**. Hagerstown, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2007.
- FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 1074p.
- HUSSKINSON, E.C. **Visual analogue scales**. In: **Melzack, R. Pain Measurement and assessment**. 2 ed. New York: Raven press, 1983, p. 33-37.
- IDVALL, E.; HAMRIN, E.; SJOSTROM, B.; UNOSSON, M. Quality indicators on postoperative pain management. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Sweden, v. 15, n. 4, p. 331-338, 2001.
- JENSEN, M.P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of methods. **Pain**. Sweden, v. 27, p. 117-126, 1986.

- LEITE, M.M.J.; COSTA, A.L.J.; OLIVEIRA, D.L. **Programa de atualização para técnicos em enfermagem (PROTENF) Ciclo 1- Módulo 3.** Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2008, 128p.
- MANLY, B.F.J. **Multivariate statistical methods, a primer.** Londres: Chapman & Hall, 1986.
- MARQUES, J. **Projeto Controle da dor no Brasil da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor.** Disponível em: www.dor.org.br. Acesso em 27/02/2010.
- MELZACK, R. **Concepts of pain measurement.** Reven Press. New York, p. 1-5, 1983.
- MERKSEY, H; BOGDUK, N. **Classification of Chronic Pain.** IASP Press ; 2 ed. Seattle, 1994.
- OLIVEIRA, M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem.** São Paulo, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.
- PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA M.R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-343, 2006.
- PASCHOAL, S.P.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 41, n. 3, p. 256-265, 2007.
- PASERO, C; MCCAFFERY, M. Pain ratings: the fifth vital sign. **The American Journal of Nursing.** Londres, v. 97, n. 2, p.15, 1997.
- PEDROSO, R.A; CELICH, K. S. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 15, n. 2, p.270-276, 2006.
- PEREIRA, A. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1527-1534, 2003.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.
- RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.
- SILVA, M.A.S. **Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 2007.
- SILVA, M.A.S.; PIMENTA, C.A.M. A avaliação sistematizada influi no controle da dor pós-operatória? **Anais do 8° SIMBIDOR.** São Paulo: Office, 2007.

SILVA, Y.B.; PIMENTA, C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia nos doentes hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 109-115, 2003.

SUMMERS, S. Evidence-based practice part 2: reliability and validity of select acute pain instruments. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**. v. 15, n. 5, p. 357-365, 2001.

TEIXEIRA, M.J; PIMENTA, C.A.M. Dor aguda e dor pós-operatória. In: Teixeira MJ, Figueiró, JAB. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira; p. 351-357, 2001.

ANEXO A

Instrumento de Avaliação de capacitações do HCPA

					
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS					
Curso:	Instrutor (a):				
Data:	Local:				
Horário:					
1- CURSO					
	Ruim	Insatisfatório	Regular	Bom	Ótimo
1.1. Conteúdo ministrado.....					
1.2. Seu aproveitamento no curso foi.....					
1.3. O atendimento do seu nível de expectativa foi.....					
1.4. Qualidade do material didático utilizado.....					
1.5. Utilização de materiais e recursos audiovisuais.....					
1.6. Carga horária total.....					
1.7. Adequação do horário das aulas.....					
1.8. Outros: _____					
2 - INSTALAÇÕES					
	Ruim	Insatisfatório	Regular	Bom	Ótimo
2.1. Condições da sala de aula.....					
2.2. Recursos auxiliares (quadro, vídeo, flip-chart, ...).....					
2.3. Níveis de ruído, iluminação, temperatura.....					
2.4. Outros: _____					
3. - INSTRUTOR					
	Ruim	Insatisfatório	Regular	Bom	Ótimo
3.1. Nível de conhecimentos teóricos.....					
3.2. Nível de conhecimentos práticos.....					
3.3. Capacidade de comunicação (didática).....					
3.4. Relacionamento Instrutor /Treinando.....					
3.5. Atuação do instrutor de modo geral.....					
4 - AVALIAÇÃO GERAL DO CURSO:	Ruim	Insatisfatório	Regular	Bom	Ótimo
5 - OUTRAS INFORMAÇÕES (Favor preencher com letra legível)					
5.1. Pontos positivos do curso: >					
5.2. Possibilidades de melhoria na realização desta atividade (conteúdo, tempo, dinâmica, comunicação, etc): >					
5.3. Outras sugestões: >					

ANEXO B

Carta de Aprovação - GPPG/HCPA

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-044

Versão do Projeto: 18/03/2009

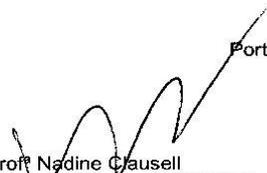
Pesquisadores:

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
SIMONE SILVEIRA PASIN
MARCIA IVANI BRAMBILA
MARIA REJANE ROSA DOS SANTOS
CELIA GUZINSKI
MARIA LUCIA SCOLA
MARIA LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA
ROSANA SCHIOCHET

Título: IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL EM ADULTOS INTERNADOS NAS UNIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 23 de março de 2009.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO C
CARTA DE APROVAÇÃO - COMPESQ

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto Docente: 007/2010 - TCC GRAD.
Versão Mês: 07/2010

Pesquisadores: Profa. Elizeth Heldt e Tabata de Cavatá

Título: EFEITO DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA AVALIAÇÃO
SISTEMATIZADA DA DOR EM HOSPITAL GERAL.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de julho de 2010.


Profª Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ


Elizeth Fereira Waldman
Coordenadora Substituta
Compesq EEnf - UFRGS