

A ENFERMAGEM E A DOR DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO E CONDUTAS INTERVENTIVAS

Nursing and patient's pain in post-anesthetic recovery room: forms of identification and interventional conduct

Lídia Regina Costalino¹

¹Mestranda do Programa de Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva. Universidade Sagrado Coração - Bauru/SP.

COSTALINO, Lídia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

RESUMO

Introdução: o presente estudo refere-se a uma pesquisa qualitativa envolvendo o profissional de enfermagem que exerce sua função na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) relativamente à atenção ao paciente no período pós-anestésico. **Objetivo:** pretende-se averiguar a percepção desse profissional mediante a dor do paciente no pós-operatório e as formas de conduta implementadas por ele no atendimento à queixa do paciente. **Método:** os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para avaliação. A delimitação da amostra seguiu os critérios da Técnica de Saturação. Os resultados foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo de

Recebido em: 18/05/2015
Aceito em: 03/08/2015

Lawrence Bardin. **Resultados e Discussão:** os resultados do estudo demonstraram a existência de uma distância entre o ideal de uma prática de enfermagem na SRPA e as ações ali efetivadas no cotidiano de enfermeiros e pacientes. **Conclusão:** assim considera-se que os resultados do estudo em questão contribuirão para objetivação de condutas mais efetivas por parte dos profissionais em relação aos pacientes pós-operados, o que poderá trazer ganhos importantes na recuperação de sua saúde.

Palavras-chaves: Profissional de enfermagem. Dor pós-operatória. SRPA.

ABSTRACT

Introduction: *the present study refers to a qualitative research involving the nursing professional which plays a role in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) related to caring of these cases.* **Objective:** *it is intended to ascertain his perception through the pain of the patient after the surgery and the forms of conduct implemented by this professional in attending to patient's complaints.* **Method:** *the data were collected through semi-structured recorded interviews which were later transcribed for evaluation through Bradin's content analyzes technique. The delimitation of the sample followed the Saturation Technique criteria.* **Results and Discussion:** *They confirmed the existence of a gap between the ideal nursing practice in a PACU and the actions effectively taken in the routine of nurses and patients.* **Conclusion:** *thus, the results of the study will certainly contribute to a more effective conduct of professionals regarding post-surgery patients, which will bring significant gains in the recovery of their health.*

Key words: *Nursing professional. Post-surgery pain. Recovery room.*

INTRODUÇÃO

O foco deste estudo recai sobre a relação entre a percepção do profissional de enfermagem em relação à dor pós-cirúrgica e as ações implementadas por ele mediante esta percepção com vistas à melhoria da condição do paciente.

São vários os fatores que embasam esta percepção, porem existe um grande peso no que se refere ao conhecimento acadêmico do pro-

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

fissional de enfermagem em relação ao processo doloroso referente aos procedimentos cirúrgicos de diferentes naturezas.

A descrição verbal da intensidade da dor e de sua qualidade, relatada pelo próprio indivíduo que a sente, é de fundamental importância para avaliação. Assim, a validação da existência da dor baseia-se, principalmente, no relato do paciente de que ela existe.

A dor é um fenômeno inerente à condição humana e tem acompanhado o homem desde suas origens. Segundo Teixeira e Okada (2001) o limiar de dor varia de um indivíduo para o outro e também de acordo com a sua cultura, independentemente de suas bases anatômicas e fisiológicas. As crenças relacionadas à dor e à maneira de responder a ela diferem de uma cultura para outra. No início da infância, as pessoas aprendem com aqueles ao seu redor quais as respostas à dor que são aceitáveis ou inaceitáveis. A criança também aprende a discernir quais estímulos podem ser dolorosos e quais respostas comportamentais são aceitáveis. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009). Muitas pessoas relatam dor na ausência de lesão tecidual ou de qualquer outra causa fisiopatológica provável e geralmente isto acontece por motivos psicológicos.

O insucesso em proporcionar alívio adequado à dor no pós-operatório é atribuído, principalmente, à dificuldade em se modificar intervenções inadequadas decorrentes da falta de conhecimento dos profissionais da área em relação à avaliação e mensuração da dor, às doses efetivas dos analgésicos, especialmente dos narcóticos, e o tempo de ação e efeitos colaterais destas drogas. (PEREIRA; SOUSA, 1998).

A dor é considerada uma experiência subjetiva e multifatorial, e não pode ser determinada por instrumentos físicos que usualmente permitem o registro de medidas de peso corporal, altura, temperatura e pressão sanguínea, pois não há um instrumento padrão que permita, ao avaliador, mensurar de forma objetiva essa experiência interna, complexa e pessoal. Também não deve ser mensurada apenas por instrumentos unidimensionais, como dimensão que varia somente em magnitude de intensidade, mas sim globalmente, considerando todas as múltiplas dimensões.

O primeiro passo para avaliar a experiência algica é confiar nas palavras e no comportamento do paciente, porém alguns cuidados afirmam que, as vezes, o paciente não está com dor, só diz ter esta sensação para “chamar a atenção” ou por “carência afetiva”. Nesse momento, caberá à equipe de enfermagem rever as reais necessidades do paciente e cuidá-lo de maneira que essa dor seja amenizada, dando-lhe conforto, carinho, atenção e amor (PEDROSO, CELICH, 2006).

Estudos mostram que profissionais que tiveram experiências dolorosas anteriormente, mostram-se mais atenciosos à dor do paciente. Adicionado a isto, a experiência profissional aponta um fator de interferência na avaliação da intensidade da dor dos pacientes submetidos a procedimentos terapêuticos dolorosos. Os profissionais menos experientes superestimaram a dor dos pacientes, enquanto os mais experientes subestimaram sua intensidade. (PEREIRA; SOUSA, 1998).

A enfermagem dispense cuidados ao paciente durante todo o período de hospitalização, e é a que mais tempo passa ao lado do mesmo. Este acesso possibilita um vínculo entre ambas as partes, atendendo-o na prestação dos cuidados diretos (técnicos), e nas suas necessidades subjetivas (atenção, carinho).

Assim, a conduta de enfermagem é fundamental para eliminação ou amenização da dor do paciente no pós-operatório. Neste caso torna-se pertinente inquirir sobre a percepção do profissional de enfermagem em relação à dor e especialmente, a pós-operatória e a conduta implementada por ele em relação ao sujeito nesta condição.

Abordar a avaliação de comportamento do profissional diante das condições citadas é, sobretudo, investigar os fatores intervenientes na manifestação deste comportamento. O tempo que o profissional executa sua função também estabelece a forma com que ele interpreta a dor do paciente e presta o seu cuidado.

Por outro lado o paciente que foi submetido a um procedimento cirúrgico encontra-se frágil, ansioso e está impossibilitado de exercer com plenitude suas funções, mantendo uma relação de dependência e confiança em relação ao profissional que o assiste.

As questões expostas acima motivaram este estudo, que apresentou como principal objetivo o de identificar a relação entre a percepção do profissional de enfermagem referente a dor pós-operatória e a conduta implementada por ele no cuidado e atenção ao paciente nesta condição.

Somam-se a este, outros objetivos mais específicos: a) enumerar os critérios de avaliação empregados pelo profissional de enfermagem na caracterização da dor pós-operatória; b) identificar a conduta do profissional de enfermagem diante da queixa de dor manifestada pelo paciente no pós-operatório; c) caracterizar o nível de satisfação do profissional mediante o cuidado prestado ao paciente no pós-operatório.

O resultado do estudo em questão certamente contribuirá para objetivação de condutas mais efetivas por parte dos profissionais de enfermagem em relação aos sujeitos pós-operados conduzidos à SRPA o que trará ganhos significativos na recuperação de sua saúde.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

METODOLOGIA

Tendo como base as teorias, os argumentos, os conceitos apresentados sobre a conduta da enfermagem, especificamente, a vivenciada no espaço da Sala de Recuperação Pós-anestésica enfocando a dor do paciente neste ambiente, este estudo indagou sobre a conduta na prática, deste profissional. Será que a posse de todos os conhecimentos, adquiridos no período de sua formação, garantem uma prática de qualidade que venha ao encontro das expectativas do paciente? Quais são as estratégias de identificação da dor do paciente pós-cirúrgico? Como o enfermeiro atua mediante a sua percepção da dor do paciente? Qual é o nível de satisfação destes profissionais em relação à prática implementada?

Com base nestas questões, o presente trabalho foi realizado e os resultados aparecem descritos a seguir, sob forma de categorias e subcategorias originárias das respostas dos entrevistados especificados na metodologia.

A pesquisa em pauta foi realizada em um hospital particular do interior de São Paulo, no segundo semestre do ano de 2010. Foram entrevistados os colaboradores da área de enfermagem, que trabalham na SRPA nos turnos da manhã, tarde e noite mediante autorização dos diretores da Instituição.

Fizeram parte da pesquisa os profissionais de enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico, presentes nos períodos de trabalho indicados e que aceitaram ao convite de participarem da investigação, entre eles uma enfermeira e os demais, técnicos de enfermagem. Os fatores de exclusão de profissionais para o estudo foram: colaboradores que não aceitaram fazer parte da pesquisa; que estavam de férias ou licença médica no período ou ainda de folga neste dia. Nestas condições, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi lido e assinado momentos antes da realização do questionamento sobre o tema.

A entrevista, do tipo semiestruturada norteou-se por um roteiro composto de questões elaboradas de acordo com os objetivos da investigação.

As respostas dos sujeitos foram gravadas, e transcritas na íntegra para posterior análise e discussão. Após a redação do trabalho final as respostas transcritas foram desgravadas como garantia de sigilo.

Nesta pesquisa, de natureza qualitativa, o número de sujeitos foi delimitado segundo a Técnica de Saturação que consiste em estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes para levantamento de dados, mediante o critério de novidade das respostas. Amostragem

por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas principalmente no campo da saúde. Assim, participaram do estudo 8 profissionais de enfermagem, sendo um enfermeiro e sete técnicos de enfermagem. Com base nas falas dos sujeitos, foram levantadas categorias e a análise e discussão das mesmas permitiu o alcance dos objetivos propostos neste estudo.

A análise dos dados foi realizada com emprego da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Este método processa-se em três momentos: a pré-análise, que é a fase de organização do material, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (MAY, 2002, p. 50).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA)

No Brasil, a obrigatoriedade da SRPA já fazia parte das previsões das Unidades Cirúrgicas desde 1977, pela portaria nº 400 do Ministério da Saúde, mas somente foi estabelecida em 1993, por Decreto Federal, com a resolução do CFM nº 1363/93 que este período deveria ocorrer em área física planejada, denominada Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), com uma equipe multiprofissional, composta de anesthesiologista, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, treinada e habilitada a prestar cuidados individualizados de alta complexidade (BRASIL, 2002).

No Brasil, o modelo de cálculo de pessoal de enfermagem é fundamentado no número de leitos de SRPA, sendo: um enfermeiro para cinco leitos, um técnico de enfermagem para três leitos, e um auxiliar de enfermagem para cinco leitos. (BRASIL, 1988).

Segundo Kuhn *et al.* (2008) a SRPA deve se localizar na planta física do Centro Cirúrgico (CC) ou nas suas adjacências, conforme o conceito de Philips (2004) e deve estar equipada com saídas de oxigênio e vácuo, umidificador de O₂, extensões, aparelhos de monitorização cardiopulmonar, desfibrilador, material de consumo e as medicações. Quanto à estrutura física, a SOBECC preconiza que o número de leitos na SRPA seja igual ao número de salas de cirurgias mais um leito.

Recentemente a American Society of Anesthesiologists (ASA) publicou o relatório de um grupo de trabalho designado para a elaboração de diretrizes práticas para o cuidado pós-operatório. Devem

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúdia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

ser focados os sistemas neurológico, gastrointestinal, circulatório e renal, infusão venosa, controle da dor, retorno sensor e motor das áreas afetadas pela anestesia, balanço hídrico, eliminações, verificação da incisão cirúrgica, cuidados com estabilização dos sinais vitais. (ROCHA; MORAES, 2010).

Após os cuidados emergenciais deve ser realizada a terapia de apoio como proteção e conforto do paciente, através do aquecimento, posicionamento adequado, integridade cutânea e troca de roupas molhadas etc.

Posteriormente, deve ser preenchido o impresso de admissão da SRPA, contendo identificação do paciente, e aplicado métodos de controle das suas funções fisiológicas e vitais, sendo o mais utilizado o índice de Aldrete e Kroulik.

O referido instrumento foi inspirado na Escala de Apgar para avaliação de recém-nascidos. Esta sofreu modificações em 1995, passando a avaliar a saturação de oxigênio ao invés da coloração cutânea, como na escala original. Possui escores que podem variar de 0 a 10 e analisa os seguintes aspectos do paciente: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio. O escore indicado para alta intra-hospitalar é de 8 a 10. (ATZINGER; SCHMID; NONINO, 2008).

Outro método de avaliação do paciente na SRPA é a utilização do North American Nursing Diagnosis Association (2011), sendo reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia de diagnóstico de enfermagem que desenvolve uma terminologia para descrever os importantes julgamentos que os enfermeiros fazem quando provêm cuidados para indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Tais julgamentos ou diagnósticos são base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem. (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2011).

Para Kuhnen *et al.* (2008) outra forma utilizada para analisar a evolução do paciente em recuperação anestésica cirúrgica é o diálogo direto com o ele, estimulando-o e avaliando seu estado neurológico e retorno sensório-motor das áreas afetadas pela anestesia. Assim, o questionamento sobre a presença de dor, náuseas, frio, eliminação vesical, permite a realização de medidas cabíveis para a resolução de intercorrências que diminuem o risco de infecção e preservem a integridade cutânea do paciente.

Segundo a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), os cuidados no período pós-operatório, a monitoração e os critérios de alta devem ser consistentes para todos os pacientes. O tempo de recuperação depende do tipo e da quantidade da sedação/analgesia administrada, do resultado do procedimento e da política do serviço (CAPELLO *et al.*, 2009).

É importante ressaltar que deve ser cumprida, também, a Resolução CFM nº 1363/93, presente no artigo VIII, onde os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista (OLIVEIRA FILHO, 2003).

Sobre a dor que ocorre na SRPA esta deve ser classificada como dor aguda, que é a invariavelmente produzida por lesão e/ou doença da pele, estruturas somáticas profundas ou viscerais, ou função anormal de músculos ou vísceras, na ausência de lesão.

A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por uma lesão (fratura, incisão cirúrgica, queimadura). Resulta em conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais, associadas a respostas autonômicas e comportamentais. Associa-se a elevado índice de ansiedade.

Na evolução dos quadros algícos agudos, de modo geral, há redução gradual da intensidade da dor, relacionada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada. Especula-se que a dor aguda persistente possa alterar a plasticidade do sistema nervoso, levando à cronificação da dor. Este fato tem sido apontado como mais uma das razões para o adequado controle da dor aguda.

Tendo em vista que a dor no pós-operatório é uma das complicações mais comuns, considera-se que a equipe de enfermagem na SRPA deve estar preparada e devidamente capacitada para o controle deste sintoma. A esta equipe cabe avaliar precocemente o nível e qualidade da dor apresentada pelo paciente, contribuindo assim para a minimização de seu sofrimento ao intervir no processo de manifestação da dor pós-operatória (ROCHA; MORAES, 2010).

A equipe de Enfermagem deve ter uma perspectiva ampla sobre as sensações experimentadas e relatadas pelos pacientes com dor no pós-operatório imediato porque permanece a maior parte do tempo da internação prestando assistência; entretanto, os pacientes em geral relatam insatisfação com o gerenciamento da sua dor pela Enfermagem. (PAULA *et al.*, 2011).

Na dor pós-operatória, a teoria prescreve que os instrumentos mais frequentemente utilizados à sua mensuração são ordinais, podendo ser de dois tipos: unidimensionais e multidimensionais.

Os instrumentos unidimensionais usados para quantificar a intensidade da dor são escalas de categoria numérica/ verbal (EVN) graduada de zero a dez, nas quais zero significa ausência da dor e dez, a pior dor imaginável ou analógica/ visual (EVA) que consiste de uma linha reta, não numerada, indicando-se uma extremidade a marcação de “ausência de dor”, e na outra, “pior dor imaginável”, a partir das quais os pacientes relatam e atribuem valor à dor que sentem.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

As escalas unidimensionais mais utilizadas, segundo o Ministério da Saúde (Nº 09/DGCG, 2003) e que são validadas internacionalmente são: Escala Visual Analógica (convertida em escala numérica para efeitos de registro), Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

Também são utilizados instrumentos auxiliares ao exame físico realizado pelo enfermeiro da SRPA, detectando sinais e sintomas referentes à dor aguda, a exemplo palidez, hipertensão arterial, oligúria e agitação, todos resultantes de vasoconstrição periférica, pela exacerbação do sistema nervoso simpático.

Assim o enfermeiro poderá intervir de acordo com a intensidade, localização, duração, ritmo, e os fatores que melhoram e pioram a dor (ROCHA; MORAES, 2010).

Por outro lado, o resultado de estudos recentes demonstra que, embora treinadas para avaliar a dor em suas multidimensões, para utilizar escala unidimensional validada (EAV) e para registrar tal avaliação considerando as características descritas, os enfermeiros cujos registros foram analisados neste estudo não o fizeram, ou se realizaram tal avaliação, não a deixaram registrada, o que pode gerar baixa eficácia da analgesia implementada e insatisfação dos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A DOR PÓS-OPERATÓRIA, FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO E CONDUTAS DE ENFERMAGEM: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Para Kuhnen *et al.* (2008) uma das formas mais utilizadas para analisar a evolução do paciente em recuperação anestésica cirúrgica é o diálogo direto com o mesmo, estimulando-o e avaliando seu estado neurológico e retorno sensório-motor das áreas afetadas pela anestesia. Assim, o questionamento sobre a presença de dor, náuseas, frio, eliminação vesical, permite a realização de medidas cabíveis para a resolução de intercorrências que diminuem o risco de infecção e preservem a integridade cutânea.

Na pesquisa realizada, esta forma de identificação da dor pelo enfermeiro aparece como a mais utilizada no cotidiano da SRPA em contraposição a outros recursos como a aplicação de instrumentos como o índice de Aldrete e Kroulik e o North American Nursing Diagnosis Association (2011) acima apresentados. Esta conduta de enfermagem no mínimo reducionista sugere falhas na formação do profissional, pois indica falta de competência técnica bem como falha na estrutura da instituição hospitalar. Se a comunicação verbal

e não verbal são requisitos importantes para avaliação da dor do paciente operado, os demais instrumentos citados somariam para o alcance de um resultado mais eficaz, com vistas à melhoria da saúde do sujeito.

Subcategorias

a) Comunicação verbal enfermeiro/ paciente;

Nesta modalidade, a queixa de dor pelo paciente é apresentada oralmente, normalmente em respostas às perguntas do enfermeiro. Abaixo, aparecem transcritas as falas de alguns depoentes:

- A gente pergunta se a dor é muito forte [...]
- Normalmente eu pergunto onde é a dor [...]
- Pedem-se para colocar a mão no local onde está doendo [...]
- Você pergunta para pessoa se está moderada ou não e se está suportável ou não [...]

b) Comunicação não verbal.

Neste aspecto a dor do paciente é interpretada pelo enfermeiro mediante uma linguagem não verbal: manifestações de gestos, expressões, movimentos, etc...

Abaixo aparecem transcritas algumas frases dos depoentes que ilustram esta modalidade.

- As vezes pela expressão facial que a gente identifica [...]
- Tem paciente que sente muita dor que até chora, desconforto, taquicardia, agitação com desconforto, aumento da pressão arterial [...]
- Verifica-se a pressão arterial, mudança dos sinais vitais nos primeiros quinze minutos na SRPA [...]
- [...] expressão facial como as reações da face e choro [...]
- Percebo a fisionomia do paciente quando vem da sala de cirurgia, ele vem anestesiado, alguns deles você percebe nas expressões deles. Então a gente acaba tendo este parâmetro, vai percebendo pela fisionomia dele, a gente vê a intensidade da dor.

Avaliação da dor tendo como parâmetro a sua relação com o tipo de cirurgia realizada

O local e o tipo de cirurgia interferem na resposta da dor do indivíduo, como as cirurgias abdominais altas, cardíacas e pulmonares,

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

sendo esta responsável pela respiração superficial, com consequentemente diminuição da capacidade vital, capacidade residual funcional, retenção de secreção e atelectasia.

Outro critério adotado pelo profissional na avaliação da dor do paciente, diz respeito a esta e ao tipo de cirurgia realizado.

Para ilustração deste quesito selecionou-se algumas falas dos sujeitos da pesquisa:

- Verifico se tem relação com a cirurgia realizada ou se há desconforto pela posição da maca [...]
- Eu entendo a dor como um desconforto para o paciente associado ao procedimento realizado [...]

Existência de Distensão Vesical

A retenção urinária acontece com frequência no pós-operatório, geralmente o paciente vincula esta dor ao ato cirúrgico não conseguindo identificá-la, cabendo assim ao profissional de enfermagem avaliá-la.

A retenção urinária possui diversas causas, mas é comum que apareça após qualquer tipo de cirurgia que se utilize anestesia raqui-medular, ou seja, a paralisia temporária dos órgãos da cintura para baixo. Mesmo após ter passado a anestesia, pode acontecer que a pessoa tenha dificuldade para começar o ato de urinar, por causa da ação da anestesia sobre a bexiga, mas esse tipo de retenção desaparece por completo logo nos primeiros dias.

A etiologia da retenção urinária pós-operatória está relacionada ao uso de drogas anticolinérgicas ou analgésicas, tipo de cirurgia, terapia intravenosa, posição e perda da privacidade do paciente durante a micção (FERNANDES; COSTA; SARAIVA, 2007).

Embora alguns pacientes sejam assintomáticos, frequentemente há manifestações clínicas que incluem: incapacidade de urinar, dor supra-púbica, distensão abdominal, bexiga palpável, inquietude no leito, urgência urinária, calafrios, arrepios, sudorese e cefaléia.

Este critério de avaliação da dor foi citado por alguns profissionais em resposta às questões da entrevista, a saber:

- [...] se estiver com bexigoma ou PA alta a gente vai avaliar a dor
- [...] se está doendo o abdome pode estar com a bexiga cheia, a gente vai fazer uma análise pra ver vê não está com bexigoma.
- Identifico se a dor é realmente da cirurgia ou de desconforto como o bexigoma [...]

FORMAS DE CONDUTAS INTERVENTIVAS DE ENFERMAGEM MEDIANTE A QUEIXA DE DOR DO PACIENTE

a) Condutas de caráter imediato;

As condutas mediadas pela equipe de enfermagem são caracterizadas por medidas de conforto ao paciente, sendo as mais empregadas o aquecimento do paciente, mudança de decúbito, nos casos de distensão vesical, abrir a torneira para que o barulho estimule a micção, colocação de biombos para preservar a privacidade do paciente, oferecer comadre ou papagaio, e colocar compressas mornas na região supra-púbica.

A assistência de enfermagem não deve se resumir ao atendimento imediato das queixas do paciente, pois para o profissional atuar com maior precisão, é necessário o conhecimento de todo o processo. A assistência de enfermagem deve ser embasada cientificamente, ter domínio de técnicas, estar treinada para atuar na SRPA, com pacientes graves e instáveis, seguindo a sistematização de enfermagem.

Este conhecimento faz com que o paciente se sinta mais seguro e confiante nos cuidados prestados, obtendo assim melhores resultados à sua recuperação.

- Fico atenta ao sinal de bexigoma para oferecer a comadre [...]
- Só se for uma medida de conforto, mudança de decúbito, compressa fria ou quente, proporcionar um ambiente mais tranquilo.
- Deve verificar a posição do paciente e passar segurança para ele e conforto [...]
- [...] aqueço o paciente com manta térmica.

b) Condutas mediadas por consulta ao médico;

Para que a assistência ao paciente ocorra de maneira eficaz, deve haver a participação de todos os membros da equipe de forma articulada em todo o processo desde a sua recepção, permanência e alta.

Com relação a este aspecto, alguns profissionais que atuam na SRPA, participantes desta pesquisa pronunciaram a necessidade do trabalho em equipe salientando a necessidade da presença do médico anestesista e seu papel na minimização da dor do paciente pós-cirúrgico. Nas falas dos sujeitos nota-se o desejo de se fundamentar a prática na prescrição do médico anesthesiologista. Neste aspecto, mostraram-se ansiosos ao relatarem a dificuldade de encontrar este profissional no momento necessário. Em virtude da estrutura das instituições de saúde, este profissional, preenche o seu horário em

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

várias atividades não estando sempre disponível para atender às solicitações do enfermeiro, diretamente ao lado do paciente na SRPA.

- Após identificação, vou comunicar o médico anesthesiologista, é ele quem vai prescrever a medicação, via e dose.
- É comunico o médico com relação a essa dor e ele com certeza vai prescrever.
- [...] o mais importante é a medicação mesmo.
- [...] Falar com o anesthesiologista é o protocolo.

c) Condutas aplicadas mediante normas da instituição: existência de um protocolo como guia de condutas e rotinas da unidade

Transportando-se a área hospitalar, onde a maioria das instituições que primam por qualidade aderiram a era da Acreditação hospitalar, o termo protocolo se faz comum e obrigatório para a padronização de normas e condutas dentro dessas instituições.

Apesar da instituição em estudo estar engajada a estes processos, na SRPA, a maioria dos funcionários não tem conhecimento do protocolo dentro da unidade, havendo divergências de informações, conforme se constatou através das falas dos sujeitos da pesquisa.

- Tem uns papeis para fazer
- Quanto ao protocolo realmente não sei dizer se ele existe

O índice de Aldrete e Kroulik é protocolo a ser o utilizado na SRPA, mas apenas uma participante, sendo esta a única enfermeira presente na pesquisa, referiu este método como protocolo. Este índice é usado na maioria dos hospitais, pois permite o controle das funções fisiológicas e proporciona uma assistência de enfermagem segura e contínua aos pacientes.

Em casos como o distensão vesical, complicação comum na SRPA, vale ressaltar a importância de um protocolo, que permitisse a realização da sondagem vesical de alívio, mediante a constatação de retenção urinária, assegurando a realização imediata da técnica, o que proporcionaria a otimização das condutas para o alívio da dor.

O cateterismo intermitente asséptico tem sido indicado como tratamento de escolha nesse tipo de intercorrência clínica, visando reduzir riscos de complicações mecânicas e infecciosas, diminuir dor e desconforto.

Outra variável foi atribuir a solicitação do anestesista como protocolo:

- [...] Falar com o anesthesiologista é o protocolo.

O anestesista é parte integrante da equipe e não um protocolo a ser seguido. Esta observação reflete uma equipe paternalista, onde o anestesista resolve tudo e a equipe de enfermagem assume o papel de cuidadora, simplesmente, sem embasamento científico algum.

O que se constatou na pesquisa foi uma falta de conhecimento sobre o método já implantado de utilização deste protocolo e queixa sobre a precária comunicação entre os membros da equipe.

A enfermeira é a líder de sua equipe e recai sobre ela a responsabilidade de uma gestão capaz de conduzir um grupo de pessoas, transformando-o numa equipe que gera resultados, motivando e influenciando os liderados, de forma ética e positiva, utilizando como ferramenta o conhecimento inerente a sua formação.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL

São vários os fatores que interferem no nível de satisfação dos profissionais, para apontarmos cada um deles, nos reportaremos ao conceito do que é, e o que representa a palavra qualidade dentro da SRPA.

Quando pensamos em qualidade, em regra, pensamos em recursos humanos, qualificados e em número suficiente; o uso de bons materiais e equipamentos; a prestação de assistência ao cliente de maneira holística, e estrutura de serviço adequada, entre outros aspectos.

A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e subjetivo. Diversos autores conceituam-na como estado emocional prazeroso, resultante de múltiplos aspectos de trabalho, podendo ser influenciada pela concepção do mundo, afetando, assim, sua atitude em relação a si mesma, à família e a organização. (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem sobre a produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos clientes. Na saúde estes predicados estão acompanhados da satisfação por aliviar o sofrimento alheio, em contrapartida, permeia a insatisfação com a sobrecarga de trabalho, e condições precárias que levam à exaustão física e mental. (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Insatisfação com a própria conduta

Com relação a pesquisa realizada a fala dos profissionais em regra mostraram um grau de insatisfação com a própria conduta na SRPA,

COSTALINO, Lúdia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

provavelmente resultante da sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado dos profissionais, que restringem o atendimento ao básico, o que gera certo grau de insatisfação, demonstrado pela expressão: *Eu faço o que eu posso*.

Seguem algumas falas dos participantes da pesquisa as quais nos permitem chegar a estas conclusões:

- [...] o nível de satisfação consequentemente não é muito bom, depende do dia e da quantidade de funcionários [...]
- Eu sinto feliz com o meu trabalho, faço corretamente, mas acho que poderia ser melhorado, com mais funcionários na SRPA [...]
- Olha, eu considero, eu gostaria de ter tempo para ser mais ainda, mas eu procuro fazer no meu limite o que eu posso [...]
- Eu saio feliz com o meu serviço, eu faço da maneira correta, fazendo o que eu posso para sair com a consciência tranquila [...]

Aliado a isto, está a falta de formação adequada, fazendo com que o profissional não consiga atuar com qualidade, o que geraria um nível de satisfação mais alto, sendo indicada para esta situação a inclusão destes profissionais em programas de educação continuada e cursos de aperfeiçoamento.

Sugere-se a valorização da equipe de enfermagem, por meio de diálogo, incentivos, melhora no sistema de comunicação interna e no desempenho de suas condutas assistenciais, pois uma equipe só é integrada e possui qualidade, quando ela expressa a mesma linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao correlacionar a percepção do profissional de enfermagem e a conduta interventiva por ele implementada no manejo da dor pós-operatória, constatou-se diversas lacunas para o tratamento adequado da dor e de seus efeitos deletérios no organismo.

A dor pós-operatória é uma ocorrência constante na SRPA. Pode-se primeiramente, classificá-la, como aguda, sendo aquela que apresenta início súbito, curta duração e término previsível, atuando como alarme do organismo quando algo errado. Acionado este alarme, é necessário uma mudança no posicionamento da equipe multiprofissional, bem como da própria organização de saúde, que estabelece a dor como um sinal que demanda um padrão de cuidado e como um dos indicadores de qualidade da assistência prestada conforme a literatura referenciada neste trabalho.

Da mesma forma, segundo vários autores indicados como base para a discussão da problemática proposta neste estudo, ficou clara a necessidade de uma filosofia de assistência de enfermagem perioperatória, que operacionalize um referencial teórico básico abrangendo os conceitos de assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada objetivando uma comunicação adequada e eficiente nas três fases: pré, trans e pós-operatórias.

Através da utilização do SAEP adicionado à utilização do Índice de Aldrete e Kroulik o enfermeiro tem a possibilidade de prestar, avaliar o cuidado e, proporcionar maior segurança ao paciente cirúrgico. Para que isso aconteça é necessário que se tenha uma comunicação adequada entre os profissionais que abrange todo o período peri e transoperatório. Estes são considerados os métodos de escolhamais utilizados nas instituições dentro da SRPA, entretanto apesar da sua utilização de rotina, os profissionais de enfermagem desconhecem sua utilidade como protocolo e como método auxiliar para avaliação da dor, conforme resultados da investigação realizada neste trabalho.

A intervenção de enfermagem deve ter como enfoque principal a segurança do paciente e, para tanto, é necessário que haja um número de enfermeiros suficientes. Para o dimensionamento de recursos humanos, se propõe um cálculo de enfermagem em relação ao número de pacientes na SRPA.

Em relação à pesquisa realizada a fala dos profissionais em regra mostraram um grau de insatisfação com a própria conduta na SRPA, provavelmente resultante da sobrecarga de trabalho, dimensionamento inadequado dos profissionais, que restringem o atendimento ao básico, o que gera certo grau de insatisfação.

Aliado a isto, está à falta de formação adequada, fazendo com que o profissional não consiga atuar com qualidade submetendo muitas vezes os pacientes a riscos oriundos de negligência e ou imprudências em suas condutas.

A incidência de complicações na SRPA muitas vezes está relacionada a fatores extrínsecos centrados no grau de competência do profissional de enfermagem que é possível de ser superada com treinamentos, supervisão com participação da educação continuada na instituição, desenvolvimento de rotinas, inspeção periódica de aparelhos e equipamentos, e melhoria de recursos humanos.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para reconhecer os sinais e sintomas, juntamente com a avaliação do anestesista na previsão e no impedimento das complicações no pós-operatório.

O médico anestesiológista é considerado como um dos profissionais que integram a equipe na SRPA, conforme descrito na Reso-

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

lução RDC 50, de FEV de 2002 da ANVISA, mas na prática sua presença fica restrita ao acompanhamento de pacientes graves até a SRPA ou a visitas rápidas a este local.

Como as intervenções cirúrgicas habitualmente causam lesão tecidual, a dor é um sintoma comum em toda SRPA. Se o anestesista estivesse presente poderia atuar com maior precisão. No entanto, a responsabilidade recai sobre o enfermeiro, que, através unicamente do exame físico e da fala do paciente se vê obrigado a configurar um diagnóstico nem sempre preciso em relação à dor e outras complicações que a envolve.

Baseado em indicadores externos como palidez, hipertensão arterial, ligúrias e agitação, todos resultantes de vasoconstrição periférica, pela exacerbação do sistema nervoso simpático, o enfermeiro direciona as suas condutas interventivas viabilizando ações nem sempre as mais eficazes. Do outro lado deste processo está o paciente, colocado sempre como o objetivo maior de todo procedimento médico, mas nem sempre respeitado em seus direitos.

Os resultados deste estudo evidenciam a grande distância entre a teoria e a prática no cotidiano de profissionais que trabalham especificamente em SRPA.

Para que a assistência ao paciente ocorra de maneira eficaz, deve haver a participação de todos os membros da equipe de forma articulada em todo o processo desde recepção do paciente, permanência e alta. De acordo com o pronunciamento dos entrevistados, esta articulação é precária ou inexistente na prática. Assim, em atividade isolada, de fato, o enfermeiro faz o que pode.

Conforme já enunciado na literatura, na avaliação do estado fisiológico dos pacientes no pós-operatório imediato, deve-se utilizar a metodologia de Aldrete e Kroulik, que após atingir a somatória dos pontos estabelecidos, indica a possibilidade de alta na SRPA. Neste aspecto, as falas dos participantes da investigação denunciam o não uso desta metodologia. Deve-se também atender a Resolução CFM nº 1363/93, presente no artigo VIII, onde os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista. Portanto, a conduta interventiva do médico é intransferível.

Esta conduta deve se referir não somente ao período operatório, mas a todo tempo de internação, estendendo os cuidados na preparação do paciente e família, na tentativa de tratar e minimizar os fenômenos algícos.

Para o profissional que lida diariamente com a manifestação dolorosa, esta é uma inesgotável fonte de estudo, sendo necessária muita dedicação por parte destes profissionais para compreensão do

fenômeno álgico, corroborando com uma assistência de enfermagem mais assertiva e eficiente colaborando assim com os demais membros da equipe profissional que deve atender ao paciente desde o primeiro momento de sua internação.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

COSTALINO, Lúdia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.

REFERÊNCIAS

ATZINGER, M. D. V.; SCHMID, D. R. C.; NONINO, E. A. P. Elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação no pós-operatório imediato com base no protocolo do Advanced Trauma Life Suport. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 616-623, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v21n4/en_a13v21n4.pdf>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002. In: **Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica**: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. Brasília, DF: ANVISA, 2002.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Enfermagem**: contribuição para o cálculo de recursos humanos na área. Rio de Janeiro: INAMPS, 1988.

BRUNNER; SUDDART. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v.1.

CAPELLO, R. G. et al. Intervenções de enfermagem na recuperação anestésica: controle da dor, náuseas, hipotermia e outras complicações do pós-operatório. **Revista Dor**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2009. Disponível em:

<http://unimagemwebcast.com.br/webcast/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_2/10_2_f.htm>.

FERNANDES, M. C. B. C.; COSTA, V. V.; SARAIVA, R. A. Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opióides. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 318-322, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a19.pdf>.

KUHNEN, A. C. et al. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). **Bibliomed**, 2008. Disponível em: <www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0547.pdf>.

MAY, L. E. **A atuação da enfermeira frente à dor do cliente em pós-operatório**: uma abordagem humanizada. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0382.pdf>>.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Lati-**

no-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2009-2011. Tradução: Regina Machado Garcez et al. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OLIVEIRA FILHO, G. R. Rotinas de Cuidados Pós-Anestésicos de Anestesiologistas Brasileiros. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 53, n. 4, p. 518-534, jun./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v53n4/v53n4a12.pdf>>.

OLIVEIRA, R. M. et al. Dor e analgesia pós-operatória: Análise dos registros em prontuários. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 251-255, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n4/v14n4a04.pdf>>.

PAULA, G. R. et al. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 265-269, jul./set. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a14>>.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-276, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2.pdf>>.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Estimação em categorias dos descritores da dor-operatória. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão preto, v. 6, n. 4, p. 41-48, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13874.pdf>>.

ROCHA, L. S; MORAES, M. W. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 254-258, jul./set. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11_n3/a1472.pdf>.

TEIXEIRA, M. J; OKADA, M. A dor na antiguidade: punição dos deuses à qualidade sensorial. **Liga da Dor - UFCSPA**, 2001. Disponível em: <<http://ligadador.ufcspa.edu.br/Paginas/historiadador.html>>.

COSTALINO, Lúcia Regina. A enfermagem e a dor do paciente na sala de recuperação pós-anestésica: formas de identificação e condutas interventivas. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 231-250, 2015.