

Taís Pagliuco Barbosa¹, Lúcia Marinilza Beccaria², Roseli Aparecida Matheus Pereira²

Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva

Evaluation of postoperative pain experience in intensive care unit patients

1. Curso Acadêmico em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP), Brasil.

2. Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Verificar a experiência dos pacientes submetidos a grandes cirurgias que realizaram pós-operatório em unidade de terapia intensiva.

Método: Trata-se de estudo observacional, prospectivo, avaliando pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva em pós-operatório e que tiveram alta para uma das enfermarias do hospital. Todos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os pacientes com dificuldades na comunicação. A coleta de dados foi por meio de entrevista composta por 13 questões relacionadas a dor.

Resultados: Foram incluídos 167 pacientes, sendo 69,5% do sexo masculino, de 50 a 59 anos, permanecendo de um a três dias internados na unidade de terapia intensiva. Oitenta e cinco por cento dos pacientes não relataram dificuldades para

expressar a dor, 98,8% foram questionados e medicados rapidamente quando apresentaram sintomas de dor, 54,5% foram abordados somente sobre a presença ou não de dor, não utilizando escalas de mensuração e a situação mais dolorosa relatada foi o incômodo devido à incisão cirúrgica e posição no leito.

Conclusão: Houve maior preocupação da equipe de enfermagem com a ocorrência de dor e não com a qualidade, intensidade ou quanto o estímulo doloroso poderia estar gerando incômodo ao paciente, além da não utilização de escalas para avaliação clínica e individual da dor, necessitando de um treinamento contínuo com os profissionais de enfermagem no sentido de abordar e valorizar as queixas algícas dos pacientes.

Descritores: Dor pós-operatória; Medição da dor; Unidades de terapia intensiva

Estudo realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 6 de setembro de 2011

Aceito em 8 de novembro de 2011

Autor correspondente:

Taís Pagliuco Barbosa
Rua José Félix Damasceno, 448 -
Centro
CEP: 15425-000 – Embaúba (SP),
Brasil.
E-mail: tais_pagly@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) recebe pacientes criticamente enfermos que necessitam de tratamento especializado e vigilância constante, exigindo do enfermeiro conhecimento relacionado aos recursos físicos, materiais e humanos.⁽¹⁾ Porém, este profissional pode apresentar dificuldades na tomada de decisão, se não tiver habilidades específicas para lidar com as queixas algícas dos pacientes.⁽²⁾

Há vários estudos que retratam os profissionais de saúde frente à dor de seus pacientes, porém, pouco se encontra na ótica de quem vivencia essa dor. O pós-operatório de grandes cirurgias é um período considerado doloroso para os pacientes, onde a dor é a complicação mais frequente.⁽²⁾

Em UTIs, a presença de dor em pós-operatório acarreta aumento substancial do desconforto, além de frequentemente o paciente em estado crítico estar impossibilitado ou com dificuldade de comunicar seu sofrimento pelo uso frequente e

imperativo de artefatos e restrições impostas pelos métodos terapêuticos⁽³⁾ Desse modo, o alívio da dor e a promoção de conforto destes pacientes deve ser prioritário, não apenas por razões humanas e éticas, mas também pela melhora que produz no estado físico, mental e social do paciente.⁽⁴⁾

O enfermeiro em UTI assume papel preponderante na avaliação precisa da experiência dolorosa e na promoção, manutenção e restauração do conforto frente a vivência da dor e suas consequências. Ele tem responsabilidade profissional e ética de manejar a dor e aliviar o sofrimento.⁽⁵⁾ O tratamento da dor na UTI requer conhecimento dos mecanismos nociceptivos e do impacto da dor sobre o bem-estar do paciente, bem como, o comprometimento profissional com o tratamento adequado da dor.⁽⁶⁾

O processo de avaliação da dor é amplo e envolve a obtenção de informações relacionadas a data de início, localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidades sensoriais e afetivas do paciente, fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a sua intensidade. O alívio da dor é um pré-requisito para que o paciente obtenha uma ótima recuperação e qualidade de vida.⁽³⁾

O estímulo doloroso é considerado o quinto sinal vital e deve ser verificado ao mesmo tempo em que são avaliados o pulso, a respiração, a pressão arterial e a temperatura.⁽⁷⁾ A atuação da equipe de saúde, de modo independente e colaborativo ajuda na identificação das queixas algícas, selecionando estratégias para o seu controle, baseadas em avaliações que são compartilhadas entre os diversos plantões e dentro da equipe multiprofissional.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Nas últimas décadas ocorreram avanços referentes à elaboração de instrumentos que facilitam a comunicação entre pacientes e profissionais, possibilitando conhecer melhor a incidência, a duração e a intensidade da dor.⁽⁷⁾

Os profissionais de enfermagem podem utilizar a escala numérica, classificando a dor de 0 (ausência de dor) a 10 (pior dor já sentida). Também é conhecida a escala analógica-visual (desenhos de rostos com expressões faciais), representando desde a ausência até a pior dor já sentida e a escala verbal, com perguntas sobre suas características (tipo, intensidade). Entretanto, o uso destas escalas na assistência de enfermagem é complexa e seu sucesso depende do interesse e comprometimento dos profissionais em todos os níveis e funções.⁽¹¹⁾

Atualmente tem-se dado muita ênfase na necessidade de humanizar o ambiente em UTI. Um programa de humanização hospitalar supõe estabelecer um ambiente, um cuidado humano e uma cultura de respeito e valorização não da doença, mas do ser humano que adoece, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.⁽¹²⁾ A humanização das UTI está intimamente vinculada à atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes, controlando a dor e a ansiedade, dando ao paciente um maior conforto, apoio

psicológico e emocional.⁽¹³⁾

A relação dor/pós-operatório é foco desse estudo, partindo do princípio que o paciente cirúrgico faz parte, em número considerável, da população das UTIs. A atenção nestes aspectos pode colaborar com cuidados mais humanizados e que previnam danos aos clientes. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a experiência dos pacientes submetidos a grandes cirurgias que realizaram pós-operatório em unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de campo com abordagem quantitativa, descritiva, realizada em uma instituição hospitalar do noroeste paulista, nas unidades de internações que recebem pacientes em pós-operatório provindos das UTIs. O hospital é de ensino, geral, com 773 leitos e possui três UTIs. A UTI geral é composta por 26 leitos e presta atendimento a pacientes clínicos e cirúrgicos, a UTI coronariana (UCOR) contém 24 leitos divididos entre o tratamento clínico, semi-intensivo e pós-operatório e a UTI da emergência tem 21 leitos para tratamento de pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram do estudo todos os pacientes maiores de 18 anos que realizaram procedimento cirúrgico, permanecendo na UTI no pós-operatório imediato (UTI Geral, UCOR e UTI Emergência) e que dela tiveram alta para uma das enfermarias do hospital. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e informado concordando com a participação no estudo. Foram excluídos os pacientes com dificuldade de comunicação. A pesquisa foi realizada no período de agosto à dezembro de 2009. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob o protocolo n° 2340/2008.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado contendo informações referentes aos pacientes, como idade, sexo, cirurgia realizada, unidade de internação, o local da UTI e o tempo em que permaneceu internado no pós-operatório imediato. Os questionamentos acerca das experiências vivenciadas no pós-operatório em UTI estavam relacionados à assistência de enfermagem prestada, sendo baseados na dificuldade do paciente para expressar a dor, como era o atendimento e a eficiência dos profissionais em relação ao alívio da dor e situações que a provocavam (Anexo 1).

Os questionários foram preenchidos pelos pesquisadores durante a entrevista, individualmente, com cada paciente à beira do leito. Para saber a unidade e o leito que os pacientes pós-cirúrgicos se encontravam após a alta da UTI, os livros de alta/admissão de cada unidade foram consultados.

A análise estatística foi feita de forma apenas descritiva,

utilizando-se o programa Epi-Info 6.04 e o programa Statistica 6.0 da Statsoft Inc. Os dados categóricos foram expressos em número e percentual e os dados contínuos em média \pm desvio padrão (DP) ou mediana (mínimo-máximo), de acordo com a distribuição da variável.

RESULTADOS

No período do estudo, 167 pacientes foram entrevistados, sendo 69,5% do gênero masculino e 30,5% do feminino. A idade média foi de $54,35 \pm 16,02$ anos, com mediana de 57 (18-89) anos. Em relação ao diagnóstico dos pacientes, 43,7% realizaram cirurgia cardíaca, 11,9% cirurgia gástrica e ortopédica, 10,8% cirurgia intestinal, 3,6% cirurgia retal, 2,4% cirurgia hepática, 1,8% cirurgia renal e 0,5% realizaram cirurgia vascular.

Setenta e um pacientes procederam da UTI Coronária (UCOR) e em seguida foram admitidos na unidade de internação do 3º andar, especializada em cardiologia; 65 da UTI Geral, admitidos em diversas unidades de internação que acolhem pacientes pós-cirúrgicos adultos, ficando concentrados principalmente no 6º andar, caracterizado como uma

unidade cirúrgica e 31 da UTI Emergência, sendo encontrados no 2º, 3º, 4º, 5º e 6º andar, nas especialidades de geriatria, oncologia, cardiologia, obstetrícia, neurologia e ortopedia. Quanto ao tempo de permanência na UTI, 46,3% dos pacientes permaneceram em média $3,0 \pm 1,0$ dias internados. Na tabela 1 está apresentada a distribuição dos pacientes segundo a unidade de internação pós-alta e seu tempo de permanência nas UTIs.

Quanto à dificuldade para expressar a dor, 142 pacientes (85%) disseram que não sentiram dificuldade e 165 pacientes (98,8%) demonstraram satisfação no atendimento oferecido pela equipe da UTI. Em relação ao efeito dos medicamentos, 137 pacientes (82%) destacaram que os mesmos aliviavam totalmente a dor.

No que se refere ao controle da dor, 165 pacientes (98,8%) foram questionados várias vezes ao dia pelos profissionais de enfermagem, sendo que 91 pacientes (54,5%) destacaram que eram questionados apenas sobre a presença ou não de dor e 68 pacientes (40,8%) foram abordados por meio de escala numérica (número zero: ausência de dor; número dez: pior dor já sentida). Na tabela 2 estão apresentadas as experiências dos pacientes em relação à dor no pós-operatório.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo a unidade de internação pós-alta e seu tempo de permanência nas unidades de terapia intensiva

Unidade de internação	UTI geral		UCOR		UTI emergência		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2º Andar	02	3,0	0	0	03	9,7	05	31,1
3º Andar	12	18,5	71	28,2	01	3,3	84	50,3
4º Andar	03	4,7	0	0	0	0	03	1,8
5º Andar	06	9,2	0	0	01	3,2	07	4,1
6º Andar	42	64,6	0	0	26	83,9	68	40,7
Total	65	100	71	100	31	100	167	100
Tempo de permanência na UTI	N	%	N	%	N	%	N	%
Apenas 1 dia	05	7,7	02	2,9	03	9,7	10	5,9
3 dias	34	52,3	33	46,5	11	35,5	78	46,7
5 dias	09	13,9	15	21,1	05	16,1	29	17,3
Mais que 5 dias	17	26,1	21	29,6	12	38,7	50	29,9
Total	65	100	71	100	31	100	167	100

UTI – unidade de terapia intensiva; UCOR – unidade de terapia intensiva coronariana.

Tabela 2 – Análise dos pacientes sobre a avaliação e atendimento da dor no pós-operatório nas unidades de terapia intensiva

	UTI geral		UCOR		UTI Emergência		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dificuldade para expressar a dor								
Sim	10	15,4	10	14,1	05	16,1	25	14,9
Não	55	84,6	61	85,9	26	83,9	142	85,1
Dificuldade relatada								
Dificuldade para falar	10	100	10	100	05	100	25	100

Continua...

Tabela 2 – Continuação

	UTI geral		UCOR		UTI Emergência		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento quanto à queixa dolorosa								
Sim, mas demorava para ser medicado	01	1,5	0	0	0	0	01	1,5
Sim, era medicado rapidamente	64	98,5	71	100	31	100	166	98,5
Efeito dos medicamentos								
Não, não aliviavam nada	01	1,5	01	1,4	0	0	02	1,2
Sim, parcialmente	13	20,0	09	12,7	06	19,3	28	16,8
Sim, totalmente	51	78,5	61	85,9	25	80,7	137	82,1
Frequência dos questionamentos								
Sim, apenas uma ou duas vezes no dia	01	1,55	01	1,4	0	0	02	1,2
Sim, várias vezes pelos profissionais de enfermagem	64	98,5	70	98,6	31	100	165	98,8
Tipo de questionamento								
Uso da escala verbal	01	1,5	03	4,2	01	3,2	05	2,9
Uso da escala analógica visual	03	4,7	0	0	0	0	03	1,8
Uso da escala numérica	03	38,5	28	39,4	15	48,4	68	40,7

UTI – unidade de terapia intensiva; UCOR – unidade de terapia intensiva coronariana.

Tabela 3 – Principais causas geradoras da dor vivenciada pelo paciente em pós-operatório nas unidades de terapia intensiva

	UTI geral		UCOR		UTI emergência		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Experiência de dor								
No uso de algum aparelho de monitorização	0	0	01	1,4	0	0	01	0,6
Desconforto após extubação	0	0	01	1,4	0	0	01	0,6
Precordialgia	0	0	01	1,4	0	0	01	0,6
Transporte	0	0	01	1,4	0	01	01	0,6
Cefaléia	0	0	02	2,8	0	01	02	1,2
Não senti dor	01	1,5	03	4,2	0	0	04	2,4
Nas eliminações fisiológicas	03	4,6	0	0	01	3,2	04	2,4
Na alimentação	02	3,1	0	0	04	12,9	06	3,6
Em punção ou passagem de cateteres	04	6,2	02	2,8	04	12,9	10	5,9
Mudança de decúbito ou movimentar-se no leito	05	7,7	08	11,3	01	3,2	14	8,4
No banho e higiene	04	6,2	07	9,9	04	12,9	15	8,9
Nos drenos	04	6,2	14	19,7	0	0	18	10,8
Na realização de curativo	07	10,1	09	12,7	03	9,7	19	11,4
Nas sondagens	10	15,4	07	9,9	05	16,1	22	13,2
Incômodo em posição no leito, dor nas costas	11	16,9	10	14,1	03	9,7	24	14,4
Na incisão cirúrgica	14	21,5	06	8,4	05	16,1	25	14,9
Total	65	100	71	100	31	100	167	100

UTI – unidade de terapia intensiva; UCOR – unidade de terapia intensiva coronariana.

A situação considerada mais dolorosa pelos pacientes foi a incisão cirúrgica (14,9%), e em 14,4% houve relato de dores nas costas. Na tabela 3 estão apresentadas as experiências de dor vivenciadas pelos pacientes.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi constatado que a maioria dos pacientes era do gênero masculino (69,7%), corroborando com um es-

tudo realizado em um hospital público de São Paulo que caracterizava o perfil dos pacientes submetidos às grandes cirurgias, sendo também a maioria do sexo masculino (57,7%).⁽¹⁴⁾ Em relação às cirurgias realizadas pelos pacientes, as cardíacas foram as mais prevalentes, por necessitarem de acompanhamento intensivo devido aos riscos pós-operatórios.

Na UCOR e na UTI geral a maior parte dos pacientes permaneceu entre dois e três dias. Na UTI da emergência uma parcela maior dos pacientes permaneceu mais do que 5

dias. Entretanto, apesar do tempo de permanência já ter sido associado a aumento da frequência de dor,⁽¹¹⁾ não foi possível estudar essa associação em nosso estudo, pois foi feita apenas análise descritiva. A dor, juntamente com outros fatores estressantes, expõe o indivíduo a um ambiente hostil, exacerbando pela atemporalidade, deixando-o vulnerável.⁽¹⁵⁾

Embora a maioria não tenha sentido dificuldade para expressar sua dor, 25 pacientes (14,9%) afirmaram sentir algum tipo de alteração, principalmente ao falar, devido ao uso de máscara de nebulização e/ou desconforto na garganta após a extubação. As dificuldades na fala diminuem a troca mútua de informações entre o paciente e o profissional, prejudicando o vínculo afetivo, fazendo com que diminua a segurança, pois a falta de comunicação pode provocar sentimentos de frustração, medo, confusão e até isolamento.⁽¹⁶⁾

O atendimento aos pacientes foi considerado satisfatório (98,5%), corroborando com um trabalho realizado sobre qualidade e humanização do atendimento da equipe em medicina intensiva, havendo um índice de satisfação com a equipe de enfermagem de uma forma geral de 95%, em que os pacientes se sentiram a vontade para expressar suas necessidades e queixas, inclusive as dolorosas.⁽¹⁷⁾ A equipe de enfermagem, na maioria das vezes, é vista pelo paciente como figuras protetoras, num momento de sofrimento e fragilidade, cuidando de suas necessidades.⁽¹⁸⁾

O tratamento da dor com emprego de técnicas farmacológicas se faz indispensável no momento pós-cirúrgico, a fim de promover conforto e prevenir estímulos dolorosos prolongados que submetem o paciente a um maior sofrimento e à complicações.⁽¹⁹⁾ A eficácia dos medicamentos mostrou-se efetiva, uma vez que 82,1% dos pacientes relataram alívio total da dor, corroborando com estudos sobre controle da dor pós-operatória em que os resultados demonstraram que a magnitude da dor foi pequena, quando utilizados métodos analgésicos potentes e oportunos para a situação.^(19,20)

A farmacologia parece a melhor forma para controlar e combater a dor, porém existem outras medidas que podem ser usadas pela enfermagem, que independem da prescrição médica. Os enfermeiros podem lançar mão de técnicas de relaxamento e distração proporcionando ao paciente uma maior sensação de controle da dor. Essas técnicas são especialmente úteis, quando se deseja executar um procedimento doloroso, como a troca de um curativo, ou durante o período em que se espera pelo efeito analgésico de medicamentos administrados. O enfermeiro pode, também, transmitir ao paciente que está ciente de sua dor e que deseja efetuar mudanças na assistência para minimizá-la.⁽²¹⁾

Estes profissionais também elegem a analgesia como um método imprescindível para a promoção de um pós-operatório mais confortável.⁽²¹⁾ Porém existe uma subestimação da

dor, principalmente por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois muitas vezes a avaliação da dor e seu alívio são objetivos secundários da assistência, ocorrendo falta de ações para a prevenção de dor, esperando-se o paciente sentir dor para depois tratá-la com medicamentos.⁽¹³⁾

A preocupação da equipe de enfermagem quanto à queixa dolorosa foi evidente, pois 98,8% dos pacientes foram diariamente questionados em diversos momentos. Entretanto, a forma de abordar o paciente apenas com questionamentos não condiz com a literatura, que reforça a importância da aplicação de escalas de avaliação de dor por mostrar-se mais adequada para uma terapêutica eficaz.⁽⁷⁾

A falta de conhecimento sobre o uso das escalas de avaliação da dor, prejudica o tratamento e a evolução dos pacientes.⁽⁷⁾ Porém, os profissionais de enfermagem consideram estas escalas como instrumentos importantes para a qualidade da assistência e recomendados para pacientes hospitalizados, no reconhecimento, quantificação e no tratamento da dor. Estas escalas de dor facilitam a interação e comunicação entre os membros da equipe de saúde, que passam a atentar e perceber a evolução da dor em cada paciente e a verificar a resposta frente à terapia. Preferencialmente, uma única escala de avaliação da dor deve ser utilizada em cada serviço para lograr acurácia, porém, pode haver a necessidade de variar segundo a idade e a capacidade do indivíduo.⁽¹⁹⁾

Existe uma grande subjetividade diante da dor, pois sua intensidade é influenciada por crenças, importâncias e emoções associadas às expectativas dos pacientes, sejam elas positivas ou negativas e baseiam-se na origem e no significado dos indivíduos, pois a dor para alguns é esperada e aceita, para outros não.⁽²²⁾ Este fator influencia a avaliação da dor, pois cada experiência dolorosa do indivíduo é influenciada por sua própria história pessoal, pela compreensão que ele tem da dor e por seu estado mental. Pessoas em condições idênticas ou similares podem se comportar de modo diferente por causa da variação de personalidade e da experiência.⁽¹³⁾

Este estudo tem diversas limitações. Não foi feita avaliação dos pacientes que faleceram no pós-operatório e, eventualmente as características desses pacientes poderiam ser diferentes da casuística efetivamente avaliada. Além disso, não se determinou quantos pacientes tiveram alta no período ou a razão pela qual alguns deles não foram submetidos ao questionário, ou seja, a pesquisa não tem caráter consecutivo. Outra limitação é o fato do questionário não ter sido validado antes de sua aplicação e não ter sido preenchido pelo próprio paciente de forma anônima, o que permitira que ele expressasse suas opiniões de forma mais livre. O fato de se tratar apenas de análise descritiva, sem nenhuma comparação entre as UTI, também é uma limitação.

Neste contexto, os resultados deste estudo levam à infe-

rência de que os aspectos fisiopatológicos são prioridades dos profissionais que atuam nessas unidades. No que se refere ao ensino de enfermagem, devem servir de alerta para os graduandos, para receberem em suas formações, uma visão mais abrangente e crítica sobre a assistência no tratamento da dor em pós-operatório.⁽¹⁰⁾

Portanto, é necessário investir em orientação sobre as práticas de controle da dor em pós-operatório de grandes cirurgias aos profissionais de UTI, a fim de atuarem de forma mais eficaz perante as queixas algícas. Além de aprimorar a educação permanente aos profissionais de UTI, deve-se inserir as boas práticas da assistência em relação a essa temática durante a graduação, para que os graduandos de enfermagem possam ter uma visão diferencial e mais abrangente sobre a dor.

CONCLUSÃO

Os pacientes que realizaram pós-operatório em UTI demonstraram satisfação com o atendimento de dor recebido e o tratamento farmacológico foi considerado eficaz. Entretanto, muitos fatores contribuíram para intensificar suas dores, como o incômodo na incisão cirúrgica, devido a extensão e complexidade do procedimento cirúrgico, permanência na mesma posição no leito, que é secundário a imobilização do paciente e, conseqüentemente, dores nas costas.

Conclui-se que houve maior preocupação da equipe de enfermagem com a ocorrência de dor e não com a qualidade, intensidade ou quanto o estímulo doloroso poderia estar gerando incômodo ao paciente, além da não utilização de escalas para avaliação clínica e individual da dor, necessitando de um treinamento contínuo com os profissionais de enfer-

magem no sentido de abordar e valorizar as queixas algícas dos pacientes.

ABSTRACT

Objective: This study assessed the role of the nursing staff in pain management and verified the pain experiences of patients undergoing major surgery and receiving postoperative care in the intensive care unit.

Method: This was a prospective, observational study of postoperative patients who were admitted to the intensive care unit and later discharged to one of the hospital's regular wards. Patients with impaired communication were excluded. All patients signed an informed consent form. Data were collected using a questionnaire of 13 pain-related questions.

Results: A total of 167 patients were included, and 69.5% were male. Patient age ranged from 50-59 years, and the intensive care unit stay was one to three days. The majority of the patients (85%) reported no difficulties in expressing their painful symptoms, and the nursing approach in 54.5% of patients was only to recognize the presence or absence of pain. No pain scale was used. The most painful conditions included the surgical wound and bed positioning.

Conclusion: The nursing team was apparently more concerned with the presence of pain than with its quality, severity or possible painful stimuli. Pain scales were not used, which suggests the need for continued education of the nursing professionals on the manner of approaching their patients and assessing their patients' pain.

Keywords: Pain, postoperative; Pain measurement, Intensive care units

REFERÊNCIAS

- Balsanelli AP, Cunha ICKO, Whitaker IY. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(1):28-33.
- Hirsh AT, Jensen MP, Robinson ME. Evaluation of nurses' self-insight into their pain assessment and treatment decisions. *J Pain*. 2010;11(5):454-61.
- Pimenta CA, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. Avaliação da experiência dolorosa. *Rev Bras Med*. 1995;74(2):69-75.
- Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):300-7.
- Bernardo CL. A atuação do enfermeiro no controle da dor. *Âmbito Hospitalar*. 1995;8(77):23-9.
- Kubecka KE, Simon JM, Boettcher JH. Pain management knowledge of hospital-based nurses in a rural Appalachian area. *J Adv Nurs*. 2006;23(5):861-7.
- Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de mensuração de dor (EMADOR). *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):3-10.
- Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(2):270-6.
- Costa P, Camargo PP, Bueno M, Kimura AF. Dimensionamento da dor durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):35-40.
- Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR, et al. Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(1):45-51.

11. Koizumi MS. Perfil da pesquisa de enfermagem em terapia intensiva no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(3):468-85.
12. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):221-7.
13. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM, et al. Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(1):53-9.
14. Moritz RD, Souza RL, Machado FO. Avaliação de um algoritmo para a adequação da sedoanalgesia de pacientes internados em UTI e submetidos à ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005;17(4):265-9.
15. Marosti CA, Dantas RAS. Relação entre estressores e características sócio-demográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(5):713-9.
16. Pereira LV, Sousa FAEF. Categorization of postoperative pain descriptors in the sensitive, affective and evaluative dimensions of painful experiences. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(4):563-7.
17. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(5):692-9.
18. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva. *Pediatria (São Paulo)*. 2006;28(4):251-61.
19. Gregoretti C, Decaroli D, Piacevoli Q, Mistretta A, Barzaghi N, Luxardo N, et al. Analgo-sedation of patients with burns outside the operation room. *Drugs*. 2008;68(17): 2427-43.
20. Azoulay E, Pochard F, Chevret S. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive care med*. 2003; 29(2):1498-504.
21. Sofaer B. *Dor: manual prático*. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
22. Andrade EV, Barbosa MH, Barichello E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):224-9.

Anexo 1- Entrevista

1. Idade: _____
2. Sexo: _____
3. Cirurgia que realizou: _____
4. Unidade de internação atual: _____
5. Unidade de Terapia Intensiva que permaneceu no PO: _____
6. Período que permaneceu internado na UTI?
 inferior a 1 dia
 1-3 dias
 1-5 dias
 superior a 5 dias
7. Você teve alguma dificuldade para expressar sua dor?
 Sim
 Não
8. Se sim, qual?
 dificuldade para falar
 não sabia com quem falar
 não havia ninguém disponível pra te escutar
 não te perguntavam sobre dor
9. Quando queixava-se de dor, era atendido?
 sim, era medicado rapidamente
 sim, mas demorava para ser medicado
 não, não era medicado quando pedia
10. Os medicamentos utilizados aliviavam sua dor?
 sim, totalmente
 sim, parcialmente
 não, não aliviavam nada
11. Você foi questionado sobre dor, durante sua permanência na UTI?
 sim, várias vezes, pelos profissionais de enfermagem de cada plantão
 sim, apenas uma ou outra vez durante o dia
 não, nenhum profissional perguntava
12. Se sim, de que forma era perguntado?
 apenas questionamento da presença ou não da dor
 uso de escala numérica, classificando a dor de 0 (ausência de dor) _____ à 10 (pior dor já sentida)
 uso de escala analógica-visual, mostrando figuras (desenhos de rostos com expressões faciais) _____ que representam desde a ausência de dor até pior dor já sentida
 uso de escala verbal, com perguntas sobre a características da dor (tipo, intensidade)
13. Qual dessas situações você sentiu mais dor?
 na incisão cirúrgica
 incômodo pela posição no leito, dor nas costas
 na realização de curativos
 em punções ou passagem de cateteres
 nas sondagens (sonda vesical, sonda nasogástrica)
 nos drenos
 no banho e higiene
 na mudança de decúbito ou movimentar-se no leito
 na alimentação
 na eliminação de necessidades fisiológicas (micção, evacuação)
 no uso de algum aparelho de monitorização (ex: PAM não-invasivo)
 na coleta de exames de sangue
14. Houve alguma situação relacionada à dor que queira relatar?
 sim
 não
15. Se sim, conte-a: _____