

O registro da dor aguda em pacientes hospitalizados

Recording acute pain in hospitalized patients

Amanda Brassaroto Gimenes¹, Camila Takáo Lopes², Alfredo José Alves Rodrigues-Neto³, Marina de Góes Salvetti⁴

DOI 10.5935/2595-0118.20200178

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Os enfermeiros têm posição privilegiada para realizar a avaliação e o manejo da dor e utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O objetivo deste estudo foi comparar os registros hospitalares de dor em pacientes internados com relato algico em estudo prévio e analisar a presença do Diagnóstico de Enfermagem “Dor Aguda” e as Intervenções e Atividades de Enfermagem prescritas para o manejo da dor.

MÉTODOS: Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva. Utilizou-se como critério de seleção da amostra o relato de dor referida em entrevista de estudo anterior. Foram analisados os prontuários com a finalidade de verificar os registros de intensidade de dor aguda, presença do Diagnóstico de Enfermagem “Dor Aguda” e cuidados de enfermagem prescritos para pacientes adultos internados.

RESULTADOS: A amostra do presente estudo consistiu em 63 pacientes adultos, com tempo médio de internação de 12 dias. Observou-se disparidade entre os registros de prontuário e os dados sobre a dor coletados previamente, indicando subnotificação da dor. O Diagnóstico de Enfermagem “Dor Aguda” foi identificado em 60,3% dos casos e as Intervenções e Atividades de Enfermagem foram pautadas no alívio farmacológico da dor (36,5%).

CONCLUSÃO: Os registros de dor no prontuário do hospital não refletiram os relatos de dor observados em estudo prévio. Foi verificada a subnotificação da dor e as Intervenções e Atividades de Enfermagem elencadas pelos enfermeiros privilegiaram a avaliação e o tratamento farmacológico da dor. Esses achados

sugerem a necessidade de treinamento contínuo da Equipe da Enfermagem com ênfase na avaliação e manejo não farmacológico da dor.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Dor aguda, Enfermagem, Manejo da dor, Serviços de saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Nurses are in a good position to carry out pain assessment and management, as well as to perform pharmacological and non-pharmacological interventions. The aim of this study was to compare hospital pain records in hospitalized patients with pain reports from a previous study and to analyze the presence of the “Acute Pain” Nursing Diagnosis and the Nursing Interventions prescribed for pain management.

METHODS: Cross-sectional study with retrospective data collection. As a criteria for sample selection, the pain report referred to in a previous study interview was used. The medical records were analyzed to verify the registries of acute pain intensity, presence of the “Acute Pain” Nursing Diagnosis and nursing interventions prescribed for adult hospitalized patients.

RESULTS: The sample of the present study consisted of 63 adult patients, with a mean hospital stay of 12 days. There was a disparity between medical records and pain data collected previously, indicating pain underreporting. The “Acute Pain” Nursing Diagnosis was identified in 60.3% of cases and Nursing Interventions were based on pharmacological pain relief (36.5%).

CONCLUSION: The information in the hospital’s medical records did not reflect the pain reports observed in a previous study. There was underreporting of pain and the Nursing Interventions listed by nurses privileged the assessment and pharmacological treatment of pain. These findings suggest the need for continuous training of the Nursing Team with an emphasis on non-pharmacological pain assessment and management.

Keywords: Acute pain, Health services, Nursing, Nursing diagnosis, Pain management.

INTRODUÇÃO

Durante a hospitalização, a dor afeta diversas funções fisiológicas e metabólicas^{1,2}, aumenta o risco de complicações e retarda a recuperação do paciente. Quando subtratada, a dor aguda pode se tornar crônica, ocasionando ônus financeiro e social para o paciente e a sociedade³.

Os enfermeiros têm posição privilegiada para realizar a avaliação e o manejo da dor e utilizam intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Na Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, “Dor aguda” é definida como: “Experiência sensorial e

Amanda Brassaroto Gimenes – <https://orcid.org/0000-0002-1515-5844>;

Camila Takáo Lopes – <https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>;

Alfredo José Alves Rodrigues-Neto – <https://orcid.org/0000-0002-5376-7075>;

Marina de Góes Salvetti – <https://orcid.org/0000-0002-4274-8709>.

1. Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, Residente de Enfermagem do Programa de Saúde do Adulto e do Idoso, São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

3. Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, SP, Brasil.

4. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 08 de março de 2020.

Aceito para publicação em 17 de junho de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César

05403-000 São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: amandabrassaroto@hotmail.com

emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses². O alívio da dor é um direito do paciente e uma responsabilidade ética do profissional comprometido com a humanização e qualidade da assistência⁴.

A identificação da queixa algíca e das consequências da dor aguda para a recuperação do paciente deve ser uma preocupação do enfermeiro. As lacunas de conhecimento sobre avaliação e manejo da dor e a falta de sistematização destes cuidados contribuem para a subnotificação e tratamento inadequado, apesar das diversas ferramentas de avaliação e manejo disponíveis⁵⁻¹⁰.

Revisão da literatura que analisou estudos sobre os registros de dor pós-operatória no contexto hospitalar mostrou que a qualidade dos registros de enfermagem sobre a dor são insuficientes, afetam a tomada de decisão clínica e prejudicam a continuidade do cuidado¹¹. Este estudo pretendeu explorar os registros de dor no prontuário, a prática clínica da Equipe de Enfermagem com relação ao manejo da dor realizada pelo enfermeiro.

Assim, os objetivos deste estudo foram comparar os registros hospitalares de dor em pacientes internados que apresentaram dor em estudo prévio e analisar a relação entre o Diagnóstico de Enfermagem (DE) “Dor Aguda” e as Intervenções e Atividades de Enfermagem (IAE) prescritas para o manejo da dor.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário de grande porte localizado na região oeste da cidade de São Paulo. O local da pesquisa caracteriza-se por ser uma instituição pública, fornecer assistência de nível secundário de atenção à saúde e disponibilizar atendimento de emergência, cirúrgico, clínico e ambulatorial.

Este estudo é uma ramificação da pesquisa intitulada “Prevalência de dor e adequação analgésica: estudo diagnóstico”, cujo objetivo foi identificar a prevalência de dor e a adequação analgésica em pacientes internados. Os critérios de seleção da amostra (n=134) do referido estudo foram: idade acima de 18 anos; internado no Hospital Universitário em novembro de 2017, consciente, lúcido e orientado no tempo e espaço, que aceitaram participar da pesquisa após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir do banco de dados da pesquisa principal, extraiu-se uma amostra (n=63) de pacientes que referiram dor no momento da entrevista ou nas 24h que antecederam a entrevista do estudo principal, internados nas unidades de Pronto Socorro Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica ou Hospital Dia. Os participantes do estudo foram avaliados por meio de questionário desenvolvido para o estudo principal, incluindo dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento da dor.

A presença, intensidade e impacto da dor nas atividades foram avaliados. A presença de dor foi avaliada no momento da entrevista e em relação às 24h que antecederam a entrevista. A intensidade da dor foi avaliada pela escala visual numérica (EVN)¹² e o impacto da dor nas atividades diárias foi avaliado de modo dicotômico (sim/não) em relação a diversas atividades.

Os dados do trabalho atual foram coletados de modo retrospectivo e transversal, utilizando-se o instrumento elaborado para este fim. Obteve-se autorização para acesso aos prontuários físicos dos 63 pacientes, sendo coletadas informações sociodemográficas (idade e sexo) e clínicas. As informações sobre a dor foram extraídas dos valores documentados no impresso de sinais vitais e dos DE selecionados pelos enfermeiros após análise da SAE nos dias referentes à coleta de dados do estudo principal. A média da intensidade da dor foi calculada para o período da manhã, tarde e noite, classificando-as em: intensidade leve (1-4) moderada (5-7) ou intensa (8-10)¹².

Avaliou-se a presença do DE “Dor Aguda” e as IAE de Dor Aguda propostas para o controle da dor. Foram consideradas condutas coerentes os registros contendo: A DE-IAD relacionadas ao manejo da dor. Foram consideradas condutas incoerentes de enfermagem os registros contendo: IAE relacionadas ao controle algíco sem a presença do DE “Dor Aguda” e ausência de DE e IAE relacionados ao manejo da dor em pacientes com relato de dor.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer: 2.542.888) e do Hospital Universitário da USP (Parecer: 2.611.208).

Análise estatística

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e analisados em programa estatístico (SPSS 25.0). Realizou-se análise descritiva das características da amostra, do registro do DE “Dor Aguda” no prontuário e das IAE prescritas para esse Diagnóstico. Foram comparados os resultados da intensidade da dor do estudo principal com as médias coletadas no estudo atual.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três etapas: descrição da amostra, análise dos registros sobre dor no prontuário do hospital em comparação ao formulário do estudo principal, e por último, análise do DE e IAE dos referidos pacientes.

A amostra consistiu em 63 pacientes que relataram dor no estudo principal. Os pacientes apresentavam tempo médio de internação de 11,9 dias (mediana=10 dias, mínimo=1 dia e máximo=57 dias), predomínio de sexo feminino (57,1%) e faixa etária entre 18 e 59 anos (65,1%). Os locais de internação com mais casos de dor foram Clínica Cirúrgica (36,5%), Clínica Médica (28,5%) e Pronto-Socorro Adulto (15,8%).

Os diagnósticos médicos mais frequentes, por especialidade, foram clínicos (30,2%), gastrocirúrgicos (19,0%) e ortopédicos (17,5%). Entre os pacientes avaliados, 61,9% apresentavam comorbidades prévias à internação atual e, destes, 25,4% apresentavam três ou mais comorbidades.

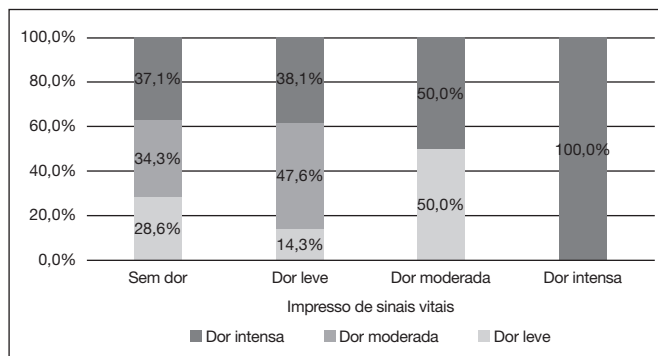
Nos formulários do estudo principal, em que a intensidade de dor foi classificada como: intensidade leve (1-4), moderada (5-7) ou intensa (8-10)¹², 76,3% dos pacientes entrevistados relataram dor moderada ou intensa. Nos registros impressos de sinais vitais, não havia informação sobre dor em 61,9% (n=39) dos casos e apenas 4,8% (n=3) apresentavam registro de dor moderada ou intensa (Tabela 1), demonstrando a disparidade entre o autorrelato da dor e o registro de dor nos prontuários.

Tabela 1. Comparação entre a intensidade da dor nos registros em prontuário e nos relatos de dor do estudo prévio. São Paulo, 2018

Intensidade da dor	Impressos dos sinais vitais		Estudo principal	
	n	%	n	%
Sem dor	39	61,9	-	-
Dor leve (1-4)	21	33,3	14	23,7
Dor moderada (5-7)	2	3,1	22	37,3
Dor intensa (8-10)	1	1,7	23	39,0
Total	63	100	59*	100

* Houve 4 registros não avaliados no estudo principal devido ausência de dados.

A comparação entre os registros de dor no impresso de sinais vitais e no formulário de coleta de dados do estudo principal está representada na figura 1. Observa-se na primeira coluna, que, dentre os pacientes com registro de ausência de dor no impresso de sinais vitais, 37,1% haviam relatado dor intensa no estudo principal. De modo semelhante, na coluna “dor moderada” observou-se ausência de conformidade entre os registros, visto que 50% dos pacientes classificados com dor moderada no prontuário do hospital referiram dor intensa no estudo principal.

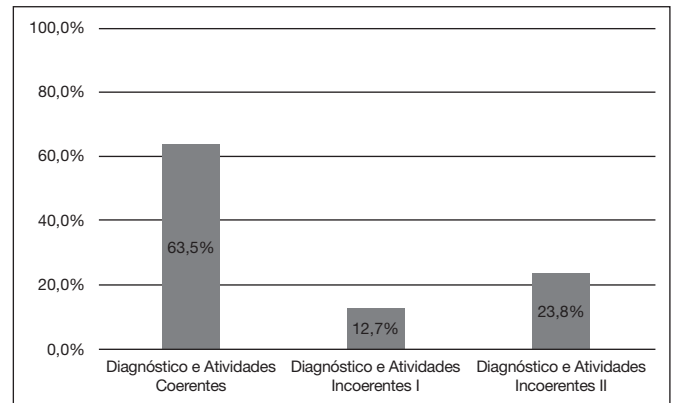
**Figura 1.** As colunas apresentam a comparação intensidade da dor registrada nos prontuários e no formulário do estudo prévio. São Paulo, 2018

O DE “Dor Aguda” foi registrado em 60,3% (n=38) dos prontuários analisados, no entanto toda a amostra do estudo relatou dor no estudo principal¹. Em 33,3% (n=21) dos pacientes que apresentavam o DE “Dor Aguda” não havia registro de dor no prontuário, podendo considerar que o enfermeiro, ao registrar o DE “Dor Aguda”, não considerou apenas a presença de registro de intensidade de dor no impresso de sinais vitais, mas também as outras características definidoras e fatores relacionados encontrados na definição do DE².

As IAE mais frequentemente prescritas foram: alívio da dor com o uso de analgésicos (36,5%); avaliação da dor de forma abrangente (19,0%) e monitorização do grau de desconforto ou dor (17,5%), com ênfase clara nas estratégias farmacológicas em detrimento das medidas não farmacológicas de manejo da dor.

Observou-se que em 63,5% (n=40) dos casos o DE “Dor Aguda” esteve associado a IAE pertinentes a esse Diagnóstico (Diagnóstico e Atividades coerentes). Já em 12,7% (n=8) dos casos, os enfermeiros prescreveram IAE sem registrar o DE “Dor Aguda” (Diagnóstico e Atividades Incoerentes I).

A despeito da presença de dor referida em todos os pacientes da amostra, em 23,8% (n=15) dos casos o enfermeiro não registrou o DE “Dor aguda” e nem IAE para dor aguda (Diagnóstico e Atividades Incoerentes II), como se observa na figura 2.

**Figura 2.** Relação entre diagnósticos e Atividades de Enfermagem prescritas. São Paulo, 2018.

DISCUSSÃO

Este estudo comparou os registros hospitalares de dor de pacientes internados que haviam relatado a presença de dor em estudo principal e analisou a coerência entre os registros de dor, o DE “Dor Aguda” e a prescrição de IAE para o seu manejo.

Foi verificada discordância entre o relato dos pacientes quanto à ocorrência e intensidade da dor e os registros realizados pela Equipe de Enfermagem em prontuário. Ademais, verificou-se que, em 23,8% dos casos, não houve documentação de dor ou prescrição de cuidados para manejo da dor pelos enfermeiros.

A disparidade entre o registro da dor em prontuário e a presença e intensidade da dor identificadas no estudo principal mostra registros incompletos e processos assistenciais fragmentados, prejudicando a qualidade e segurança da assistência prestada¹. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 429/2012 dispõe da responsabilidade e dever dos profissionais em realizar os registros inerentes ao processo de cuidar que subsidia a continuidade e a qualidade da assistência¹³.

A avaliação da dor como quinto sinal vital foi instituída para que a sua presença fosse identificada de forma contínua, e que se estabelecessem estratégias adequadas para o seu controle^{8-10,14}. Além disso, a adoção de padrões internacionais, como o estabelecido pela *Joint Commission International* (JCI) em diversas instituições de saúde, reconhece o controle da dor como uma prática a ser seguida para o processo de acreditação hospitalar⁵. Quanto à presença de registro de dor em prontuário, estudo que avaliou pacientes internados em um hospital secundário observou ausência do registro de dor em 53,4% dos prontuários avaliados⁷, número pouco inferior ao observado no presente estudo, que encontrou 61,9% dos pacientes com falhas no registro de dor no prontuário. A falha no registro da dor corrobora os achados em literatura que apontam para a falta de conhecimento dos profissionais em relação à avaliação e controle algíco^{8,9,15}.

A despeito de este estudo ter analisado apenas casos de pacientes com relato de dor, o DE “Dor Aguda” apareceu apenas em 60,3%

destes casos. Este descompasso pode ter ocorrido por falha na avaliação da dor ou falta de valorização do relato de dor pelos enfermeiros. A documentação do Processo de Enfermagem no hospital onde foi desenvolvido o estudo é informatizada, realizada por meio de um sistema de apoio ao raciocínio clínico denominado “PROCEnf”. Esse sistema possibilita percorrer o caminho da avaliação ao plano de cuidados¹⁶, sendo possível propor intervenções relacionadas à dor, sem necessariamente ter elencado o DE “Dor Aguda”. Assim, mesmo que o DE “Dor Aguda” tenha sido identificado em 60,3% dos casos, foram prescritos cuidados para a dor em 76,2% dos casos. O alívio da dor com analgésicos prescritos foi a IAE mais frequente na prescrição de cuidados de enfermagem para manejo da dor aguda, remetendo às ações analgésicas do modelo biomédico⁹. Embora esta intervenção seja necessária para manejo da dor, existem IAE pouco exploradas pelos enfermeiros, como massagem, aplicação de calor e frio, técnicas de relaxamento e imaginação guiada, que podem contribuir no manejo da dor e promoção de conforto do paciente⁸. Este estudo tem limitações, que devem ser apontadas: utilizou-se análise de dados secundários e amostra de conveniência, fatores que dificultam a generalização dos achados.

CONCLUSÃO

Os registros de dor no prontuário do hospital não refletiram os relatos de dor observados em estudo prévio. Foi verificada subnotificação da dor, ainda que o DE “Dor Aguda” tenha sido identificado na maior parte dos casos. As IAE elencadas pelos enfermeiros privilegiaram a avaliação e o tratamento farmacológico da dor. Esses achados sugerem a necessidade de treinamento contínuo da Equipe da Enfermagem com ênfase na avaliação e manejo não farmacológico da dor.

REFERÊNCIAS

1. Castro CC de, Pereira AKS, Bastos BR. Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(11):3009-14.
2. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020, 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 889-91p.
3. Ashmawi HA, Freire GM. Peripheral and central sensitization. *Rev Dor*. 2016;17(Suppl 1):31-4.
4. Lisboa IV, Lisboa JA, Sá KN. O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos. *Rev Dor*. 2016;17(1):57-60.
5. Sousa-Muñoz RL, Rocha GE, Garcia BB, Maia AD. Prevalência de dor e adequação da terapêutica analgésica em pacientes internados em um hospital universitário. *Medicina*. 2015;48(6):539-48.
6. Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of evidence-based nursing pain management practice. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(4):456-63.
7. Cavalheiro JT, Ferreira GL, Souza MB, Ferreira AM. Intervenção de Enfermagem para pacientes com dor aguda. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(3):632-9.
8. Valério AF, Fernandes KS, Miranda G, Terra FS. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os menismos/ações adotados: revisão integrativa. *BrJP*. 2019;2(1):67-71.
9. Araujo LC, Romero B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Rev Dor*. 2015;16(4):291-6.
10. Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):50-4.
11. Heikkilä K, Peltonen LM, Salanterä S. Postoperative pain documentation in a hospital setting: a topical review. *Scand J Pain*. 2016;11:77-89.
12. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(5):692-9.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429, de 8 de junho 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. *Diário Oficial da União*, nº 110, jun 2012; 288p.
14. Nascimento LA, Cardoso MG, Oliveira SA, Quina E, Sardinha DS. Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. *Rev Dor*. 2016;17(2):76-80.
15. Cruz DALM, Guedes ES, Santos MA, Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM, et al. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):197-204.
16. Peres HHC, Cruz DALM, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM, et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2009;43(2):1149-55.