

Mestrado em Educação para a Saúde

Intervenção na diminuição da dor na punção intramuscular

Orientador: Prof. Doutor Rui Santos Cruz

Leôncio de Matos Coe Soares

Dezembro 2017

Mestrado em Educação para a Saúde

**Intervenção na diminuição da dor na
punção intramuscular**

Relatório de Projeto apresentado à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde

Orientador: Prof. Doutor Rui Santos Cruz

Leôncio de Matos Coe Soares

Dezembro 2017

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por ter permitido a conclusão desta investigação.

A minha mãe Jessina Barreto de Matos e ao meu pai Francisco Pedrenrique Coe Soares por todos os esforços feitos para o financiamento deste curso de mestrado.

Ao meu amigo Luis Calos, seu pai Pr. Idelfonso, ao Pr. Pedro e ao Pr. Lourenço pela colaboração.

Ao meu irmão Leonardo de Matos Coe Soares e Leônidas de Matos Coe Soares, pelo incentivo.

Aos meus colegas de curso pela colaboração recíproca.

Ao meu orientador Professor Doutor Rui Cruz pela orientação a esta pesquisa.

Aos diretores das unidades de urgência e emergência onde coletei os dados da pesquisa assim como aos gerentes das equipes de enfermagem que autorizaram a coleta de dados para este estudo.

Aos colegas de trabalho que discutiram a temática desta pesquisa.

As meus amigos Halvorsen e Hilton pela colaboração.

“Dê-me uma alavanca e um ponto de apoio e eu levantarei o universo”.
(Arquimedes)

Resumo

Cada pessoa percebe a dor de maneira própria, reagindo ao limiar da dor com atitudes e comportamentos multimodais. Esta pesquisa abordou o manejo da dor em pacientes submetidos a punções intramusculares, tendo como objetivo quantificar o limiar da dor por meio da aplicação da teoria do fechamento dos portões da dor. Realizou-se um estudo observacional em duas Unidades de Pronto Atendimento – UPA: Abaetetuba e Barcarena - Estado do Pará, Brasil. Fez-se 84 experimentos para aumento do limiar da dor por meio da teoria do fechamento dos portões da dor aplicado por lembranças agradáveis da vida dos pacientes. Utilizou-se a escala visual analógica de avaliação da dor – EVA, que mede a dor de 0 a 10. Calculado as diferenças de dor esperada antes da intervenção e da dor sentida após a intervenção.

Os resultados mostraram que a teoria do fechamento dos portões da dor aplicada por meio de lembranças positivas da vida do paciente diminui a dor em punções intramusculares. Em 80,95% destes pacientes a diminuição da dor depois da intervenção é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Dessa forma, constatamos que as ações educativas para os pacientes a respeito das condutas de minimização da dor no momento da administração intramuscular de medicamentos são procedimentos que permitem um manejo da dor mais eficiente para o profissional de saúde, mas principalmente para o paciente.

Palavras-chave: *fechamento dos portões da dor; dor aguda; administração parenteral; Intramuscular*

Abstract

Each person perceives pain in their own way, reacting to the threshold of pain with multimodal attitudes and behaviors. This research focused on the management of pain in patients submitted to intramuscular administration of drugs, with the objective of quantifying the pain threshold by applying the theory of closing the pain gates. An observational study was carried out in two Emergency Care Units - ECU: Abaetetuba and Barcarena - State of Pará, Brazil. There were 84 experiments to increase the threshold of pain through the theory of closing the gates of pain applied by pleasant memories of patients' lives. The visual analogue pain evaluation scale (VAS) was used to measure pain from 0 to 10. Calculated the differences in pain expected before the intervention and the pain felt after the intervention.

The results showed that the theory of closing the gates of pain applied through positive memories of the patient's life decreases pain in intramuscular administration of drugs. In 80.95% of these patients the decrease in pain after the intervention is statistically significant ($p < 0.05$).

Thus, we found that the educational actions for patients regarding pain minimization at the time of intramuscular administration of medications are procedures that allow a more efficient pain management for the health professional, but mainly for the patient.

Keywords: closing the gates of pain; acute pain; parenteral administration; intramuscular

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

EVA - Escala Visual Analógica;

IASP - International Association for the Study of Pain;

ISO - International Organization for Standard;

IUA - Instituto Universitário Atlântico;

NANDA - North American Nursing Diagnoses Association;

NIC - Nursing Intervention Classification

NOC - Nursing Outcome Classification;

PE - Processo de Enfermagem;

QV – Qualidade de Vida;

RIME - Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade;

RN's - Recém Nascidos;

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SC - Santa Catarina;

SNC - Sistema Nervoso Central;

SNP - Sistema Nervoso Periférico;

UPA - Unidades de Pronto Atendimento;

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal;

USA - United States of American;

VAS - Visual Analogue Scale.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da amostra	-29-
Tabela 2 – Descrição da expectativa de dor, dor sentida e a diferença entre elas de 84 experimentos	-30/31-
Tabela 3 - Perfil Global da Dor.....	-32-
Tabela 4 – Caracterização da Dor por sexo.....	-32-
Tabela 5 – Caracterização da diminuição da dor pela idade.....	-32-
Tabela 6 – Dor Esperada e Dor Sentida.....	-33-
Tabela 7 – Cálculo do valor do Teste t.....	-33-

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Escala analógica visual para avaliação da dor	-25-
---	------

INDÍCE

Índice de abreviaturas	VII
Índice de tabelas	VIII
Índice de Figuras.....	VIII
1- Introdução	- 1 -
2- Enquadramento Teórico.....	- 5 -
2.1 Fundamentação para a ação da enfermagem.....	- 5 -
2.2 Contextos de ação da enfermagem	- 7 -
2.3 Fisiologia da dor	- 19 -
3- Metodologia do Estudo.....	- 22 -
3.1 Objetivos.....	- 22 -
3.1.1 Objetivo Geral.....	- 22 -
3.1.2 Objetivos Específicos	- 22 -
3.1.3 Hipóteses de Investigação.....	- 23 -
3.1.4 Local do Estudo.....	- 23 -
3.1.5 Tipo de Estudo	- 23 -
3.1.6 População e Amostra	- 24 -
3.1.7 Instrumentos de Recolha de Dados.....	- 24 -
3.1.8 Procedimentos.....	- 26 -
3.1.9 Implementação	- 27 -
3.1.10 Tratamento estatístico dos dados	- 27 -
4- Resultados	- 28 -
5- Discussão	- 33 -
6- Conclusão	- 37 -
7- Referências bibliográficas	- 40 -
Anexos.....	- 44 -

1- INTRODUÇÃO

Esta pesquisa abordou a questão do aumento do limiar da dor, por meio da aplicação da teoria do fechamento dos portões da dor, em procedimentos parenterais, especificamente na punção intramuscular. Visto que, o desconforto dos pacientes no momento da realização de procedimentos parenterais dificulta a prática profissional, potencializa o estresse no profissional de saúde assim como no paciente.

A sistematização da assistência de enfermagem que tem como base o processo de enfermagem que é composto, basicamente de cinco etapas, sejam elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (necessidades do paciente), planejamento de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação de enfermagem, são atividades que se efetuam utilizando-se a comunicação como ferramenta de coleta de dados e transmissão de informações.

A comunicação como ferramenta de gerenciamento da dor favorece a avaliação do processo algico, por si só compreende a estratégia de alívio seja pela orientação, pela imaginação guiada ou pela possibilidade de verbalização. O gerenciamento da dor foi considerado em sua versão não farmacológica, como as intervenções de cuidados empregados pela equipe de enfermagem. O ensino da dor como 5º sinal vital reforça a necessidade de mobilização de esforços que contribuam para a elaboração de estratégias para o seu gerenciamento (Romanek, 2014).

Nesse sentido, quando se pede para que o paciente direcione seu pensamento para suas lembranças agradáveis, tanto pode haver distração quanto imaginação dirigida. Alguns estudos apontam que a distração dirigida pode acentuar o nível de tolerância e a percepção da dor (Lione, 2008). Anderson et al., (2006) avaliaram o efeito de técnicas complementares de alívio da dor com pacientes com câncer. Quatro grupos foram avaliados, sendo três expostos a gravações em áudio contendo técnicas cognitivo-comportamentais, a saber: humor positivo, relaxamento e distração e um grupo controle. Os sujeitos recebiam as instruções impressas sobre a realização das técnicas em casa por cinco vezes na semana. Os resultados não apresentaram diferença significativa entre os grupos.

Entretanto, aqueles que trabalharam com relaxamento e distração mostraram redução na intensidade da dor de forma imediata, após a escuta do áudio (Graner et al., 2010).

Devido ao estado de doença os enfermos geralmente apresentam tristeza, medo e lamúria. Assim, é função do profissional da saúde, especialmente da equipe de enfermagem, o manejo de tais sentimentos propondo que os doentes direcionem suas emoções aos estados de alegria esperança e felicidade. É um esforço psicoeducativo para com os doentes para melhor o estado geral de saúde e as perspectivas de recuperação da saúde. A maioria dos doentes atribuem o desenvolvimento do seu quadro de dor crônica ao sofrimento (Silva et al., 2010).

Assim, o profissional de saúde pode atuar individualmente ou em grupo, em relação aos pacientes assim como em relação aos profissionais. As prescrições de enfermagem para o manejo da dor devem ser colocadas no prontuário do paciente e as ações educativas podem ser abordadas em grupos específicos de doentes que estão a experimentar o desconforto doloroso.

Existe evidência de que a abordagem da terapia de grupo, devidamente estruturada para promover mudanças comportamentais podem contribuir para a diminuição da dor e, depois, para melhor manejo da dor residual (Vandenberghe et al., 2003).

O presente estudo vem no seguimento de Melzack e Wall (1965) que propuseram uma alternativa que denominaram de teoria do "portão", segundo a qual a dor é uma percepção mais do que ser uma sensação. Isto é, existe uma sensação identificável de dor, mas ela raramente é puramente sentida. Esta sensação é modificada pelos *input* de várias outras origens. A Teoria do Portão, assim como outras teorias fisiológicas de dor atuais, consiste essencialmente de um mecanismo hipotético por meio do qual a modificação ocorre. (Rachlin, 2010)

Nesse sentido, quando se aplicou a teoria do fechamento do portão da dor se obteve resultado positivo, pois houve diminuição significativa da dor nos pacientes experimentados.

Ela afirma que as fibras cutâneas grandes e pequenas interagem em um estágio inicial no sistema nervoso, ao nível das "células-portão" da medula espinhal, as

quais, por sua vez, regulam a transmissão da dor para ambos os sistemas sensoriais e motivacionais. De acordo com essa teoria, essas mesmas células-portão são influenciadas por processos centrais. (Rachlin, 2010)

Assim, a dor ocorre geralmente, quando terminações nervosas são ativadas por um estímulo lesivo a uma célula, tecido, órgão ou sistema.

A International Association for the Study of Pain (IASP) define a dor como uma experiência emocional, sensitiva, de caráter desagradável, provocada ou não por lesão real ou em potencial dos tecidos do organismo (American Psychiatric Association, 1994; Frutuoso, 2004, p.108).

O problema direcionador da pesquisa foi diagnosticado na observação do sofrimento de pacientes enfermos quando da administração de medicação injetável intramuscular. A necessidade de se diminuir a dor dos pacientes está relacionada com a humanização dos cuidados de saúde em geral e ao manejo adequado da dor em particular.

Como relato de fatos da experiência pessoal de trabalho tem-se o episódio de uma administração de vacina em uma idosa que se encontrava trêmula em função do medo da punção muscular. Nesta altura lembrei-a de seus netos e desloquei o seu olhar para o lado oposto à punção e, quando do término da administração da vacina e retirada da agulha a mesma me perguntou se eu já tinha aplicado, ou seja, ela não sentiu dor.

Assim surgiram as seguintes problematizações e questionamentos suscitando as reflexões iniciais desta pesquisa: a teoria do fechamento dos portões da dor tem efeito, minimizando a dor, na administração parenteral? Lembranças de situações agradáveis da própria vida dos pacientes e metáforas psicológicas podem influenciar o manejo da dor, quando aplicadas na teoria do fechamento dos portões da dor na administração parenteral? Os elementos das equipes de saúde compreendem as escalas de avaliação da dor assim como o manejo adequado da dor? Os pacientes/clientes/utentes compreendem as escalas de avaliação da dor assim como o manejo adequado da dor?

De acordo com a problematização geradora da pesquisa fez-se uma intervenção por meio de conversas com lembranças pessoais positivas acerca da vida do paciente para aumentar o limiar da dor diminuindo a percepção dolorosa.

Em suma, a principal justificação para esta pesquisa é o fato da necessidade de se diminuir o desconforto doloroso de pacientes submetidos a punções musculares e outros procedimentos parenterais.

Assim, precisou-se quantificar a ocorrência do fenômeno de aumento do limiar da dor, por lembranças agradáveis nos pacientes submetidos ao respetivo procedimento.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Fundamentação para a ação da enfermagem

As ações da equipe de enfermagem devem ser guiadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que contém o Processo de Enfermagem (PE) que por sua vez direciona as etapas a serem seguidas quando da prestação da assistência de enfermagem ao paciente. Não diferentemente a dor é manejada pelo enfermeiro seguindo tais passos.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite que o cuidado ganhe referencial teórico e científico, e ao mesmo tempo garante que as necessidades do indivíduo sejam atendidas. A linguagem da SAE possibilita que a enfermagem tenha a mesma linguagem em diversos lugares e por diversos profissionais de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem que definem a dor são: dor aguda e dor crônica. A dor aguda está relacionada com agentes lesivos (biológicos, físicos, químicos e psicológicos), e para a dor crônica os fatores são a incapacidade física e psicossocial crônica (Chotolli & Luize, 2015).

Assim, feito o diagnóstico de dor, planeja-se uma determinada intervenção de enfermagem objetivando contornar os efeitos do problema gerador do diagnóstico de enfermagem percebido pelo profissional quando da prestação da assistência de enfermagem ao doente.

A Classificação de Intervenções de Enfermagem de 2008, traz as seguintes intervenções para o diagnóstico de dor aguda: acupressão, administração de analgésicos, administração de fármacos, aplicação de calor e frio, controle da dor, controle de fármacos, controle do ambiente ou conforto, redução da ansiedade, *biofeedback*, distração, jogo terapêutico, massagem simples, musicoterapia, orientação para focalização da imagem, terapia com animais (Chotolli & Luize, 2015).

Ao nível das intervenções implementadas como distração e a orientação para focalização da imagem, tudo começa com o estabelecimento de diálogo com o doente. A abertura de um canal de comunicação é fundamental para o êxito da intervenção sobre a dor no caso deste estudo (Chotolli & Luize, 2015).

Os estudos sobre a comunicação do paciente com o médico, de suas sensações corporais de dor, dos indivíduos procedentes das classes populares, mostram como elas se integram às referências culturais (Canesqui, 2011).

Dessa forma, tendo sido feito o diagnóstico de enfermagem, planejado uma intervenção de enfermagem com prescrição da mesma e a realização das ações implementadas na assistência de enfermagem, esperam-se resultados que são regulamentados pela NOC (Nursing Outcome Classification).

As intervenções de enfermagem referem-se a qualquer cuidado baseado no julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro tendo por base uma ação fundamentada cientificamente, realizada e prevista em benefício do paciente (Silva & Portela, 2014).

Para a realização de uma prática de enfermagem fundamentada e com alto grau de confiabilidade tanto para o profissional quanto para o paciente, é importante que o profissional de enfermagem atue baseado em pesquisas, sistemas e parâmetros estabelecidos e aceitos internacionalmente.

As taxonomias ou sistemas de classificação são conhecimentos estruturados nos quais os elementos de uma disciplina são organizados em grupos ou em classes com base em suas semelhanças. A primeira menção a sistemas de classificação em enfermagem se deu em 1860, quando Florence Nightingale apresentou uma proposta de uniformização da estatística hospitalar no 4º Congresso Internacional de Estatística em Londres (Mata et al., 2012).

Assim, para que haja uniformização e facilidade de comunicação entre os enfermeiros bem como com os outros membros da equipe de saúde é preciso que ocorra uma prática profissional comum, com fundamentação teórica e formação acadêmica que direciona a prática das ações de enfermagem e multiprofissional. Dessa forma tanto a assistência de enfermagem quanto a produção de conhecimentos é beneficiada pois há um maior número de registros das ações de enfermagem.

O uso de sistemas de classificação tem trazido contribuições significativas para a prática de enfermagem, tais como: melhoria da comunicação entre enfermeiros e destes com os demais membros da equipe de enfermagem e outros profissionais, melhora no registro dos dados possibilitando avaliar os resultados de enfermagem

e escolher as melhores intervenções, e elaboração de softwares para otimizar a prática de enfermagem, o que implica diretamente na melhoria do cuidado prestado (Mata et al., 2012).

Dos vários sistemas de classificação de enfermagem existentes no Brasil, os mais conhecidos e utilizados são: classificação diagnóstica da NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), classificação das intervenções de enfermagem NIC (Nursing Intervention Classification), classificação dos resultados de enfermagem NOC (Nursing Outcome Classification), e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). No ano de 2003, a ISO (International Organization for Standard), por meio do Comitê Técnico ISO/TC215, propôs a norma ISO 18104 como Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem (Mata et al., 2012).

Dessa forma, por haver vários meios de se classificar as etapas do Processo de Enfermagem (PE), tem-se que conhecer e aplicar as literaturas para cada tipo de necessidade durante a assistência de enfermagem, ou seja: quando do diagnóstico de enfermagem usa-se geralmente a NANDA (North American Nursing Diagnoses Association). Quando da escolha da intervenção de enfermagem na prescrição de enfermagem para o respectivo diagnóstico usa-se geralmente a NIC (Nursing Intervention Classification) e, para se avaliar o resultado da intervenção implementada usa-se geralmente a NOC.

2.2 Contextos de ação da enfermagem

A teoria do fechamento dos portões da dor é aplicada no manejo da dor por aumentar o limiar da dor fazendo com que os estímulos dolorosos não causem sofrimento insuportável. Geralmente se pede para as pessoas, que estão a sentir dor, se concentrarem em situações ou pensamentos que lhes dão alegria e esperança para haver a diminuição da dor. Este procedimento é muito utilizado em situações de pós-operatório.

O manejo da dor por meio da aplicação da teoria do fechamento dos portões da dor é uma terapia complementar e alternativa, não medicamentosa, para o manejo da dor e que pode e deve ser aplicada nas diversas áreas onde há enfermos a sentir dor ou com possibilidades futuras de ter uma experiência

dolorosa. Terapias alternativas são aplicadas para o manejo da dor devido à sua multidimensionalidade das possibilidades de aplicação das técnicas de manejo alternativo da dor e necessidade de realização de um controle efetivo do sintoma doloroso.

Dos vários setores da saúde em que são realizadas intervenções para o manejo e alívio da dor podemos ver que até em recém-nascidos podemos realizar ações para o controle da dor mesmo que não possam verbalizar suas queixas de dor. Assim, pode-se analisar as expressões faciais do recém-nascido para avaliar o grau de conforto ou desconforto que o mesmo desfruta quando assistido pela equipe de saúde.

Para o manejo da dor no recém-nascido, podem ser utilizadas intervenções não farmacológicas ou farmacológicas, de acordo com a necessidade. Uma variedade de intervenções não farmacológicas se mostram efetivas para prevenir e aliviar a dor. Apresentam-se alguns exemplos que possuem eficácia comprovada: glicose/sacarose via oral; sucção não nutritiva; amamentação; contato com a pele; contenção facilitada e enrolamento. É importante que cada serviço de saúde desenvolva estratégias para prover alívio não farmacológico ou farmacológico efetivo de alívio da dor. Pois é essencial para garantir um cuidado qualificado e humanizado, além de evitar possíveis danos devido à exposição à dor (Motta & Cunha, 2015).

Dados apontados pelo *National Cancer Institute* (2009) já confirmavam a relevância do uso de terapias alternativas e complementares a pacientes com diagnóstico precoce de câncer. Assim, destaca-se que a busca pelo manejo e controle da dor constitui um tema de extrema relevância social e científica, podendo ser realizada por meio de terapias não convencionais (Graner et al., 2010).

Um dos novos desafios para o câncer infantil é o controle da dor, e acredita-se que diversos profissionais devem estar envolvidos nesse manuseio, inclusive a enfermagem. Dessa forma, nota-se a necessidade de avaliações do cuidado de enfermagem em relação à dor de crianças em tratamento oncológico.

Neste estudo o objetivo foi identificar escalas de mensuração da dor e métodos não farmacológicos utilizados por uma equipe de enfermagem da pediatria. Identificou-se a necessidade de treinamentos sobre escalas de mensuração de

dor conforme a idade, possíveis métodos não farmacológicos utilizados pela enfermagem e sua associação com o processo de enfermagem (Chotolli & Luize, 2015).

No caso deste estudo, o procedimento psicológico de se induzir e direcionar o pensamento dos pacientes em direção à alegria possibilitou que os mesmos estabelecessem um controle da intensidade da dor quando da administração intramuscular de medicamentos. Houve uma manipulação cognitiva intencional e direcionada para o manejo adequado da dor objetivando o bem estar da equipe de saúde e principalmente do doente a usufruir da assistência de enfermagem.

Assim, relaxamento e distração dirigida, técnicas que têm como objetivo a atenuação da ansiedade e da tensão muscular, associadas a outras técnicas cognitivas e comportamentais como a imaginação dirigida e respiração profunda, visam desviar a atenção do indivíduo de um procedimento doloroso. Estas técnicas podem proporcionar momentos de alívio da dor, distanciamento da realidade e aumento da consciência corporal. Além dos tratamentos farmacológicos utilizados para o manejo da dor, como os opioides, terapias complementares e alternativas são indicadas por profissionais de saúde e buscadas pelos pacientes. Para isso, há técnicas físicas, mecânicas e cognitivas, referidas pela OMS e reconhecidas pela literatura. A Psicologia contribui com uma ampla variabilidade de técnicas, como relaxamento, visualização, distração dirigida, *biofeedback*, respiração profunda, grupos educativos, modelação, sistemas de recompensas (reforço positivo) e ensaio de comportamentos (Graner et al., 2010).

Nota-se ainda, cada vez mais presente nos estudos a utilização de métodos não farmacológicos para o manuseio da dor, promovendo a educação das pessoas com dor. Sendo assim, elas assumem tal importância no controle da dor, uma vez que a dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida (QV) dos pacientes e de seus cuidadores nas dimensões física, psicológica, social e espiritual (Silva & Portela, 2014).

Desta forma fica ao dispor das equipes de saúde uma gama de possibilidades de ferramentas que podem ser utilizadas na prática profissional objetivando o manejo adequado da dor de vários tipos de pacientes nos mais diversos setores da área da assistência à saúde.

A este propósito Silva & Portela (2014) foi conhecer as intervenções utilizadas pelos enfermeiros para o manuseio da dor e se estas se relacionam com as propostas pela *Nursing Interventions Classification*.

Assim, aumentar o limiar da dor significa diminuir a dor por aumento da resistência do paciente à lesão muscular provocada pela punção intramuscular. À medida que se aumenta o limiar da dor e se propicia bem estar e conforto para o paciente se estabelece um atendimento cada vez mais qualificado e humanizado.

Especificamente no estado de pós-operatório a equipe de saúde precisa intervir na dor e manejá-la pois as reações do organismo humano à dor podem alterar a homeostase e propiciar complicações clínicas assim como sequelas.

A dor aguda intensa, como a dor do pós-operatório, pode causar profundas alterações neurofisiopatológicas tais como taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão facial de intenso desconforto, agitação psicomotora, ansiedade e/ou depressão, alterações do sono, do apetite e outras (Peón & Diccini, 2005).

Rotineiramente medicamentos são utilizados nos procedimentos de cuidados de pós-operatório mas outras medidas de controle da dor podem ser implementadas para que o doente seja colocado em um mais alto estado de conforto e bem estar.

A dor é um diagnóstico muito comum no pós operatório imediato e pode resultar da incisão e da manipulação de tecidos e órgãos (Rossi et al., 2000).

A dor como o quinto sinal vital deve ser controlada, pois altera os outros sinais vitais e tais alterações precisam, cada vez mais, serem dominadas para que ocorra um controle efetivo das reações do organismo humano quando no estado de doença.

As alterações decorrentes da dor ou da agitação no pós-operatório são bastante estudadas (João & Faria, 2003).

Observou-se que a avaliação da dor possibilitou reflexões acerca de um melhor planejamento da assistência de enfermagem, de modo a oferecer cuidado integral e individualizado para o paciente com dor, possibilitando a implementação de intervenções que, minimizem o sofrimento tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades (Bottega, 2010, p.284).

Assim para que haja uma sistematização da assistência de enfermagem de forma qualificada é importante que se confeccione manuais onde estejam contidos protocolos para fundamentar as ações profissionais para um efetivo manejo da dor.

Esta proposta de protocolo contempla os cuidados de enfermagem que devem ser utilizados no manejo do desconforto e da dor em RNs internados em UTIN, a partir dos métodos não farmacológicos (Cordeiro, 2014).

Este objeto de estudo, manejo da dor, é um tema multidisciplinar e que é encontrado em praticamente todos os sítios onde se prestam serviços de saúde. Ou seja, desde a sala de vacina até um centro cirúrgico ou obstétrico entre outros.

Portanto, é do conhecimento que os métodos não farmacológicos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo considerados também como não invasivos (Davim et al., 2009).

Assim, tanto em um local onde um doente esteja a sentir dor até um local onde o profissional avalie e diagnostique uma possibilidade de futuros episódios dolorosos, é importante que haja um olhar adequado para a detecção e domínio dos momentos de desconforto doloroso.

O cuidado da dor envolve desde sua avaliação até o empenho de medidas para conforto e bem-estar do paciente. Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro e sua equipe tenham conhecimento sobre a dor, seu manuseio, e possíveis cuidados para alívio da dor, para que se mantenham atualizados e garantam uma assistência com qualidade e segurança (Chotolli & Luize, 2015).

Essas intervenções, quando realizadas no período pré-operatório, podem auxiliar o relacionamento entre paciente e terapeuta, (...). Consideramos que o uso do relaxamento e visualização, como estratégia na intervenção psicológica, pode beneficiar os pacientes, (...), quando essas técnicas são introduzidas no período pré e pós-operatório (Ribeiro et al., 2002).

No sentido da prática acadêmica e profissional, tem-se que o manejo da dor deve ser uma conduta direcionada objetivamente para o êxito indubitável, pois não se tem justificativa para se aceitar que um paciente sinta dor se é possível anulá-la ou minimizá-la.

Cientificamente pode-se provar que o manejo inadequado da dor por parte dos profissionais de saúde dificulta a colaboração de pacientes em procedimentos em estabelecimentos de saúde assim como a evasão dos mesmos às terapêuticas.

Assim, quando a comunidade entende que é possível neutralizar a dor ou minimizá-la, aumenta-se a confiabilidade dos pacientes nos profissionais de saúde assim como nas condutas relacionadas ao manejo da dor e por conseguinte aumenta-se a adesão terapêutica por aumento da expectativa de diminuição da dor quando dos procedimentos lesivos.

O tema do manejo da dor relaciona-se com outros trabalhos da literatura quando se observa estudos a respeito de escalas de avaliação de dor, assim como quando a teoria do fechamento dos portões da dor é utilizada em unidades pós-operatórias para o manejo adequado da dor e em pacientes com doenças crônicas.

No caso deste estudo a teoria do fechamento dos portões da dor foi aplicada a situações de dor aguda e instantânea observada em momentos de punções musculares ou seja em procedimentos parenterais.

Um estudo realizado em Tubarão-SC, em 2008, que teve como objetivo avaliar a percepção e conhecimento de farmacêuticos, médicos e enfermeiros em relação ao tema dor, assim como a preocupação com a mesma e com o conforto do paciente, evidenciou que, embora demonstrando maior conhecimento das escalas sobre os demais profissionais, metade dos enfermeiros pesquisados não citou ou desconhece as escalas para mensurar a dor. Em estudo semelhante realizado no estado de New Hampshire – USA, foi verificado que dentre as categorias profissionais pesquisadas, os enfermeiros tem mais conhecimento a respeito da avaliação da dor, sobre outros profissionais, o que nos faz refletir acerca da formação acadêmica brasileira sobre a temática, que parece ter avançado, porém lentamente (Bottega, 2010, p.288).

Grande parte dos procedimentos realizados em estabelecimentos de saúde são relacionados à dor por parte dos pacientes/clientes de tais serviços. E, neste exato momento, pode-se afirmar que há pessoas enfermas que não tem disposição para ir aos serviços de saúde por receio de sentir dor quando são submetidas a punções intramusculares.

Certamente que, para cada perfil de doente ocorra uma abordagem diferenciada para o diagnóstico e respectivo manejo do desconforto doloroso. Não obstante os métodos de aplicação da assistência de enfermagem direcionada ao controle da dor são já estudados e propostos pela literatura e outros métodos inovadores certamente estão por vir pela evolução tecnológica e científica.

Além disto, a interpretação e avaliação do estímulo da dor é uma experiência estritamente subjetiva e pessoal. Por este motivo, a sensação da dor pode ser alterada por “fatores perceptivos, cognitivos, emocionais e de comportamento”. Qualquer dor, seja ela aguda ou crônica, tem sempre um componente psicológico, e é modificado e influenciado por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais. A primeira estratégia para controlar o processo doloroso é desvendar sua causa. Em muitos casos, porém, o incômodo não tem origem clara e a saída é atacar os sintomas. Nessa empreitada, além do uso de medicação, recorrem-se a várias práticas na tentativa de reforçar o tratamento (Bastos et al., 2007).

Assim, utiliza-se os instrumentos de medição, diagnóstico e avaliação para que haja um parâmetro de verificação da existência da alteração deste quinto sinal vital, a dor. Por haver mais de um instrumento que quantifique a dor pode-se utilizar, na prática clínica, os mesmos em concomitância para que se compare os resultados encontrados e que se previna um subdiagnóstico da dor, ou seja, não perceber um processo doloroso estando o mesmo presente ou até superavaliação da mesma.

Estes instrumentos de avaliação surgem não só como necessidade de se dimensionar a dor, como também de medir a eficácia das terapias propostas.

Dentre estes instrumentos, os mais utilizados são:

- a) escala numérica ou linear analógica não visual;
- b) escala de categorias de palavras;
- c) escala de cores;
- d) escala quantitativa não numérica ou linear analógica visual
- e) escala quantitativa não numérica ou analógica visual (Bastos et al., 2007).

Julga-se que uma considerável parcela dos doentes não frequentam os serviços de saúde por receio de se submeterem a experiências dolorosas em procedimentos de tratamento de doenças. Esta constatação resulta de relatos em conversas com possíveis pacientes/clientes. Desta forma, é dever das equipes de

saúde estabelecer estratégias para tornar os doentes menos temerosos em relação à alta expectativa de dor quando frequentam estabelecimentos de saúde para tratamento de enfermidades.

Esta intervenção sobre o medo é tão importante quantos as outras intervenções de enfermagem, pois o medo também é um diagnóstico de enfermagem e, que neste caso afasta as pessoas dos tratamentos médicos o que pode agravar os quadros clínicos das respectivas patologias a serem tratadas no momento do medo.

Quando a comunidade entender que é possível anular ou diminuir a dor em procedimentos parenterais, especificamente em punções intramusculares espera-se que aqueles doentes que não frequentavam os estabelecimentos de saúde para tratamento de suas moléstias, passem a procurar tais serviços por diminuição da expectativa de dor durante os procedimentos curativos e preventivos.

A equipe de enfermagem assim como as equipes multiprofissionais devem ver os fenômenos dolorosos como uma característica vital. Assim, de acordo com Sousa et al. (2010) “a dor é considerada um sinal vital (o quinto), tão importante quanto os outros, que deve ser sempre avaliado num ambiente clínico para se empreender as intervenções”.

A dor é um fenômeno desagradável tanto para o paciente quanto para o profissional da saúde que o assiste desta forma torna-se necessário analisar o mecanismo de tal fenômeno para minimiza-lo ou neutraliza-lo visando o bem estar tanto do profissional quanto do cliente.

Portanto, para entender o fenômeno doloroso e avaliar a eficácia dessas intervenções, são necessárias medidas mais sofisticadas tanto da intensidade quanto das respostas motivacionais, cognitivas e afetivas à dor e, ainda, métodos para a quantificação da experiência subjetiva, rigor e replicabilidade da pesquisa científica. Monitorar as mudanças nas qualidades e/ou dimensões da dor, permitir que o próprio cliente tenha a opção de relatar, descrever e avaliar a sua percepção de dor (Sousa et al., 2010).

Como a dor é um fenômeno multidimensional, deve ser medida adequadamente como a seguir é explicado. Por ter muitas variáveis, a medição da dor é delicada não obstante, deve ser feita constantemente. Assim, sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada ou subestimada, o que pode acarretar manipulação inadequada e prejudicar a qualidade de vida do paciente/cliente tanto quanto a prática profissional. A dor é influenciada por fatores culturais, situacionais e, também, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além de variáveis externas (Sousa et al., 2010).

Um instrumento de avaliação da dor deve conter a participação direta do paciente, pois, a maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor origina-se do que o cliente relata, complementada pela avaliação física. O cliente é considerado (no ambiente clínico ou de pesquisa) como um instrumento de mensuração (Sousa et al., 2010).

Assim, para que haja mais confiabilidade e mais aceitabilidade por parte da comunidade em relação aos procedimentos hospitalares torna-se necessário que o cliente perceba o interesse da equipe de saúde em minimizar ou neutralizar o fenômeno da dor.

Assim, para a enfermagem, a avaliação e a mensuração de dor são indispensáveis e úteis em todas as etapas do cuidado e da produção de conhecimento que, dentre outros objetivos, pretenda determinar as características metrológicas apropriadas para os diferentes tipos de dor, manejo e monitoramento realizados pela equipe de enfermagem, vitais para o sucesso do tratamento daqueles que sentem dor (Sousa et al., 2010).

Nesse sentido a dor pode ser mensurada e medida de acordo com as respostas do paciente a determinadas perguntas realizadas no momento da assistência terapêutica e/ou da pesquisa.

Para o efeito, a psicofísica tem como suposição central que o sistema perceptual é um instrumento de mensuração que gera resultados (experiências, julgamentos, respostas) que podem ser sistematicamente mensurados e analisados. Dessa forma, cumpre mencionar a importância de escutar qualitativamente o outro de tal forma que envolva empatia, interesse e respeito às diferenças e à subjetividade, para que o pesquisador não projete valores e crenças, assim como o mundo

interno, fazendo com que a percepção se torne distorcida em relação à percepção da vida e da dor do outro (Sousa et al., 2010).

Assim, quando do atendimento ao cliente, a equipe de enfermagem é o grupo profissional que passa mais tempo em contato com os pacientes e, desta forma, pode-se prestar com mais apreço à avaliação das condições dos sinais vitais assim como ao fenômeno da dor quando das punções venosas e musculares.

De acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, descrevem a dor como o quinto sinal vital, e como tal, deve ser avaliado tão automaticamente quanto os outros sinais vitais do paciente, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (Bottega, 2010, p.284).

Para mensurar a dor deve-se conhecer detalhadamente sobre a avaliação da mesma assim como o seu manejo daí a necessidade de estudos em contexto real. Como as intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado, fundamental é compreender seu significado e ampliar o campo de saberes acerca da importância de sua mensuração. Para tanto, técnicas que visem avaliar a dor podem ser utilizadas para cuidar de forma humanizada e, medidas diagnósticas inovadoras são estratégias de suporte que contribuem para a atenção às necessidades básicas do indivíduo doente. Neste sentido, avaliar a dor e empenhar medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem estar ao sujeito, podem ser considerados como dispositivos capazes de promover a saúde durante a internação hospitalar ou em cuidados domiciliares. Uma grande variedade de estratégias para avaliação da dor pode ser utilizada, sendo que cada modo de avaliação fornece informações qualitativas e quantitativas a respeito da dor (Bottega, 2010, p.284).

Dessa forma, conhecer os métodos de avaliação e manejo da dor propicia um aumento do leque de ação das equipes de saúde, em se tratando do manejo adequado da dor e da humanização do atendimento em saúde:

É exigido dos profissionais o compromisso com a atualização, de modo a oferecer alternativas aos sujeitos no alívio da dor, do sofrimento, das injúrias e iniquidades, seja no âmbito hospitalar ou comunitário. A falta de conhecimento é um desafio para o cuidar em enfermagem; a educação no lócus do trabalho e a pesquisa,

podem ser mecanismos capazes de promover a construção e reconstrução de saberes (Bottega, 2010, p.289).

Apesar de a enfermagem atuar no controle da dor em praticamente todos os sítios de trabalho não há facilidade para as equipes de saúde em se tratando de manejo da dor. Assim, há a necessidade de se habituar os enfermeiros assim como os outros membros das equipes de saúde no fato de avaliar a dor e agir resolutivamente no controle deste quinto sinal vital.

Apesar das intervenções e classificações existirem parece que o manuseio da dor ainda é uma dificuldade entre os profissionais. Nota-se a importância do envolvimento dos profissionais no seu manuseio, entretanto existe a necessidade de um padrão de opiniões, que transmita segurança para os pais e crianças que estão sendo atendidas (Chotolli & Luize, 2015).

Nesse sentido, a dificuldade das equipes de saúde em valorizar o diagnóstico e manejo da dor evidencia uma possível deficiência de conhecimentos em tal área do conhecimento, pois geralmente se faz e se considera importante o que se conhece em relação ao contexto de trabalho.

No presente estudo, nenhum dos profissionais evidenciou a importância da orientação sobre a dor como um cuidado de enfermagem. Um estudo citou esse dilema e mostrou a importância de incorporar matérias curriculares que se associem ao manuseio da dor durante cursos superiores de enfermagem. A carência do conhecimento torna cada vez mais sensível a situação, e de mais dificuldade o manuseio da dor (Chotolli & Luize, 2015).

Apesar de haver uma vasta gama de material teórico discorrendo sobre o assunto de manejo da dor observa-se a falta de interesse sobre o assunto; isso talvez, por falta de especialização no assunto, pois tal temática, manejo adequado da dor e mais especificamente o não farmacológico, não ser bem evidenciado na graduação.

O conhecimento sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor e escalas de mensuração da dor em crianças deve ser incorporado desde a Graduação de Enfermagem, pois o enfermeiro torna-se disseminador de conhecimento e ator principal durante a avaliação da dor e integração da equipe multidisciplinar para controle da dor. Apesar dos inúmeros métodos não farmacológicos disponíveis e

da autonomia do profissional enfermeiro para desenvolver prescrições de enfermagem envolvendo tais métodos, em nossa pesquisa a adesão à SAE e envolvimento da dor no processo de enfermagem foi baixo, necessitando de mais treinamentos e orientações para os profissionais (Chotolli & Luize, 2015).

Um dos cuidados básicos que um enfermeiro deve ter perícia é no controle dos sinais vitais. A dor é um sinal vital, o quinto; assim é função da enfermagem a manutenção desse sintoma sob controle, ou seja, manter o organismo humano em analgesia seja por medida farmacológica seja por medida não farmacológica.

O enfermeiro deve exercer seu papel no controle da dor, e tem responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção, na monitorização dos resultados e no tratamento, como membro da equipe de saúde (Barros, 2014).

Não obstante, percebe-se que os enfermeiros assim como os acadêmicos de enfermagem não valorizam como deveria ser, as queixas de dor de seus pacientes. Há que se ver a dor e atuar imediatamente sobre a mesma, amenizando ou neutralizando-a. Para isso o desenvolvimento de pesquisas é fundamentação para a aquisição de conhecimento e aumento do interesse sobre o assunto supracitado.

O objetivo deste estudo foi identificar as condutas de acadêmicos de enfermagem sobre as intervenções a partir do diagnóstico de enfermagem de dor, segundo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association e a associação dos resultados de enfermagem perante as medidas de intervenção (Barros, 2014).

Assim, é necessário cumprir toda a escala de cuidados: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento e prescrição da assistência de enfermagem, implementação das ações da assistência de enfermagem e avaliar, e se obter os resultados esperados conforme as classificações científicas pré-estabelecidas.

Da amostra analisada a maior proporção dos acadêmicos (69%) não apresentou intervenções para o caso clínico. Dos 31% que apresentaram intervenções, apenas 58% apresentaram os resultados esperados, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem com base nas intervenções planejadas (Barros, 2014).

Assim, diante do insucesso de uma intervenção de enfermagem no manejo da dor, tem-se que implementar outras condutas para o efetivo manejo do sintoma doloroso.

Vale ressaltar o número expressivo de acadêmicos (42%) que não realizaram a Classificação dos Resultados de Enfermagem. Baseando-se nos resultados desta pesquisa torna-se necessária uma reflexão sobre a avaliação do paciente com dor, assim como sobre as condutas de enfermagem necessárias para suprir ou amenizar tal problemática. Acrescenta-se a esta pesquisa a falta de preparo dos futuros profissionais e a necessidade de mudança de postura perante o domínio técnico-científico exigido pela profissão (Barros, 2014).

2.3 Fisiologia da dor

O sistema nervoso humano é composto basicamente de uma parte central (encéfalo e medula espinhal) e uma parte periférica (nervos periféricos e suas terminações nervosas). Neste estudo, pode-se dizer que se observa a ativação das terminações nervosas na pele pelas lesões provocadas pelas agulhas quando da administração intramuscular de medicações.

Parece que existem dois tipos de dor: a dor "sensorial" fundamental, cuja intensidade é função direta da intensidade de vários estímulos produtores de dor; e a dor "psicológica", cuja intensidade é altamente modificável por fatores como hipnose, placebos e o contexto sociocultural no qual o estímulo ocorre (Rachlin, 2010).

O estímulo nervoso gerado pela lesão na pele é transmitido pelas fibras nervosas até a medula que por sua vez transmite ao cérebro que transforma tal estímulo em sensação de dor. Assim, o que se fez foi preparar o cérebro humano para não codificar a lesão da pele como um estímulo que gerasse uma resposta dolorosa elevada. Por meio da alegria e lembranças agradáveis que por sua vez gerou a produção de neuro-hormônios a exemplo da endorfina provocando a sensação de bem estar que minimizou a dor por aumentar o limiar da dor no sistema nervoso.

A dor é um fenômeno dinâmico. Ao longo de todo o trajeto nervoso, as aferências nociceptivas recebem inúmeras influências excitatórias e inibitórias de diferentes mecanismos de modulação da dor. Essa modulação do sinal nociceptivo (dor

potencial) ocorre no sistema nervoso periférico (SNP) pela ação de neuromediadores (ex.: bradicinina, prostaglandinas e serotonina) e no sistema nervoso central (SNC) pela liberação de neurotransmissores (ex.: noradrenalina, serotonina, encefalinas e dopamina). O estímulo nociceptivo aciona receptores que, por sua vez, ativam fibras aferentes do SNP que transmitem a mensagem de "lesão potencial" ao SNC. Essa comunicação entre o meio exógeno e endógeno (SNP e SNC) ocorre no corno posterior da medula espinhal pela sinapse entre o primeiro e segundo neurônio (ou por intermédio de um interneurônio) (Souza, 2009).

Induz-se assim, de maneira eticamente viável e de forma natural e saudável, a liberação de endorfinas e outros neuro-hormônios por meio de estímulos de alegria e felicidade. Os efeitos da β -endorfina, um hormônio peptídeo opióide endógeno secretado pela glândula hipófise anterior, são efeitos de analgesia, diminuição do desconforto muscular e respiratório (Cunha, 2008).

A dor pode ser transitória e aguda, crônica, recorrente e total, sem trégua. A medicina procura amenizá-la ou suprimi-la, seja tornando inconsciente o paciente ou, alternativamente, preservando sua lucidez e dignidade perante a morte. Substituindo a linguagem do paciente, a medicina criou escalas para medir a dor, porém ela é menos dita e muito mais sentida, diz o autor (Canesqui, 2011).

Isto pois, nesse estado tanto de perspectiva de dor quanto de sensação real do desconforto doloroso, há a necessidade de relaxamento e aumento da sensação de bem estar, para que se obtenha êxito no manejo, adequadamente positivo, da dor pois tais benefícios são instantâneos ao estado das lembranças agradáveis da vida dos sujeitos que se prestam a praticar tal exercício mental de relaxamento.

Todos os mecanismos antiálgicos atuam através da via espinal de controle da comporta de Melzack e Wall e/ou através da transdução do sinal nos sistemas de neurotransmissão e neuromodulação central relacionados com analgesia. A analgesia adjuvante complementar é habitualmente utilizada nos tratamentos fisiátricos, ortopédicos, reumatológicos, obstétricos e com acupuntura. A analgesia alternativa complementar pode potencializar os métodos analgésicos convencionais. É importante estabelecer relações interdisciplinares entre a

Medicina adjuvante e alternativa nas terapias analgésicas e antiinflamatórias clássicas (Vale, 2006).

Dessa forma, tem-se a importância da manipulação natural do manejo da dor, evitando intoxicações exógenas por medicações analgésicas assim como o uso excessivo de recursos materiais. O hormônio responsável pelo controle da dor é natural. Assim, quando o profissional da equipe de saúde induz o enfermo a se alegrar, há o início de uma reação em cadeia, ou seja, a alegria gera endorfina que por sua vez gera alegria e aumento da sensação de bem estar e assim sucessivamente, o efeito da analgesia é multiplicado em progressão geométrica.

O que se observou e se fez foi utilizar a felicidade e alegria gerada por uma “energia de ativação”, indução ao prazer por parte do profissional de saúde. A alegria, do ponto de vista físico e biológico, gerou um benefício durante o manejo da dor. Assim o corpo humano responde à felicidade e alegria libertando várias substâncias químicas endógenas, produzidas pelo próprio organismo humano. A título de exemplo a endorfina, serotonina, dopamina e oxitocina são as responsáveis pela adaptação do organismo à dor, essa adaptação à dor controla e ameniza a dor e permite uma reação mais adequada à dor propiciando um efeito tranquilizante e analgésico (Vieira, 2009).

Quando o organismo sente dor, rapidamente tenta amenizar a dor de forma natural. Não obstante, se somarmos ao mecanismo fisiológico de manejo da dor um estímulo externo para que o organismo libere mais substâncias analgésicas ter-se-á efeitos somados de diminuição da dor.

A fisiologia do estresse envolve mecanismos hormonais que começam no cérebro com o estímulo da neuro-hipófise e desencadeiam uma cascata de eventos que englobam as glândulas da suprarrenal, que agem sobre o estômago, o coração, o sistema linfático, mobilizando inclusive o sistema imunológico que, além de deixar o organismo com as defesas comprometidas, baixam também os níveis de endorfinas e serotonina que elevam a autoestima do ser humano (Farias, 2011).

Quando o indivíduo se alegra o organismo libera substâncias que agem sobre as fibras ab ocasionando o fechamento dos portões da dor por bloquear os estímulos de dor pela liberação de endorfinas ocasionando diminuição drástica da dor ou até a ausência da mesma.

A dor tem uma intensidade que pode ser descrita por quem está a sentir ou a esperar a percepção dolorosa assim como uma qualidade aguda em queimação, etc.

Quando ocorre uma lesão a um tecido ou uma possível lesão que desencadeia dor o organismo sofre transformações gerais. Praticamente todos os sistemas orgânicos são alertados para se adaptarem ao processo de recuperação da lesão e conseqüentemente da dor.

3- METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 Objetivos

Este estudo teve como escopo a análise dos pacientes que lidam com as situações de dor. Assim, focou-se na intervenção de estratégias relacionadas com a teoria do fechamento dos portões da dor por lembranças agradáveis da vida dos pacientes submetidos a punções intramusculares. Sendo assim, este estudo pretende abordar a teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes submetidos a punções musculares.

Dessa forma, interessa perceber as impressões dos pacientes sobre o uso da escala visual analógica de avaliação da dor em adultos, de modo a possibilitar o uso desta escala no cotidiano do cuidado (Bottega, 2010, p.285).

3.1.1 Objetivo Geral

O objetivo central deste estudo é avaliar o manejo da dor em pacientes submetidos a punções intramusculares, de modo a quantificar o limiar da dor por meio da aplicação da teoria do fechamento dos portões da dor.

3.1.2 Objetivos Específicos

Pretende-se ainda:

- Verificar o efeito das lembranças agradáveis da vida dos pacientes como otimizador do manejo da dor quando aplicada em concomitância com a teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes submetidos a punções musculares;

- Aumentar a adesão aos tratamentos relacionados com a administração parenteral;

3.1.3 Hipóteses de Investigação

Foram testadas as seguintes hipóteses:

- H₀: A teoria do fechamento dos portões da dor aplicada por meio de lembranças positivas da vida do paciente não diminuem a dor em punções intramusculares;
- H₁: A teoria do fechamento dos portões da dor aplicada por meio de lembranças positivas da vida do paciente diminuem a dor em punções intramusculares

3.1.4 Local do Estudo

Este estudo foi realizado em instituições de saúde que prestam serviços de atendimento de urgência e emergência nas cidades de Abaetetuba e Barcarena no Estado do Pará, região Norte da República Federativa do Brasil.

Nestas instituições de saúde o número de procedimentos parenterais são suficientes para se estabelecer as conclusões devidas. Tal estudo se mostrou importante tanto para os pacientes quanto para os profissionais da equipe de saúde, pois ao investigar a prática profissional pode permitir uma avaliação pessoal e do grupo passando este a poder oferecer um cuidado mais qualificado (Bottega, 2010, p. 284).

3.1.5 Tipo de Estudo

O enfoque deste estudo foi observacional, quantitativo e qualitativo, portanto, misto, em função de suas características. Esta classificação do estudo segue os princípios enunciados por Sampiere (2013), porquanto “(...) mede fenômenos; utiliza estatística; testa hipóteses; realiza análise de causa e efeito; é processo sequencial, dedutivo, comprobatório e analisa a realidade objetiva dos fatos e tem como benefícios generalizar os resultados, controlar os fenômenos, precisão, réplica e previsão; já em relação ao enfoque qualitativo tem as seguintes características: explora os fenômenos em profundidade; (...) os significados serão

extraídos dos dados; o processo será, também, “indutivo, recorrente, analisará múltiplas realidades, subjetivas”; e terá como benefícios a profundidade dos significados, extensão, riqueza interpretativa e contextualização do fenômeno.” (Sampiere, 2013, p.29).

3.1.6 População e Amostra

A população de onde foi retirada a amostra para esta pesquisa equivale ao somatório das populações dos municípios de Abaetetuba/PA e de Bacarena/PA: $151.934 + 115.779 = 267.713$ mil habitantes.

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes submetidos às punções, o enfermeiro que administrou as respectivas medicações relacionadas às punções e fez a coleta dos dados utilizando a escala de medição da dor e a estimulação das lembranças agradáveis por parte dos pacientes, e outros profissionais que debateram sobre o tema no tempo da pesquisa.

A amostra final foi de natureza não probabilística com enfoque quantitativo, resultando num total de 84 adultos pacientes, maiores de dezoito anos, homens e mulheres, que foram atendidos em duas unidades de urgência e emergência na cidade de Abaetetuba e Barcarena, no Estado do Pará, Brasil. A dimensão da amostra dos pacientes inscreve-se no intervalo de pequena a razoável, devido à pesquisa ser experimental e exploratória, ressalvada a sua importância por Sampiere et al., (2013, p. 193, 194, 202, 206).

3.1.7 Instrumentos de Recolha de Dados

Neste estudo a dor foi avaliada por uma escala analógica visual com a sinalização feita pelo paciente em relação ao nível da dor que espera sentir e a dor que realmente sentiu durante a punção muscular. Como refere Bottega (2010): “Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser mensurada por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso, e ainda não existe um instrumento padrão que permita ao enfermeiro mensurar essa experiência tão complexa e pessoal. Porém estão disponíveis algumas escalas que permitem avaliá-la, complementando o processo de análise semiológica do enfermeiro relativo a esta experiência. Há

instrumentos como a escala de categoria numérica/verbal e visual analógica que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida (Bottega, 2010, p.284/285).

Assim, utilizou-se a Escala Visual Analógica – EVA, para a avaliação da dor: é simples e de fácil compreensão como se pode perceber a partir da figura 1 (Lopes & Zangaro, 2006).

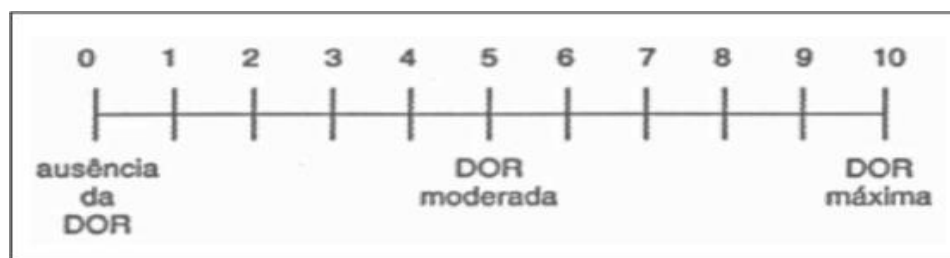


Figura 1- Escala analógica visual para avaliação da dor

A Escala Visual Analógica – EVA permite medir a quantidade de dor esperada antes das punções intramusculares e a dor realmente sentida após o procedimento de administração medicamento que envolveu lesão muscular.

Conforme Martinez (2011, pp. 308-311) tem-se que, a “Escala visual analógica (EVA) para dor (*Visual Analogue Scale - VAS*): Instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10.”

Ainda segundo Martinez (2011, pp. 308-311), “No caso do nosso trabalho, a escala unidimensional utilizada foi a EVA, a qual se limita em avaliar apenas a intensidade da dor no presente momento.”

Utilizou-se uma agulha 30x8, com calibre um pouco maior que o calibre da agulha 25x7 que é a agulha geralmente utilizada em administração de medicamentos em punções intramusculares; utilizou-se a agulha 30x8 em função de haver muitos procedimentos de administração de penicilina que, se aplicada com agulha 25x7 ocorrendo o entupimento da agulha.

Assim para uniformizar um tipo de agulha para toda a pesquisa escolheu-se a agulha 30x8. Caso todos os procedimentos fossem realizados com a agulha 25x7 a diferença a dor esperada e a dor sentida poderia ser maior assim como o índice de confiança.

Utilizou-se os materiais geralmente utilizados em pesquisas científica tais quais: papel, canetas esferográficas, computador, pranchetas, formulários para a aplicação da pesquisa e coleta de dados assim como a ação explicativa e argumentativa do entrevistador para com os entrevistados no momento da coleta de dados.

3.1.8 Procedimentos

Na metodologia da recolha de dados procedeu-se da seguinte forma: solicitou-se aos pacientes a participação na pesquisa; quando da aceitação pediu-se para os pacientes indicarem na escala de medição da dor um número de zero a dez que correspondesse à dor que esperavam sentir no momento da punção, tendo como base a dor sentida na punção anterior a que foram submetidos.

Em seguida, sugerimos que pensassem em situações agradáveis de suas próprias experiências vitais. Aplicou-se então a medicação intramuscular e em seguida pediu-se para que o paciente informasse na escala de medição da dor a dor que sentiu comparando com o valor de dor anteriormente citado.

Assim, houve tanto uma indicação na escala visual analógica como um relato verbal que confirmou a indicação na escala antes e depois da punção. A percepção de dor é auto-observada, adquirida por meio de processos de aprendizagem, sendo o relato verbal (oral ou escrito) uma das formas de descrever e comunicar essa percepção.

Em todas as culturas, a dor é um tipo de sensação descrita como algo desagradável, independente da sua duração (aguda, crônica, episódica) ou da sua origem (provocada por nocicepção, por desaferentação, mista ou psicogênica) (Frutuoso, 2004, p.110).

Os pacientes que foram submetidos à avaliação da dor estavam conscientes e responsivos para que houvesse um melhor aproveitamento e conclusão a respeito dos dados coletados e dos resultados que se pretendeu alcançar (Bottega, 2010, p.285).

Assim, a dor teve sua intensidade diminuída pela aplicação da teoria do fechamento dos portões da dor por aumentar o limiar da dor por meio de lembranças positivas da vida dos pacientes.

3.1.9 Implementação

Este trabalho respeitou os princípios éticos de investigação.

Solicitou-se as devidas autorizações para a direção das unidades hospitalares para a realização da pesquisa. Após as respetivas autorizações, deu-se início à coleta das informações e à realização dos procedimentos.

Os sujeitos foram previamente informados sobre o estudo e foram garantidas a confidencialidade das informações e o seu anonimato. Somente um paciente se negou a participar, tendo sua medicação sido administrada de forma normal, ou seja, sem a intervenção de diminuição da dor.

3.1.10 Tratamento estatístico dos dados

Tratando-se de um estudo de carácter observacional a análise estatística a utilizar seguiu inicialmente um procedimento descritivo através de medidas de dispersão e centralidade, como os valores de frequência absoluta e relativa e os valores da média. Depois seguiu-se o procedimento analítico onde se aplicou o teste t de Student (emparelhado/pareado).

Assumiu-se um intervalo de confiança de 95% e um nível de confiança $\alpha < 0,05$.

Para recolha e tratamento estatístico dos dados foram utilizados o programa Excel 2013 e o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 20.

4- RESULTADOS

A descrição das características sociodemográficas da amostra encontra-se na tabela 1

Tabela 2 - Características Sociodemográficas da amostra

	Características	N (%)
Sexo	Masculino	53 (63,1%)
	Feminino	31 (36,9%)
Idade	[18-30]	39
	[31-59]	40
	≥ 60	5
	Min: 21 anos Max: 66 anos Média: 36,87 anos (dp± 11,822)	
Nacionalidade	Brasileira	84 (100%)
Habilitações Literárias	Não alfabetizado	1 (1,1%)
	Ensino Fundamental Incompleto	30 (35,7%)
	Ensino Fundamental Completo	5 (5,9%)
	Ensino Médio Incompleto	17 (20,2%)
	Ensino Médio Completo	27 (32,1%)
	Ensino Superior Incompleto	0 (0%)
	Ensino Superior Completo	1 (1,1%)
	Não coletado	3 (3,5%)
Situação Profissional	Autônomo	48 (57,1%)
	Func. Público	3 (3,5%)
	CTPS	31 (36,9%)
	Estudante	2 (2,3%)
Situação Familiar	Casado(a)	21 (25%)
	Solteiro(a)	35 (41,6%)
	Viúvo(a)	1 (1,1%)
	Divorciado(a)	1 (1,1%)
	União de Facto	26 (30,95%)
Nível Socioeconómico/Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	53 (63,09%)
	2 a 3 salários mínimos	24 (25,51%)
	4 a 5 salários mínimos	7 (8,33%)
	Total	84 (100%)

A partir da análise da tabela 1 pode-se verificar que dos 84 utentes participantes, 53 eram do sexo masculino (63,1%) e 31 eram do sexo feminino (36,9%). O utente mais novo a participar neste estudo tem a idade de 21 anos, e o utente mais velho tem a idade de 66 anos, sendo a média das idades de 36,87 anos (dp±11,822 anos).

Quanto à nacionalidade dos respondentes, 84 eram de nacionalidade brasileira (100%).

Em relação às habilitações literárias pode-se observar que a maior parte dos utentes tem o Ensino Fundamental Incompleto (9º Ano), 30 utentes (35,7%), logo seguido pelos utentes com o Ensino Médio Completo 27 (32,1%).

Quanto à situação profissional, a maioria 48 (57,1%) dos utentes tem uma atividade profissional autónoma.

Na maioria dos casos, 35 utentes (41,6%) são solteiros e 1 utente (1,1%) encontra-se viúvo. Da amostra recolhida, 21 utentes (25%) vivem casados enquanto 26 (30,95%) vivem juntos em união estável, um utente encontra-se divorciado (1,1%).

No nível socioeconómico/renda familiar, 53 (63,09%) utentes ganham até um salário mínimo; 24 utentes (25,51) ganham de 2 a 3 salários mínimos; enquanto 7 utentes (8,33%) ganham em torno de 4 a 5 salários mínimos.

Perfil Clínico da amostra

Relativamente ao perfil clínico dos indivíduos da nossa amostra, os resultados discriminados apresentam-se nas seguintes tabelas.

Tabela 2 – Descrição da expectativa de dor, dor sentida e a diferença entre elas de 84 experimentos.

Número de ordem	Expectativa de dor- dor esperada	Dor sentida após a intervenção	Diferença entre dor esperada e dor sentida	Dor sentida em (%) em relação à dor esperada.	Diminuição da dor em %
1	5	2	3	40%	60%
2	8	3	5	37,50%	62,50%
3	8	5	3	62,50%	37,50%
4	8	2	6	25%	75%
5	7	2	5	28,57%	71,43%
6	7	0	7	0%	100%
7	10	0	10	0%	100%
8	3	1	2	33,33%	66,67%
9	5	0	5	0%	100%
10	10	10	0	100%	0%
11	6	5	1	83,33%	16,67%
12	10	0	10	0%	100%
13	5	5	0	100%	0%
14	2	0	2	0%	100%
15	7	2	5	28,57%	71,43%
16	7	0	7	0%	100%
17	5	2	3	40%	60%
18	7	5	2	71,00%	29,00%
19	5	2	3	40%	60%

20	7	0	7	0%	100%
21	9	3	6	33,33%	66,67%
22	5	1	4	20%	80%
23	7	2	5	28,57%	71,43%
24	7	0	7	0%	100%
25	10	0	10	0%	100%
26	10	0	10%	0%	100%
27	2	3	-1	-50%	0%
28	2	7	-5	-250%	0%
29	5	1	4	20%	80%
30	10	10	0	100%	0%
31	5	3	2	60%	40%
32	5	5	0	100%	0%
33	5	6	-1	-20%	0%
34	5	6	-1	-20%	0%
35	5	6	-1	-20%	0%
36	5	2	3	40%	60%
37	4	3	1	75%	25%
38	10	0	10	0%	100%
39	10	0	10	0%	100%
40	3	2	1	66,66%	33,34%
41	10	2	8	20%	80%
42	4	2	2	50%	50%
43	4	2	2	50%	50%
44	4	4	0	100%	0%
45	4	3	1	75%	25%
46	5	0	5	0%	100%
47	5	3	2	60%	40%
48	5	2	3	40%	60%
49	5	2	3	40%	60%
50	5	0	5	0%	100%
51	8	1	7	12,50%	87,50%
52	8	0	8	0%	100%
53	8	0	8	0%	100%
54	5	2	3	40%	60%
55	4	4	0	100%	0%
56	4	0	4	0%	100%
57	5	8	-3	-60%	0%
58	9	4	5	44,44%	55,56%
59	10	4	6	40%	60%
60	10	3	7	30%	70%
61	7	2	5	29%	71%
62	10	10	0	100%	0%
63	10	0	10	0%	100%
64	8	4	4	50%	50%
65	8	5	3	62,50%	37,50%
66	10	2	8	20%	80%
67	8	4	4	50%	50%
68	5	6	-1	-20%	0%
69	8	5	3	62,50%	37,50%
70	8	3	5	37,50%	62,50%
71	10	0	10	0%	100%
72	5	0	5	0%	100%
73	8	4	4	50%	50%
74	10	4	6	40%	60%
75	10	6	4	60%	40%
76	7	7	0	100%	0%
77	7	8	-1	-14%	0%
78	4	2	2	50%	50%
79	5	2	3	40%	60%
80	5	1	4	20%	80%
81	5	2	3	40%	60%
82	4	0	4	0%	100%
83	4	2	2	50%	50%
84	5	3	2	60%	40%

Da observação da tabela 3 pode-se verificar que a dor esperada variou entre um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 10, na escala analógica de avaliação da dor, com média de 6,75.

Tabela 3 - Perfil Global da Dor

Perfil da Dor	N	Mínima	Máxima	Média	Dp
Dor Esperada	84	3	10	6,75	2,211
Dor Sentida	84	0	10	2,96	2,422
Diminuição da dor	84	0,00	100,00	56,8281	31,84197
Total	84				

A dor sentida teve valor mínimo de 0 e 10 valor máximo, na escala analógica de avaliação da dor, com média de 2,96.

A diminuição da dor geral foi em torno de 56,82 de valor médio e que houve diminuição total da dor assim como não houve alteração da perceção dolorosa em alguns casos.

Tabela 4 – Caracterização da Dor por sexo

SEXO	N	Média	Mediana	Dp
Masculino	53	52,8502	56,0000	32,59369
Feminino	31	63,6290	60,0000	29,79932
Total	84	56,8281		31,557

Conforme se observa na tabela 4, o sexo feminino apresenta um valor da média da diminuição da dor de 63,62 e o sexo masculino um valor médio em torno de 52,85. Constata-se que em média a diminuição da dor foi maior no sexo feminino do que no masculino, não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Fomos em seguida verificar também como se distribuía a diminuição da dor pela idade dos pacientes (tabela 5).

Tabela 5 – Caraterização da diminuição da dor pela idade

		Soma dos scores	GL	Média	F	Sig. (p)
Diminuição da dor Idade	Inter-grupos	30264,789	21	1441,180	2,318	0,023
	Intra-grupos	15545,083	25	621,803		
	Total	45809,872	46			

Através do teste ANOVA simples, é possível constatar que existe diferença de médias entre os diferentes grupos etários e que essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Verificamos com a medida de associação de variáveis (Teste Eta) que a Diminuição da dor e a Idade estão fortemente associadas $\alpha = 0,813$.

Assim, estes resultados permitem afirmar que quanto mais idade os pacientes tiverem maior é a diminuição dor sentida.

Tabela 6 – Dor Esperada e Dor Sentida

	N	Mínima	Máxima	Média	Dp
Dor Esperada	84	3	10	6,75	2,211
Dor Sentida	84	0	10	2,96	2,422
Total	84				

A tabela 6 permite observar que a dor esperada apresentava um valor médio bastante superior (6,75) ao valor médio da dor sentida de fato (2,96).

Perante estes resultados, fomos avaliar o Teste t para amostras pareadas ou independentes de modo a testar a H_0 (tabela 7).

Tabela 7 – Cálculo do valor do Teste t

Tipo de Dor	t	GL	Sig.(p)	Média	95% IC	
					Baixo	Alto
Dor Esperada	27,980	83	0,000	6,750	6,27	7,23
Dor Sentida	11,217	83	0,000	2,964	2,44	3,49

GL- Graus de liberdade
IC- Intervalo de Confiança

Os valores do Teste t encontrados com o nível de significância estatística ($p < 0,05$), permitem rejeitar a hipótese H_0 e aceitar a hipótese H_1 . Isto é, a teoria do fechamento dos portões da dor aplicada por meio de lembranças positivas da vida do paciente diminuem a dor em punções intramusculares.

5- DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a dor pode ser diminuída por meio de lembranças agradáveis da vida dos enfermos e a Escala Visual Analógica – EVA teve uma aplicabilidade objetiva para a quantificação da resposta dolorosa dos enfermos .

As mulheres foram mais sensibilizadas pelas suas próprias lembranças positivas – a dor foi diminuída em média aproximadamente 60%. Os homens foram sensíveis ao ponto de terem suas dores diminuídas aproximadamente 50%. Uma média de 55% entre homens e mulheres.

A dor foi diminuída significativamente nas mulheres, 63,62%, provavelmente devido ao fato das mulheres poderem direcionar maiores respostas afetivas e sentimentos de felicidade e alegria em relação a pessoas queridas e lembranças agradáveis e amáveis devido à capacidade de maternidade.

A EVA é simples e focada no aspeto intensidade da dor sendo adequada à objetividade, pré-requisito investigativo, e não desfoca para outras variáveis como mostra o autor que afirma a seguir:

(...) As análises que utilizam apenas escalas unidimensionais são simples e limitadas; já que desconsideram outros aspetos tão importantes quanto a intensidade. Aspetos como a localização da dor; características sensoriais, afetivas, impacto da dor no bem-estar do paciente; uso de medicamentos e alívio da dor com o uso dos mesmos, e muitas outras características que são possíveis de serem analisadas em escalas multidimensionais merecem ser avaliadas. (Martinez, 2011, pp. 308-311).

Assim, devido à sua simplicidade a Escala Visual Analógica – EVA é prática e modelada às rotinas aceleradas de unidades de saúde com auto fluxo de serviços pois propicia agilidade e eficiência do procedimento de medição da dor. Tal visualização também foi realizada pelo que se mostra no excerto seguinte:

A EVA é de fácil e rápida aplicação. Tem fácil entendimento pelo paciente, sendo uma forma adequada para estimar a intensidade da dor presente. Sendo, porém,

um instrumento unidimensional, analisa apenas a intensidade da dor, desconsiderando quaisquer outros aspectos dessa dor. (Martinez, 2011, pp. 308-311).

Desta forma tem-se que o manejo da dor passa pelo fato de se medir a intensidade para reduzi-la ou até mesmo torna-la nula e a intensidade é perfeitamente dimensionada pela EVA, conforme se seguiu por (Martinez, 2011, pp. 308-311), “A intensidade é a característica mais importante em termos de seguimento e se torna o parâmetro de melhora ou piora procurado por médicos e pacientes. Seu uso se tornou disseminado”.

Assim, as outras variáveis que interferem na intensidade da dor podem ser manejadas por outros instrumentos da assistência à saúde em um segundo momento, no entanto, a priori se deve realizar a diminuição da intensidade da dor para diminuir o sofrimento do paciente e tornar a equipe de saúde satisfeita por realizar uma intervenção eficaz de manejo da dor. Ainda conforme (Martinez, 2011, pp. 308-311), tem-se: “(...)”, as demais características da dor devem ser levadas em conta. Sua facilidade e rapidez de aplicação sugerem uma indicação em serviços de emergência.

Desta forma observa-se que os vários instrumentos que coletam dados sobre a dor apresentam alguma limitação e que a assistência à saúde tem por objetivo atuar mesmo diante de tais limitações conforme mostado abaixo:

Conclui-se que, apesar dos instrumentos multidimensionais fornecerem dados mais amplos sobre a dor, apresentam também algumas limitações: quanto à sua aplicação e, às vezes, tais instrumentos consistem em questionários muito longos, tornando-os de difícil aplicação em pacientes em estado grave. Nesse sentido, nos ambientes de atendimento de dor aguda, deve-se priorizar apenas a avaliação da intensidade da dor. (Martinez, 2011, pp. 308-311).

Assim, fica claro que a utilização da Escala Visual Analógica – EVA é adequada para dimensionar e por seguinte manejar a dor de forma eficaz. Neste estudo foi feita a intervenção por meio de lembranças positivas voluntárias da vida dos pacientes à semelhança do que se observa a seguir,

(...) é por meio da aplicação da Intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade). A Intervenção é baseada no modelo biopsicossocial e espiritual que tem como o objetivo ressignificar a dor simbólica (...). A finalidade da RIME é provocar o bem-estar ao paciente, estimulando transformações positivas advindas do contato com o próprio interior. Tal técnica é classificada como psicoterapia breve e terapia complementar em saúde e tem como base teórica: o relaxamento, a visualização das imagens e espiritualidade. O relaxamento também chamado de frequência cerebral Alfa é o estado mental que mais favorece a ocorrência da aprendizagem, uma vez que há maior produção de insights, resultando em mudanças de atitudes e ideias. Trata-se de um estado natural que todos podem experimentar por meio dos sonhos acordados, meditação, oração, dentre outros. Comprovadamente o relaxamento mental propicia respostas físicas imediatas (diminuição da frequência cardíaca, ritmo respiratório e consumo de oxigênio) e mudanças em longo prazo (resposta do corpo à adrenalina, diminuição da ansiedade e da depressão e melhora na capacidade para lidar com fatores estressantes da vida). (Ribeiro, 2014, pp. 83-102).

Assim, a visualização de imagens por lembranças agradáveis é um esforço que deve ser realizado pelo cliente e de forma espontânea e individual não obstante o profissional da equipe de saúde pode induzir o paciente a determinados pensamentos do cotidiano que o torne alegre e feliz para se atingir o objetivo desejado que é o manejo adequado da dor, por diminuí-la, que, neste caso, foi os momentos instantâneos das punções intramusculares mas que pode-se expandir para outros momentos de situações dolorosas que permeiam os vários quadros clínicos que desencadeiam respostas dolorosas por parte das pessoas que são submetidas a tratamentos de saúde. O excerto abaixo mostra tal entendimento:

Já a visualização das Imagens Mentais é pautada nos símbolos que são imagens que nos podem ser familiares no cotidiano, porém apresentam significados especiais. Isso significa, por meio do uso de imagens mentais, que são figuras simbólicas conectadas pela imaginação, torna-se possível conectar-se com a realidade subjetiva interna, favorecendo transformações no indivíduo e ajudando a lidar de uma forma nova com as experiências atuais. (Ribeiro, 2014, pp. 83-102).

Nesta pesquisa alguns pacientes participaram mais de uma vez, no entanto, quando de uma segunda participação o procedimento foi realizado como se fosse o primeiro experimento, justamente como é mostrado pelo autor a seguir:

(...) o paciente poderia participar uma ou quantas vezes quisesse da intervenção, enquanto estivesse internado na enfermaria. Mas, a cada nova aplicação da RIME, o paciente era submetido à aplicação da escala EVA e entrevista semiestruturada antes e depois da Intervenção. (Ribeiro, 2014, pp. 83-102).

Os participantes foram convidados a participar no estudo por meio dos experimentos de forma individual e no momento da administração dos fármacos por via intramuscular; somente um paciente se recusou a participar da pesquisa – mesmo na iminência de sentir dor o mesmo se negou a se submeter a um procedimento de diminuição da dor – lembrar daquilo que poderia causar alegria, mas aceitou receber a medicação por via intramuscular. Assim, também houve similaridade neste aspecto entre esta pesquisa e o estudo do autor (Ribeiro, 2014, pp. 83-102), como mostra o trecho a seguir: “Ressalta-se que cada paciente foi convidado individualmente, para evitar constrangimento na possível recusa para ingressar no grupo. (...) não havia limites de sessões de participação”.

Neste estudo observou-se que os valores da expectativa da dor e os valores da dor sentida foram menores, maiores e iguais entre si quando colocados na EVA antes e depois da intervenção, mas com predominância praticamente absoluta dos valores menores indicados pelos pacientes, na EVA, após a intervenção, o que demonstrou significância estatística para a intervenção por meio de lembranças agradáveis da vida dos pacientes em se tratando de manejo adequado da dor. Assim, observou-se semelhança entre este estudo e a pesquisa cujo fragmento é mostrado a seguir:

Na comparação do valor encontrado na Escala EVA pós com a EVA pré-intervenção, verificou-se que em 15 pacientes a EVA pós foi menor que a EVA pré. Nenhum paciente apresentou a EVA pós maior que o EVA pré, e seis pacientes apresentaram a EVA pós igual à EVA pré. Observou-se que a variação da EVA pós em relação à EVA pré só foi estatisticamente significativa em relação à própria Intervenção RIME, ou seja, em média, os pacientes apresentaram, antes

da RIME, médio bem-estar e, após a RIME, bom bem-estar. (Ribeiro, 2014, pp. 83-102).

Apesar da semelhança entre este estudo e outras pesquisas em relação ao método utilizado não foi encontrado literatura onde se utilizou a Escala Visual Analógica – EVA e uma estratégia de elevação do limiar da dor a exemplo das lembranças positivas da vida dos enfermos ou da RIME, aplicadas à situação de dor que se observa nas situações onde há punções intramusculares. Nesse sentido este estudo é pioneiro – diminuição da dor em punções intramusculares.

6- CONCLUSÃO

Respondendo à problematização e questionamentos que surgiram quando das reflexões iniciais desta pesquisa, os resultados encontrados permitem tirar algumas inferências, a saber: a teoria do fechamento dos portões da dor tem efeito, minimizando a dor na administração intramuscular de medicamentos; lembranças de situações agradáveis da própria vida dos pacientes podem influenciar o manejo da dor, diminuindo a dor, quando aplicadas na teoria do fechamento dos portões da dor na administração parenteral; os pacientes/clientes compreendem as escalas de avaliação da dor assim como o manejo adequado da dor; os pacientes/clientes compreendem o sentido das lembranças de situações agradáveis das suas próprias vidas. Assim, julgamos que é possível aplicar a teoria do fechamento dos portões da dor em procedimentos parenterais de forma geral.

Este estudo teve como escopo tanto a análise dos pacientes quanto de profissionais da saúde que lidam com as situações de dor. Contudo, foi somente possível atuar sobre a perspectiva e percepção de dor dos pacientes. Não houve enfoque sobre o conhecimento dos profissionais de saúde devido à objetividade para este estudo.

Ao avaliar a influência da teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes submetidos a punções musculares obteve-se resultados positivos na diminuição da dor. Verificou-se o efeito positivo das lembranças agradáveis da vida dos pacientes como otimizador do manejo da dor quando aplicada em concomitância

com a teoria do fechamento dos portões da dor, em pacientes submetidos a punções musculares.

Dessa forma, espera-se aumentar a adesão aos tratamentos parenterais devido ao fato de o cliente esperar que a dor possa ser diminuída ou até mesmo neutralizada pelo manejo adequado por parte dos profissionais da equipe de saúde.

A respeito da influência das metáforas psicológicas como otimizador do manejo da dor quando aplicada em concomitância com a teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes submetidos a punções musculares – não foi feito experimentos com as metáforas devido ao foco da pesquisa ter sido direcionado às lembranças positivas da vida dos clientes.

Não foi possível propor ações educativas para os profissionais de saúde a respeito das condutas de minimização da dor no momento da administração parenteral pelo fato da objetividade da pesquisa ter sido limitada ao efeito das lembranças positivas sobre a diminuição da dor nas punções intramusculares.

Ações educativas para os pacientes/clientes a respeito das condutas de minimização da dor no momento da administração parenteral foram feitas quando se pediu para que os mesmos lembrassem-se de situações agradáveis e que lhes dessem esperança, imediatamente antes das punções, para o aumento do limiar da dor para haver diminuição da percepção dolorosa.

Assim, propõe-se a aplicação geral da teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes/clientes submetidos à administração parenteral, principalmente as punções intramusculares assim como a continuação deste estudo para fundamentar outras pesquisas de manejo da dor.

Dessa forma, avaliando o programa implementado entendeu-se que houve êxito da intervenção: houve diminuição significativa da dor dos pacientes submetidos aos procedimentos de punção intramuscular nos momentos de administração de medicamentos.

À priori não houve limitações para a realização da pesquisa a não ser a limitação imposta pela metodologia que estabeleceu o experimento em punções intramusculares em detrimento de outros tipos de punções assim como a

realização dos experimentos somente em maiores de dezoito anos por questão ética.

A teoria do fechamento dos portões da dor é eficaz para aumentar o limiar da dor, diminuindo a sensação e percepção dolorosa, em pacientes submetidos a procedimentos parenterais, em especial os intramusculares.

Por fim, recomendamos para pesquisas futuras que seja ampliado o número de pacientes submetidos a esta intervenção para que se aumente a aplicabilidade e confiança em tal procedimento de diminuição de dor, tanto em punções intramusculares como em outros tipos de punções terapêuticas.

Também seria desejável quantificar os possíveis pacientes que não frequentam os estabelecimentos de saúde por receio de sentir dor em procedimentos parenterais.

Numa perspectiva de promoção e educação para a saúde, apresentamos as seguintes propostas:

- Realização de ações educativas para os profissionais de saúde a respeito das condutas de minimização da dor no momento das punções parenterais;
- Realização de ações educativas para os pacientes/clientes a respeito das condutas de minimização da dor no momento das punções parenterais;
- Propor a aplicação geral da teoria do fechamento dos portões da dor em pacientes/clientes submetidos punções parenterais;
- Gerar dados para a continuação de estudos assim como fundamentar outras pesquisas de manejo da dor.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas, & Albuquerque, Ana Paula dos Santos. (2014). Condutas de enfermagem no diagnóstico da dor e a classificação dos resultados. *Revista Dor*, 15(2), 107-111. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140021>

BASTOS, Daniela Freitas, Silva, Glauce Cerqueira Corrêa da, Bastos, Isabela Duque, Teixeira, Luciane Alves, Lustosa, Maria Alice, Borda, Maria Cristina da Silva, Couto, Sílvio César Ribeiro, & Vicente, Therezinha Alves. (2007). Dor. *Revista da SBPH*, 10(1), 85-96. Recuperado em 26 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&tlng=pt.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto contexto - enferm.*[online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 283-290. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>. Acesso em 11 jan. 2016.

CANESQUI, Ana Maria. (2011). Compreender a dor. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 613-616. Retrieved November 05, 2017, from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200023&lng=en&tlng=pt.

CHOTOLLI, Mayara Ruiz, & Luize, Paula Batista. (2015). Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. *Revista Dor*, 16(2), 109-113. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150021>

CORDEIRO, Raquel Alves, & Costa, Roberta. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1), 185-192. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100022>

CUNHA, Giovani S., Ribeiro, Jerri L., & Oliveira, Alvaro R.. (2008). Níveis de beta-endorfina em resposta ao exercício e no sobretreinamento. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(4), 589-598. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000400004>

DAVIM, Rejane Marie Barbosa, Torres, Gilson de Vasconcelos, & Dantas, Janmilli da Costa. (2009). Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 438-445. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200025>

FARIAS, Sílvia Maria de Carvalho, Teixeira, Olga Lúcia de Carvalho, Moreira, Walter, Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de, & Pereira, Maria Odete. (2011). Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 722-729. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>

FRUTUOSO, Joselma Tavares; CRUZ, Roberto Moraes. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Aval. psicol. Porto Alegre*, v. 3, n. 2, nov. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 jan. 2016.

GRANER, Karen Mendes, Costa Junior, Aderson Luiz, & Rolim, Gustavo Sattolo. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18(2), 345-355. Recuperado em 26 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200009&lng=pt&tlng=pt.

JOÃO, Paulo Ramos David, & Faria Junior, Fernando. (2003). Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Jornal de Pediatria*, 79(Supl. 2), S213-S222. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000800011>

LOPES, Carlos de Oliveira; MAS, JosepaRigal I; ZANGARO, Renato Amaro. Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso do laser de baixa potência. *RadiolBras*[online]. 2006, vol.39, n.2, pp. 131-136 ISSN 1678-7099. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842.0.06000200012>.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola and MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev. Bras. Reumatol.* [online]. 2011, vol.51, n.4, pp.304-308. ISSN 0482-5004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.

MATA, Luciana Regina Ferreira da, Souza, Cristiane Chaves de, Chianca, Tânia Couto Machado, & Carvalho, Emília Campos de. (2012). Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1512-1518. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600031>

MOTTA, Giordana de Cássia Pinheiro da, & Cunha, Maria Luzia Chollopetz da. (2015). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 131-135. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>

PEÓN, Andréa Ungaro, & Diccini, Solange. (2005). Dor pós-operatória em craniotomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 489-495. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400005>

RACHLIN, Howard. (2010). Dor e comportamento. *Temas em Psicologia*, 18(2), 429-447. Recuperado em 05 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200017&lng=pt&tlng=pt.

RIBEIRO, Roberta Oliveira Barbosa et al. A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. *Psicol. hosp. (São Paulo)* [online]. 2014, vol.12, n.2, pp. 83-102. ISSN 1677-7409.

RIBEIRO, Rosana Martins, Tavano, Liliam D'Aquino, & Neme, Carmem Maria Bueno. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3), 67-76. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000300007>

ROMANEK, Flávia Alves Ribeiro, & Avelar, Maria do Carmo Querido. (2014). O ensino de intervenções de Enfermagem como estratégia não farmacológica para alívio da dor. *Revista Dor*, 15(4), 264-266. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140057>

ROSSI, Lídia Aparecida, Torрати, Fernanda Gaspar, Carvalho, Emilia Campos de, Manfrim, Alessandra, & Silva, Dulce Ferreira da. (2000). Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 154-164. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000200005>

SAMPIERE, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández & Lucio, Mariádel Pilar Baptista. *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre. Penso, 2013.

SILVA, Daiane Soares, Rocha, Eliana Porto, & Vandenberghe, Luc. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 335-343. Recuperado em 27 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200008&lng=pt&tlng=pt.

SILVA, Priscila de Oliveira da, & Portella, Vera Catarina. (2014). Intervenções de enfermagem na dor. *Revista Dor*, 15(2), 145-151. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140027>

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros; PEREIRA, Lilian Varanda; CARDOSO, Roberta; HORTENSE, Priscilla. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.18, n.1, p.0310, Feb. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01

0411692010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jan. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100002>.

SOUZA, Juliana Barcellos de. (2009). Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica?. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15(2), 145-150. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000200013>

VALE, Nilton Bezerra do. (2006). Analgesia adjuvante e alternativa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 530-555. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942006000500012>

VANDENBERGHE, Luc, Cruz, Ana Carla Furtado da, & Ferro, Cristina Lemes Barbosa. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 31-40. Recuperado em 27 de outubro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100005&lng=pt&tlng=pt.

VIEIRA, José Luiz Lopes, Porcu, Mauro, & Buzzo, Viviane Aparecida dos Santos. (2009). A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 8-16. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000100002>

ANEXOS