

Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros

Pain evaluation as a fifth vital sign in the risk classification: a study with nurses

Flávia Franco Morais¹, Juliana Penido Matozinhos¹, Thiago Tomé Borges¹,
Carolina Marque Borges², Ana Cristina Viana Campos³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o uso da avaliação da dor e a classificação de risco utilizada por enfermeiras.

Materiais e Métodos: Estudo transversal descritivo com amostra de 15 enfermeiros matriculados no curso de Urgência, Emergência e Trauma, Instituto de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário, desenvolvido especialmente para este estudo, composto por seis questões referentes à percepção e conhecimento dos enfermeiros sobre avaliação de dor como sinal vital.

Resultados: Do total de respondentes, quatorze (93,3%) eram do sexo feminino, nove (60,0%) tinha idade igual ou maior que 25 anos e o estado civil mais comumente relatado foi solteiro (66,6%). O tempo de formação variou entre dois e cinco anos. Apenas três (20,0%) participantes trabalhavam com classificação de risco e apesar de todos os enfermeiros afirmarem que a dor pode ajudar na classificação de risco, apenas 13 deles classificam a dor como sinal vital.

Conclusão: Apesar da avaliação da dor ter sido considerada importante na classificação de risco pelos dos enfermeiros entrevistados, metade deles não utilizava a classificação de risco no serviço. Novos estudos se fazem necessários utilizando um desenho metodológico mais refinado bem como a investigação com outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: dor; medição da dor; acolhimento; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the use of pain evaluation and the risk classification used by nurses.

Material and Methods: Descriptive cross-sectional study with a sample size of 15 nurses from the course of Urgency, Emergency and Trauma, Continued Education Institute, at Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. The tool used for data collection was a questionnaire developed especially for this study which comprised six questions related to perception and knowledge of the nurses about pain evaluation as a vital sign.

Results: From the total respondents, fourteen (93.3%) were female, nine (60.0%) were 25 years old or older and the marital status more often reported was single (66.6%). The time since graduation ranged between two and five years. Only three (20.0%) individuals worked with risk classification approach although all of total respondents agreed that the pain might help on risk classification; thirteen classified pain as a vital sign.

Conclusion: In spite of the answers that considered the pain evaluation as an important issue to take into account during risk evaluation, half of them do not use this approach in their workplace. New studies with a more refined method, as well as investigations targeting other health professionals are strongly recommend.

Keywords: pain; pain measurement; user embracement; nursing.

¹Enfermeira(o). Especialista em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma, Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

²Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

³Cirurgiã-dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, observa-se um grande fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Prontos-Socorros, aumentando a demanda por atendimento. Na tentativa de reverter este quadro, os serviços de saúde recorreram à implementação do sistema de classificação de risco sendo os usuários identificados de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e, desta maneira, encaminhados ao profissional de saúde de acordo com os diferentes graus de especificidade de tratamento¹.

O acolhimento com classificação de risco visa diminuir o risco de mortes evitáveis, extinções das conhecidas “triagens por porteiro” ou profissional não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada. A gravidade do estado de cada paciente é determinada através de fluxogramas capazes de identificar a prioridade clínica de atendimento com base em sinais e sintomas. Cada conjunto de sinais ou sintomas funciona como um discriminador associado a uma cor que traduz o nível de prioridade de atendimento do paciente².

A abordagem inicial é realizada por um enfermeiro responsável por avaliar os sinais vitais do indivíduo (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca) assim como a queixa do mesmo que na maioria das vezes é a dor. A dor pode ser um indicador fundamental de alerta para possíveis complicações do estado de saúde do indivíduo sendo, portanto, relevante a abordagem da mesma como quinto sinal do Sistema de Classificação de Risco³.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o uso da avaliação da dor e a classificação de risco utilizada por enfermeiras.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal descritivo com dados primários. A população de referência foi enfermeiros matriculados no curso de Especialização em Urgência, Emergência e Trauma do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade

Católica (IEC/PUC) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Não houve nenhum cálculo estatístico específico para a definição da amostra o que a caracterizou como amostra de conveniência. Dezoito alunos foram convidados a participar do estudo; a taxa de resposta foi de aproximadamente 80%. Os critérios de inclusão foram os que se seguem: a) estar presente em sala de aula no dia da aplicação do questionário, b) possuir graduação em enfermagem e c) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações completas referentes aos objetivos e às justificativas da pesquisa. Respeitaram-se os preceitos éticos determinados pela Resolução 196/96⁴ que estabelece as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE – 0105.0.213.000-09), a coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2009, em sala de aula na própria instituição de ensino, durante um dos horários de intervalo.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semi-aberto, auto-aplicável construído especificamente para este estudo, composto por seis questões referentes à percepção, preparo em relação à avaliação da dor como sinal vital, baseando-se nos conhecimentos prévios e experiência dos participantes sobre esta temática. Os entrevistados foram perguntados se trabalhavam com classificação de risco (sim/não), se consideravam a dor como um sinal vital (sim/não), se consideravam a si próprios preparados para avaliar a dor do paciente (sim/não) e, finalmente, qual o tipo de escala utilizavam para avaliar a dor (verbal descritiva/numérica/facial/visual analógica/outra).

As demais variáveis investigadas foram idade categorizada em dois grupos (≤ 25 anos e > 25 anos), sexo (masculino/feminino) e tempo de formação profissional (em anos).

A construção do banco de dados bem como as análises descritivas foram conduzidas no Programa Excel for Windows, versão 2007.

RESULTADOS

Do total dos respondentes, quatorze (93,3%) era do sexo feminino, nove (60,0%) tinham idade superior a 25 anos e o estado civil mais relatado foi solteiro (66,6%). O tempo de formação acadêmica variou entre dois a cinco anos (Tabela 1).

Quanto à experiência com classificação de risco, três participantes trabalhavam com esta metodologia de trabalho. Todos os enfermeiros afirmaram que a dor pode ajudar nessa classificação, mas dois deles não reconhecem a dor como um sinal vital. Em relação ao preparo para avaliação da dor, dez se sentiam preparados e somente um participante não respondeu (Tabela 2).

Em relação à questão referente aos métodos de avaliação validados internacionalmente para mensurar a intensidade da dor, oito dos enfermeiros (53,3%) utilizavam a Escala Verbal Descritiva; dois (13,3%) a Escala Visual Analógica; oito (53,3%) Escala Numérica; oito (53,3%) Escala de Faces; um (6,6%) utilizava outro tipo escala e um (6,6%) relatou não avaliar a dor do paciente (Tabela 2).

TABELA 1. Caracterização da amostra de enfermeiros (N=15).

Variáveis Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Idade		
≤ 25 anos	06	40,0
> 25 anos	09	60,0
Sexo		
Feminino	14	93,3
Masculino	01	06,7
Estado civil		
Solteiro	10	66,6
Casado	04	26,6
Separado	01	06,8
Tempo de formação		
2 anos	05	33,3
3 anos	05	33,3
4 anos	04	26,6
5 anos	01	06,8

TABELA 2. Respostas dos enfermeiros em relação avaliação de dor e da classificação de risco (N=15).

Variáveis Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Trabalha com		
classificação de risco		
Sim	03	20,0
Não	12	80,0
Classifica a dor como		
sinal vital		
Sim	13	86,6
Não	02	13,4
Preparo para avaliar a		
dor do paciente		
Sim	10	66,6
Não	04	26,6
Sem resposta	01	06,8
Escala de dor		
Verbal descritiva	08	53,3
Númerica	08	53,3
Facial	08	53,3
Visual analógica	02	13,3
Outra	01	06,8
Não faz avaliação da dor	01	06,8

DISCUSSÃO

No presente estudo, apenas três enfermeiros relataram trabalhar com classificação de risco, o que pode ser explicado pelas dificuldades de implantação dessa ferramenta na rotina dos serviços hospitalares⁵. O acolhimento reacende a capacidade de alteração das práticas, pois convoca à análise e à revisão cotidiana das mesmas no âmbito do sistema de saúde, provocando incômodo ao salientar que o promover saúde e o cuidar são atos de co-responsabilidade entre os sujeitos⁶.

Outra explicação para esse achado, se deve às dificuldades relacionadas ao acesso à atenção primária à saúde, apontadas como um dos determinantes da utilização inadequada dos hospitais⁵. Em geral, as pessoas procuram serviços de urgência e emergência para receber atestado médico, para solicitação de exames e ou esclarecer resultados dos mesmos e ou de imagem, por exemplo.

Todos os participantes desse trabalho consideraram a dor um sintoma importante na avaliação e classificação de risco do paciente, mas nem todos a consideraram um sinal vital. Faz-se necessário investigar a pertinência em considerar a dor como sinal vital, uma vez que os trabalhos na literatura científica que investigaram essa temática ainda são incipientes^{1,8-10}.

Talvez a maior dificuldade seja realmente medir a dor que está intimamente relacionada em observar e ouvir atentamente e, sobretudo, acreditar na queixa do paciente. Muitas vezes se percebe outras pessoas respondendo pelo paciente, ou alegações do tipo "ele se comporta assim para chamar atenção ou por carência afetiva". Cabe ao enfermeiro avaliar as reais necessidades do paciente amenizando sua dor, oferecendo-lhe conforto e, sobretudo, atenção⁷.

A área da Neonatologia chamou atenção para que a dor no recém-nascido seja considerada como o quinto sinal vital e avaliada de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente estabelecidos, abolindo o empirismo e o subtratamento⁹. Entretanto, em outros setores hospitalares, parece não haver registros concretos sobre esta prática³.

Em relação ao uso de escala de dor, os resultados estão de acordo com a literatura sendo que as escalas verbal, numérica e de faces ainda são as mais utilizadas, provavelmente pela praticidade e melhor resultados. Essas escalas são conhecidas como unidimensionais designadas para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente em hospitais e/ou clínicas para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Por outro lado, as escalas multidimensionais são instrumentos mais complexos e incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros do paciente¹.

A escolha da escala deve ser feita de acordo com a idade, habilidades de comunicação, prejuízo cognitivo e físico do paciente. Além disso, devem-se utilizar instrumentos simples e de fácil manuseio⁸. Entretanto, sabe-se que não existe um instrumento padrão que permita um enfermeiro na qualidade de observador mensurar essa experiência interna, complexa e individual². A melhor maneira de avaliar a dor é

perceber a singularidade da experiência do outro, como ele vivencia, portanto, confiando nas palavras e no comportamento do cliente, acreditando que a dor existe⁸.

O cuidado prestado por enfermeiros é a união da saber ao fazer e a utilização de recursos tecnológicos sinaliza a necessidade de repensar o cotidiano do cuidado, uma vez que as intervenções necessárias perpassam pelo acolhimento, vínculo e responsabilização¹¹.

É preciso esclarecer a população acerca das situações em que devem procurar o serviço de emergência e sobre as desvantagens de se consultar no serviço de emergência quando o caso não é realmente urgente¹². Mais que isso, é imprescindível entender que no cotidiano de uma enfermagem, um amplo conjunto de fatores envolve os profissionais, pacientes e acompanhantes. Considerar o que os permeia é o caminho para canalizar força para a produção de subjetividades protagonistas e responsáveis pelo cuidado⁶.

O presente estudo apresenta limitações. O caráter transversal não permite que conclusões de causa efeito sejam assumidas. Nenhuma conclusão pode ser inferida para a população de referência uma vez que a amostra do presente estudo foi de conveniência. Outra fragilidade deste estudo é a utilização do instrumento de coleta de dados não validado e não submetido a nenhum teste de validação.

Apesar das limitações acima, este é o primeiro estudo que considerou o recorte proposto que investigou a percepção e entendimento de enfermeiros pós-graduados no tocante à dor como quinto sinal vital na classificação de risco e suscitar novas discussões.

Parece que a dor como sinal vital poderá fornecer contribuição para fundamentar e auxiliar o enfermeiro no exercício profissional quando este trabalhar com a metodologia de classificação de risco. Entretanto, a eficácia da prática dependerá da habilidade do enfermeiro em adaptar seu estilo de trabalho em relação ao seu modo de avaliação da dor através de escalas e/ou atividades preconizadas internacionalmente.

Conclui-se apesar da avaliação da dor ter sido considerada importante na classificação de risco pelos

dos enfermeiros entrevistados, metade deles não utiliza a classificação de risco no serviço.

O presente estudo pode contribuir para suscitar novas discussões sobre a avaliação da dor como sinal vital bem como sua utilização na classificação de risco. Novos estudos se fazem necessários utilizando um desenho metodológico mais refinado bem como a investigação com outros profissionais de saúde.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS, Série B. Textos Básicos de Saúde. [Acesso em: 3 dez. 2008]. Brasília; 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>.
2. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. ACM 2007;36(4):70-5.
3. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem 2002 mai-jun; 10(3):446-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
5. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Colet 2009; 14(Supl.1):1523-1.
6. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2009; 13(supl.1):581-94.
7. Spink MJP. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. Saúde Soc jan-abr. 2007;16(1):18-27.
8. Pedroso RN, Celich KLS. Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm, abr-jun. 2006; 15(2):270-6.
9. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. Cienc Cuid Saude 2007;6(Suplem. 2):481-7.
10. Silva YP, Gomez RA, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da Dor em Neonatologia. Rev Bras Anestesiol 2007; 57(5):565-74.
11. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP 2009;43(3):684-9.
12. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública 2009;25(1):7-28.

Endereço para correspondência:

Ana Cristina Viana Campos
Rua dos Jês, 151/ apto 302
Bairro Santa Mônica
Belo Horizonte/MG - CEP: 31530-160
E-mail: hannakaxyss@hotmail.com