

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Amanda Bierhals Bausch

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA MODALIDADE A DISTÂNCIA
SOBRE DOR VASCULAR

Porto Alegre

2017

Amanda Bierhals Bausch

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA MODALIDADE A DISTÂNCIA
SOBRE DOR VASCULAR**

Trabalho de conclusão de curso de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Waterkemper

Porto Alegre

2017

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a **Deus** pelo dom da vida, pela sua maravilhosa criação e por me conceder a graça de chegar até aqui. Ainda, pela força nos momentos de dificuldades: “Sê valente!”.

Agradeço **aos meus pais, Adir Bausch e Elzira Bausch**, pela educação que sempre me proporcionaram, por me ensinarem o caminho correto e por sempre apoiarem as minhas decisões. Amo muito vocês e sou muito grata por tudo que fazem por mim.

Agradeço ao **meu noivo, Róger Nörnberg**, pelo seu incentivo diário no meu crescimento pessoal e profissional. Por estar sempre ao meu lado, me apoiando em todos os momentos, por ser meu ombro amigo, por entender os momentos em que estive ausente para que este trabalho se concretizasse. Esta conquista também é tua. Te amo.

Aos **meus amigos e familiares**, os de perto e os de longe, pela compreensão de minha ausência nos eventos familiares e de finais de semana. As escolhas nem sempre são fáceis, mas fico feliz de tê-los ao meu lado.

Agradeço de coração à minha querida **orientadora Roberta Waterkemper**, que se demonstrou compreensiva e motivadora quando eu mais precisei. Agradeço por toda a atenção e paciência que teve comigo e, ainda, por me fazer acreditar que é possível nadar contra a maré.

Agradeço às professoras que compõem a banca de defesa desta dissertação: **Ana Paula Schell da Silva, Ana Luisa Cogo e Alisia Weis**, pela sua disponibilidade e contribuições para este trabalho.

Um agradecimento especial à **equipe de enfermagem da cirurgia vascular**, equipe essa que me apoiou desde a concepção do projeto e participou da pesquisa. Obrigada pelo apoio diário.

Agradeço aos **colegas enfermeiros das unidades cirúrgicas**, que especialmente durante este tempo de mestrado sempre me apoiaram quando necessitei de trocas. Em especial, à **enfermeira Leila Boeira**, colega de cirurgia vascular, que diariamente me ajuda. Fica o meu muito obrigada. Sem vocês, eu não estaria aqui.

Agradeço à **enfermeira Flávia Halfen**, coordenadora das unidades cirúrgicas, que sempre se demonstrou solícita e apoiou este projeto desde o início. Agradeço por

me auxiliar e flexibilizar o meu horário, quando possível, para a realização do meu mestrado e desta pesquisa.

Agradeço ao **Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do GHC**, os quais se demonstraram parceiros no início da pesquisa. Que este estudo também possa contribuir com suas práticas profissionais, proporcionando um cuidado mais humanizado ao paciente.

Agradeço a **todos os professores** com os quais tive a honra e o prazer de conviver, desde o fundamental até a pós-graduação. Obrigada por me ensinarem a valorizar a educação e o quanto ela é transformadora de uma realidade. Agradeço não só por me ensinarem, mas por me terem feito aprender. A vocês, minha eterna gratidão.

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

Resumo

Introdução: A dor é definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em função dessa lesão. Deve ser avaliada de forma individual, pois pode ser comunicada de várias maneiras, seja pela forma verbal, expressão facial ou limitação de movimentos. Há relação estatística entre dor e alterações fisiológicas em situações pós-operatórias, dificultando a recuperação completa do paciente. A avaliação e manejo inadequado da dor podem contribuir para o aumento do tempo de internação e recuperação cirúrgica. Uma das possibilidades de se conseguir melhorar a avaliação e o manejo da dor nas instituições de saúde é a educação, porém significativa e política. Um processo de educação significativo e político no trabalho é sinônimo de educação permanente em saúde. Esta, quando parte de problemas reais dos trabalhadores e vivenciados por eles, pode contribuir com a sensibilização e instrumentalização destes para a realização de mudanças de sua própria prática. Desta forma, é possível melhorar a avaliação e manejo da dor a partir de uma proposta de educação permanente. Este estudo teve como objetivo desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro de dor vascular, para profissionais de enfermagem, na modalidade a distância. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação em educação desenvolvida em quatro passos de caráter cíclico: 1º Passo: Planejamento, 2º Passo: Ação, 3º Passo: Observação e 4º Passo: Reflexão. Foi desenvolvida em um hospital geral de grande porte no Sul do Brasil. Participaram da proposta oito profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados no período de maio e junho de 2017 através de roda de conversa e de fórum de discussão. Os dados foram organizados e analisados segundo a proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo. **Resultados:** Como resultado foi construído um curso em EaD sobre avaliação e registro da dor pela enfermagem. Ainda, foram construídas oito categorias temáticas: Aquilo (Dor) que não se pode quantificar é mais difícil de avaliar: a subjetividade da dor; Avaliando sem saber que está: eu acredito na sua dor e me coloco no seu lugar; A dor no trabalho: sobrevivendo à “dor” para manejar a dor do outro; A dor do paciente vascular é diferente das outras: INTENSA; Experienciando um momento de reflexão sobre dor; Construção de novos saberes a partir de uma proposta de EPS; A influência desta proposta no conhecimento e na prática diária;

Conversando sobre o método utilizado. **Considerações finais:** É necessária maior disseminação do conhecimento e educação sobre a avaliação e o registro da dor. Este processo deve se iniciar durante a formação e estender-se durante a prática, seja com a busca pessoal de conhecimento ou então em atividades de educação permanente em saúde proporcionadas pelas instituições onde os profissionais estiverem inseridos.

Palavras-chave: Medição da dor. Cuidado de enfermagem. Educação em enfermagem. Educação a distância. Tecnologia educacional.

Abstract

Introduction: Pain is defined as an unpleasant emotional and sensory experience, associated with a real or potential tissue wound, or described based on this wound. It should be assessed individually, since it may be communicated in several ways: through words, the facial expression or the limitation of movements. There is a statistical relationship between pain and physiological alterations in postoperative situations, which hinders the patient's full recovery. The improper assessment and handling of pain may contribute to the increase in the internment and surgery recovery times. One of the possibilities is to improve the assessment and handling of pain in the health institutions through significant and political education programs. A significant and political educational process at work means a permanent health education (EPS). When this education is based on real problems experienced by the workers, this may contribute to their awareness raising and instrumentation towards the introduction of changes to their own practice. Therefore, it is possible to improve the assessment and handling of pain from a permanent education proposal. The purpose of this study was to develop a permanent health education proposal (concerning the assessment and registration of vascular pain) for nursing professionals, in the distance education modality. **Method:** It is a piece of qualitative research, of the type educational research-action, developed in four cyclic steps: 1st Step: Planning, 2nd Step: Action, 3rd Step: Observation, and 4th Step: Reflection. The research has been carried out in a large general hospital located in the South region of Brazil. Eight nursing professionals have taken part in the proposal. The data were collected from May to June 2017 during round-table and forum discussions. The data have been organized and analyzed according to Minayo's operational proposal for analyzing qualitative data. **Results:** As a result, the nursing professionals have created a distance education course regarding the assessment and registration of pain. Moreover, eight theme categories have been established: That (Pain) we cannot quantify is harder to assess; the subjectivity of pain; Assessing without knowing you are doing so: I believe in your pain and I put myself in your shoes; The pain at work: surviving "pain" in order to handle somebody else's pain; The vascular patient's pain is different from the other pains: INTENSE; Experiencing a moment of reflection about pain; Construction of new understandings from an EPS proposal; The influence of this proposal on the knowledge and on the daily practice; Talking about the method used.

Final considerations: A greater dissemination of the knowledge and education about the assessment and registration of pain is required. This process shall start during the workers' professional training and continue during their practice, either through the personal search for knowledge or through permanent health education activities provided by the institutions where they are inserted.

Keywords: Pain measurement. Nursing care. Nursing education. Distance education. Educational technology.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVA:** Ambiente Virtual de Aprendizagem
- CCIH:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem
- EaD:** Educação a Distância
- EPS:** Educação Permanente em Saúde
- EVA:** Escala Visual Analógica
- GEP:** Gerência de Ensino e Pesquisa / Escola GHC
- GHC:** Grupo Hospitalar Conceição
- GRH:** Gerência de Recursos Humanos
- GTDE:** Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento
- HNSC:** Hospital Nossa Senhora da Conceição
- IASP:** *International Association for the Study of Pain*
- JCAHO:** *Join Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*
- LMS:** *Learning Management System*
- MOODLE:** *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PNEPS:** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- RUTE:** Rede Universitária de Telemedicina
- SBED:** Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
- SDCP:** Serviço de Dor e Cuidados Paliativos
- SR:** Sala de Recuperação
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TDIC:** Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação
- UFCSPA:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
- UNA-SUS:** Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
- UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 DOR E SEUS PRINCIPAIS CONCEITOS.....	19
3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR.....	20
3.2.1 Nocicepção.....	20
3.2.2 Dor aguda pós-operatória.....	21
3.2.3 Dor crônica pós-operatória.....	22
3.3 DOR COMO 5º SINAL VITAL.....	22
3.4 REGISTRO DA DOR E RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM.....	24
3.5 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	24
3.5.1 Escalas unidimensionais.....	25
3.5.2 Escalas multidimensionais.....	28
3.6 <i>TOTAL PAIN</i>	30
3.7 DOR EM SITUAÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA.....	30
3.8 MANEJO DA DOR: ESCADA ANALGÉSICA DA OMS.....	31
3.9 PARA ALÉM DO USO DE ANALGÉSICOS: O MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR.....	33
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	34
4.2 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	36
5 PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	39
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
5.3.1 Critérios de inclusão.....	43
5.3.2 Critérios de exclusão.....	43
5.4 OS PASSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA-AÇÃO: DA COLETA DE INFORMAÇÕES A ANÁLISE DE DADOS.....	43
5.4.1 1º Passo: Identificando o problema e discutindo o problema.....	43

5.4.2 2º Passo: Elaborando um plano de ação.....	43
5.4.3 3º Passo: Desenvolvendo o plano.....	44
5.4.4 4º Passo: Refletindo sobre o planejado.....	44
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
6 RESULTADOS.....	47
6.1 1º Passo: Identificando o problema e discutindo o problema.....	47
6.2 2º Passo: Elaborando um plano de ação – criação do curso no <i>Moodle</i>	48
6.3 3º Passo: Desenvolvendo o plano – o processo pedagógico da ação.....	62
6.4 4º Passo: Refletindo sobre o planejado – a construção de categorias temáticas.....	64
6.5 Conhecendo pessoas no trabalho: iniciando a roda de conversa sobre avaliação e registro da dor.....	66
6.6 CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	66
6.6.1 Aquilo (Dor) que não se pode quantificar é mais difícil de avaliar: a subjetividade da dor.....	67
6.6.2 Avaliando sem saber que está: Eu acredito na sua dor e me coloco no seu lugar.....	67
6.6.3 A dor no trabalho: Sobrevivendo à “dor” para manejar a dor do outro....	68
6.6.3.1 Alta demanda de trabalho.....	68
6.6.3.2 Educação para dor.....	69
6.6.3.3 A “dor” do manejo de dor inadequado.....	70
6.6.4 A dor do paciente vascular é diferente das outras: INTENSA.....	72
6.6.4.1 A dor do paciente vascular é diferente das outras: por isso eu avalio.....	72
6.6.5 Experienciando um momento de reflexão sobre dor.....	74
6.6.6 Construção de novos saberes a partir de uma proposta de EPS.....	75
6.6.6.1 É o meu dia a dia, por isso preciso continuar aprendendo.....	76
6.6.7 A influência desta proposta no conhecimento e na prática diária.....	77
6.6.8 Conversando sobre o método utilizado.....	79
6.6.8.1 Rodas de conversa.....	80
6.6.8.2 Fórum de discussão.....	81
6.6.8.3 Exercícios e estudos de caso.....	82
6.6.8.4 Conteúdo e linguagem.....	83
6.6.8.5 Dificuldades encontradas e o que fazer.....	84
6.6.8.6 Aspectos positivos.....	86

6.6.8.7 Quem mais precisa falar sobre dor?.....	87
7 DISCUTINDO A PESQUISA E A AÇÃO	88
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	111
ANEXOS.....	120

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em função dessa lesão. Mundialmente conhecida, essa definição foi elaborada por especialistas de diversas áreas, reunidos entre 1976 e 1977, por meio da *International Association for the Study of Pain (IASP)*.¹

O conceito de subjetividade da dor é amplamente difundido, dissociando a experiência dolorosa da lesão tecidual. A expressão algica deve ser avaliada de forma individual, pois a dor pode ser comunicada de várias maneiras, seja pela forma verbal, expressão facial ou limitação de movimentos. Tal conceito é fundamental para o correto diagnóstico e tratamento da dor por parte dos profissionais de saúde.¹

Verifica-se em pacientes hospitalizados que o relato de dor está associado aos níveis mais elevados de ansiedade, depressão, pior autoavaliação do seu estado de saúde e maior estresse familiar em comparação aos pacientes sem dor.² Portanto, a valorização da queixa algica do paciente é fundamental para o cuidado humanizado, sendo recomendada sua avaliação como 5º sinal vital nas instituições de saúde a fim de amenizar um sofrimento controlável e garantir um direito do paciente.³

Dessa forma, a equipe de enfermagem emerge como o elo de ligação entre o paciente e seus familiares e a equipe multidisciplinar assistencial. Destaca-se que o aprendizado sobre dor e seu manejo acontece de forma reduzida e inconstante na academia, fazendo com que os profissionais se sintam despreparados em sua prática tanto na avaliação da dor, quanto na administração de analgésicos.⁴

A proposta deste estudo teve suas ideias incitadas a partir do momento em que comecei meu trabalho como enfermeira assistencial no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em 2015. Trabalhei nos setores de internação cirúrgica: cirurgia geral, proctologia, ginecologia e mastologia, urologia e cirurgia vascular, onde permaneço até o momento. Em todas as unidades citadas percebi o despreparo da equipe de enfermagem para lidar com a dor relatada pelos pacientes em situação de pré e pós-operatório.

A literatura aponta que a dor é relatada por mais de 50% dos pacientes submetidos a cirurgias de médio porte, e sua intensidade diminui ao longo do tempo. Ainda, há relação estatística entre dor e alterações fisiológicas em situações pós-operatórias, dificultando a recuperação completa do paciente.⁵ Dessa forma, salienta-

se que a equipe de enfermagem deve estar preparada para o gerenciamento da dor pós-operatória, com a utilização de instrumentos disponíveis e intervenções farmacológicas e não farmacológicas.⁶

Evidenciando a relevância do assunto, a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP) lançou a campanha “2017: Ano global contra a dor pós-cirúrgica”, definindo como objetivos: Disseminar mundialmente a informação sobre a dor pós-cirúrgica; Educar pesquisadores e profissionais de saúde para que identifiquem os problemas associados com essa dor em suas interações com os pacientes; Aumentar a consciência da dor pós-cirúrgica entre os funcionários públicos, os membros da mídia e o público em geral; Incentivar os líderes governamentais, organizações de saúde e outros a apoiarem as políticas que resultem em uma melhor gestão da dor após a cirurgia.⁷

Verificando a necessidade iminente de melhorias por parte da enfermagem no manejo da dor e após diálogos com profissionais envolvidos na assistência, realizei contato com o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos (SDCP) da instituição, a fim de expor minha visão e sugerir uma intervenção em parceria com o serviço. Os primeiros contatos foram por meio telefônico e *online (email)* e posteriormente foram marcados encontros presenciais para discutir a proposta. Fui recebida de maneira muito positiva pelos profissionais do serviço de referência e me engajei em suas atividades a fim de criar subsídios para desenvolver o presente projeto.

O SDCP foi criado em 1986 no GHC. O serviço é referência para o atendimento de dor crônica e intercorrências, bem como complicações de ordem clínica, psicossocial e espiritual que acometem pacientes oncológicos em estágio avançado e/ou fora de possibilidades terapêuticas. O serviço conta com uma equipe multidisciplinar: médico, cirurgião dentista, enfermeira, técnica de enfermagem e terapeuta ocupacional.⁸ Além disso, verifiquei que no ano de 2005 foi implantado na instituição o programa “Hospital sem dor – a dor como 5º sinal vital”. Mediante tal mudança, foram realizadas atividades de sensibilização com os profissionais e a dor ganhou um espaço para registro na folha de sinais vitais.⁸

De posse dessas informações, passei a observar criticamente os registros de dor nesse local disponibilizado. Infelizmente, não identifiquei o registro da dor na folha de sinais vitais como uma rotina, tampouco em qualquer outro lugar, variando conforme o conhecimento e comprometimento do profissional. Entre os fatores que podem estar associados a essa situação estão o nível de qualificação dos

profissionais para a avaliação e registro da dor dos pacientes, considerando-se a alta rotatividade de recursos humanos, bem como a educação permanente com enfoque na dor.

Em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem, verifica-se que mais de 60% destes relataram dificuldades em avaliar a dor, principalmente, relacionada à incompreensão da aplicação da escala de intensidade da dor pelo paciente.³

Esse cenário revela a necessidade de realizar ações de educação que possam proporcionar aos profissionais de saúde momentos de reflexão sobre o trabalho e no trabalho e, neste caso, sobre a avaliação e registro da dor, e potencializadores de mudança. Pensando-se na dor, a educação permanente em saúde (EPS) pode sensibilizar e instrumentalizar os profissionais de saúde para promover não somente o manejo da dor crônica ou aguda física, mas a emocional e social, tanto para o paciente quanto para a própria família de forma a aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida.

Entretanto, verifica-se que as propostas de educação permanente desenvolvidas no contexto hospitalar, apesar de apresentarem experiências alicerçadas na EPS, ainda demonstram enfrentar dificuldades em romper a lógica fragmentada das ações de saúde, incluindo-se as ações pedagógicas. Estas ainda são realizadas com enfoque no aprimoramento técnico, na capacitação e treinamento individual, desconsiderando o contexto de saúde e das necessidades da população e da relação de cuidado e dialógico multiprofissional nas práticas de saúde.⁹ Esta dificuldade pode estar relacionada ao próprio contexto de gestão, seja ele nacional, estadual ou municipal. Devem-se considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e suas diretrizes como pilar da transformação para a mudança “do pensar na gestão”. Sem isto, o alcance do atendimento das necessidades da população permanece utópico. Desta forma, iniciativas de educação com propósito emancipador e transformador do cuidado precisam ser motivadas para que, mesmo de forma incipiente, possam servir de inspiração e estímulo à “permanência”. Pois, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, mas que precisam ser dirigidas à melhora do desempenho de pessoas, mesmo a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional.¹⁰

De acordo com PNEP, para a efetiva implementação da EPS no âmbito dos diversos serviços é importante considerar as necessidades, complexidades, práticas

laborais e problemas cotidianos de cada unidade de saúde.⁹ Dentre as estratégias pedagógicas e métodos de ensino utilizados para a EPS e a problematização no trabalho têm-se destacado: os treinamentos baseados em discussões problematizadoras, reuniões de equipe para compartilhamento de informações, discussão de casos clínicos e tomada de decisão coletiva, rodas de conversa; exposições dialogadas; estudos dirigidos em grupos; relatos de experiência e narrativas; e atividades com uso de mapa conceitual, mas de forma presencial. Outras propostas vêm ganhando mais espaço pela facilidade de adesão e flexibilidade de participação, como a autoinstrução, proposta que dispensa a figura do professor. Visa à autoaprendizagem ao se utilizar e disponibilizar materiais pedagógicos, podendo associar ferramentas para a troca de experiências e saberes entre os profissionais e, nessa perspectiva, é utilizada na educação a distância (EaD). Atualmente, são exemplos de incentivo ao uso desta modalidade o Programa Telessaúde Brasil Redes, a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), os quais podem proporcionar a realização de processos de educação permanente a distância, com incentivos governamentais.¹¹

O GHC regulamenta as suas atividades de formação por meio do documento disponível *online* “Normas e critérios de ordenamento das demandas para formação individuais e coletivas no GHC”.¹² Há três gerências responsáveis por sistematizar as ações de educação dentro da instituição: Gerência de Recursos Humanos (GRH), Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) e Gerência de Ensino e Pesquisa / Escola GHC (GEP). Após a leitura do documento, verifica-se que as instruções são voltadas predominantemente para atividades de educação continuada.

Ainda, em estudo realizado no GHC em 2015, avalia-se a maneira como a instituição propicia aos seus trabalhadores atividades de formação, concluindo que o GHC está distante da política de EPS, considerando-a apenas como uma metodologia pedagógica enfraquecida nas ações de educação dos trabalhadores.¹³

Dessa forma, considerando-se o contexto desafiador do cenário de estudo, buscou-se desenvolver uma ação de EPS utilizando a modalidade a distância como uma proposta de ensino, empregando recursos tecnológicos dentro do ambiente de serviço, formando e qualificando os profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), para mobilizar e estimular uma avaliação e registro da dor mais efetivos.

Apresenta-se como um desafio a implementação de outros métodos de ensino em um contexto de ensino-aprendizagem tradicional, cujas atividades são quase

exclusivamente presenciais e pouco problematizadoras. Porém, a atual velocidade da informação faz com que os saberes se tornem obsoletos rapidamente, justificando a utilização de métodos de ensino mais flexíveis e com ênfase na problematização da realidade.¹⁴

Dessa maneira, a fim de atingir o objetivo proposto, pretende-se responder à seguinte questão norteadora: *Como implementar uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro da dor para profissionais de enfermagem que atuam na unidade de cirurgia vascular?*

Espera-se que futuramente esta proposta possa ser inserida pelas gerências responsáveis pela formação no GHC como proposta, efetivamente, de Educação Permanente (EP), enfocando a formação no trabalho e para o trabalho a partir das próprias demandas dos trabalhadores. Esta é a premissa da EP a qual busca a transformação das realidades de trabalho em saúde por meio de processos de aprendizagem significativos e problematizadores, e não apenas a formação como capacitação ou treinamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro de dor vascular, para profissionais de enfermagem, na modalidade a distância.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a percepção de profissionais de enfermagem que atuam na unidade de cirurgia vascular sobre avaliação e registro da dor antes e após a proposta de educação;

Desenvolver um curso sobre avaliação e registro da dor, na modalidade a distância, para viabilizar a proposta de educação permanente em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOR E SEUS PRINCIPAIS CONCEITOS

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em função dessa lesão.¹ Verifica-se que 80% dos pacientes que procuram um serviço de emergência, apresentam dor. Sendo assim, a dor representa um importante sintoma fisiológico, que alerta o indivíduo a procurar assistência médica.¹⁵

A dor é considerada uma experiência subjetiva, dificultando sua avaliação. É um fenômeno complexo que pode ser alterado pela memória, pelas expectativas e emoções dos indivíduos. Ainda, pode ser modificada pela história médica e cirúrgica pregressa, condições socioeconômicas, cultura, gênero e habilidades intelectuais ou cognitivas.¹⁶

A dor deve ser abordada como um problema de saúde pública, pois apresenta prevalência de 42% no Brasil.¹⁷ Além disso, gera um impacto socioeconômico demonstrado por meio de estudo realizado nos Estados Unidos, onde observa-se que a dor é a condição mais comum de afastamento do trabalho, representa baixa na produtividade laboral, bem como a diminuição de lucros devido ao absenteísmo gerado.¹⁸

De forma complementar, salienta-se o aumento na expectativa de vida e o consequente envelhecimento populacional, fazendo com que cresça o número de indivíduos acometidos por doenças crônico-degenerativas, que em sua maioria apresentam a dor como sintoma.⁸

A dor pode ser classificada em aguda, crônica ou recorrente, conforme o seu tempo de manifestação, segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Considera-se dor aguda como aquela que se manifesta durante um período curto de tempo, podendo durar até algumas semanas. Está geralmente associada a lesões ocasionadas por inflamação, infecção ou traumatismo, e desaparece quando sua causa é diagnosticada e tratada. De forma distinta, a dor crônica apresenta duração prolongada, podendo se estender a vários anos e muitas vezes está associada a um processo de doença crônica. A dor oncológica, a fibromialgia e a lesão por esforço repetitivo (LER) são exemplos desse tipo de dor. Por fim, a dor recorrente

manifesta-se em períodos de curta duração, mas de maneira frequente, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca.⁹

A dor crônica passa a ser considerada como uma doença, pois produz alterações na estrutura e função dos cérebros dos pacientes com dor crônica, assim como no perfil de uma doença.²⁰ Pode apresentar sintomas como: imobilidade, depressão, alterações do sono, problemas nutricionais, dependência de medicamentos, de profissionais da saúde, de cuidadores e de instituições, incapacidade para o trabalho, ansiedade, medo, amargura, frustração, depressão e suicídio.¹⁹

3.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR

3.2.1 *Nocicepção*

Em relação à sua fisiopatologia, verifica-se que a experiência sensorial da dor depende da interação entre o sistema nervoso e o ambiente. Tal experiência é mediada pelos nociceptores: terminações nervosas livres na pele que respondem apenas a estímulos intensos. Em órgãos viscerais não há nociceptores, a dor é mediada por fibras multifuncionais.²¹ Por isso a transmissão da dor também é denominada como nocicepção e é iniciada pelo sistema nervoso periférico.²²

Os nociceptores podem responder a estímulos térmicos, mecânicos e químicos de alta intensidade, transformando-os em atividade elétrica ou potenciais de ação. Ainda, essas células nervosas fazem parte de complexas vias multidirecionais, que se ramificam próximo às suas origens na pele e enviam fibras para os vasos sanguíneos locais, mastócitos, folículos pilosos e glândulas sudoríparas. Quando ocorre a estimulação dessas fibras, é liberada histamina a partir dos mastócitos, causando vasodilatação.²¹

A dor é frequentemente acompanhada por efeitos vasomotores, autônomos e viscerais, pois algumas fibras cutâneas centrais ramificam-se mais e comunicam-se com a cadeia simpática paravertebral do sistema nervoso e com os grandes órgãos internos.²⁰ Os neurônios de primeira ordem fazem o trajeto desde a periferia até a medula espinhal através do corno dorsal.²²

Há dois tipos principais de fibras nervosas envolvidas na nocicepção: fibras mielinizadas menores A δ (A delta), que transmitem rapidamente a dor; e fibras do tipo C não mielinizadas, as quais são maiores e transmitem a dor de forma mais lenta. A nocicepção da dor continua da medula espinhal até a formação reticular, tálamo, sistema límbico e córtex cerebral.²¹

Após a lesão tissular ocorre a liberação de substâncias algogênicas no tecido extracelular, as quais afetam a sensibilidade dos nociceptores. Algumas substâncias químicas aumentam a transmissão da dor, como: histamina, bradicinina, acetilcolina, serotonina e substância P. Além disso, causam vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular, resultando em rubor, calor e edema da área lesionada.²²

3.2.2 Dor aguda pós-operatória

A dor aguda pós-operatória tem uma fisiopatologia diferente, pois envolve a sensibilização periférica e central, bem como fatores humorais que contribuem para a dor em repouso e durante o movimento. A dor pode prejudicar a funcionalidade do paciente e dificultar a recuperação.²³

Esse tipo de dor pode ser desencadeada a partir de três fatores: ativação do nociceptor, sensibilização e hiperalgesia.²³

O trauma cirúrgico nada mais é do que uma “lesão tecidual” intencionada, feita em detrimento da proposta de tratamento a que o paciente precisa ser submetido. Esta lesão leva à ativação de nociceptores e sua sensibilização. Dessa maneira, os pacientes passam a sentir dor mesmo em repouso, por terem respostas aumentadas a estímulos no local da cirurgia. Esta resposta também é conhecida como hiperalgesia primária.²³

Então, dependendo do procedimento cirúrgico, do envolvimento de órgãos e tecidos específicos dentro e adjacentes a eles, cria-se uma variedade de padrões de sensibilização do nociceptor que levarão a diferenças na qualidade, localização e intensidade da dor pós-operatória.²³

Os padrões de sensibilização dos nociceptores incluem: ativação de mediadores químicos liberados localmente e sistemicamente durante e depois da cirurgia; diminuição do pH⁺ e da pressão de oxigênio e aumento da concentração de lactato, que persistem no sítio cirúrgico por vários dias; comprometimento nervoso central e periférico durante a cirurgia, gerando descargas espontâneas.²³

3.2.3 Dor crônica pós-operatória

Na dor crônica pós-operatória estão envolvidos dois componentes: nociceptivo e neuropático. Estima-se que 30% dos pacientes com dor crônica desenvolvam dor neuropática.²⁴

O processo de nocicepção já foi apresentado. Dessa maneira, iremos abordar neste tópico o processo neuropático.

Após a cirurgia cerca de 5% a 80% dos pacientes evoluem para dor crônica, especialmente após procedimentos que causem lesão nervosa. Os fatores que estão associados à cronicidade da dor pós-cirúrgica são: tipo de cirurgia, idade, estado de saúde física e mental e dor pré-operatória (no sítio cirúrgico ou em outros locais).²⁴

Ainda, o processo de neuroplasticidade está relacionado à dor crônica pós-operatória. Esse processo divide-se em: periférico e central.²⁵

A neuroplasticidade periférica é o processo em que após o ato cirúrgico são liberados mediadores inflamatórios pelos tecidos lesados ou células inflamatórias, pela ativação de cascatas intracelulares com limiar menor, causando hiperexcitabilidade local de terminações nociceptivas periféricas de limiar alto, resultando em uma percepção de dor com uma estimulação mais fraca. Este processo só termina após a cicatrização.²⁵

Na neuroplasticidade central existe alteração sináptica da medula espinhal com amplificação do sinal de dor. Ou seja, ocorre um aumento da atividade e da densidade dos receptores na medula, levando a uma hiperexcitabilidade pós-sináptica, aumentando o sinal de dor.²⁵

3.3 DOR COMO 5º SINAL VITAL

A abordagem da dor como 5º sinal vital é descrita pela Sociedade Americana de Dor e Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública. A avaliação e tratamento da dor, assim como dos demais sinais vitais, possibilita a promoção de um tratamento adequado.¹⁹

No ano 2000, a *Join Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) publicou normativa que descreve a dor como 5º sinal vital, devendo ser avaliada e registrada ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são verificados os demais sinais vitais.²⁶

A avaliação e registro da dor de forma sistemática e periódica, assim como dos demais sinais vitais, permite que se acompanhe a evolução do paciente, otimiza o seu tratamento e possibilita à equipe médica a realização dos ajustes necessários na prescrição da analgesia. Ainda, padroniza o atendimento na medida em que garante que todos os pacientes tenham acesso às intervenções de controle da dor da mesma maneira.¹⁹

Salienta-se que, embora a dor seja preconizada como 5º sinal, ela não pode ser avaliada de maneira objetiva como os demais sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial. Sua avaliação é subjetiva, muitas vezes baseando-se somente no relato do paciente.¹⁶

Em estudo realizado sobre a avaliação da dor como 5º sinal vital, verifica-se que é aceita pela maioria dos profissionais de enfermagem, os quais ressaltam a relevância desta avaliação para a promoção do bem-estar do paciente e como um parâmetro de evolução do mesmo.³

Para implementar a dor como 5º sinal vital nas instituições de saúde é necessário realizar um adequado planejamento, estabelecer um plano de ação definindo prazos e responsáveis pela sua implementação. Além disso, é preciso definir um local para registro na folha de sinais vitais, bem como padronizar uma escala de avaliação da dor na instituição, conforme o público-alvo.¹⁹

Como fator fundamental para o sucesso da implementação está a sensibilização dos profissionais para a correta avaliação e registro da dor, bem como sua capacitação para a aplicação de escalas de avaliação e seu registro. Ainda, é necessário orientar pacientes e familiares sobre a avaliação e manejo da dor adotados na instituição.¹⁹

A falta de conhecimento ou sua insuficiência por parte dos profissionais de saúde sobre avaliação da dor é um dos maiores desafios para a sua implantação como 5º sinal vital, tanto nos hospitais quanto no meio comunitário. Dessa forma, é primordial que a academia inclua nos seus currículos esse tema e que as instituições de saúde sensibilizem os seus gestores e trabalhadores para a temática, a fim de proporcionar um cuidado humanizado e garantir os direitos do paciente.^{27,28}

3.4 REGISTRO DA DOR E RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM

A enfermagem deixou de ser empírica e passou a ser uma ciência, tornando o processo de cuidado orientado e organizado. A partir disso, o enfermeiro passou a ser reconhecido e ganhou visibilidade, principalmente, pela organização seu trabalho. Esta é concretizada, no Brasil, pela Resolução 359/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem²⁹.

O Processo de Enfermagem ocorre em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.²⁹ Ao enfermeiro compete a liderança para execução do Processo de Enfermagem, e ao técnico de enfermagem, a participação ativa no processo sob a supervisão do enfermeiro.²⁹ Dentro das etapas, sugere-se que o enfermeiro avalie a dor no momento da anamnese e exame físico do paciente e/ou sempre que considerar necessário. O seu registro deve ser realizado no prontuário no momento da evolução de enfermagem.

O COFEN recomenda o registro das seguintes informações sobre dor:³⁰ data e horário da avaliação; localização da dor (se aplicável); presença de edema, hematomas e distensões; escala de dor de acordo com a faixa etária e rotina da instituição; escore – valor aferido; intercorrências e/ou providências adotadas para o alívio da dor; nome completo e número de registro no Conselho de Enfermagem do responsável pelo procedimento.

3.5 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Devido ao caráter subjetivo da percepção dolorosa de cada indivíduo, não há teste laboratorial ou procedimento diagnóstico que permita a um observador externo identificar e mensurar a dor de forma definitiva. Para tal finalidade, há escalas e métodos que avaliam a queixa algica do paciente de diferentes maneiras.

A escolha do instrumento de avaliação da dor é fundamentada na capacidade de compreensão do paciente, considerando faixa etária, capacidade cognitiva e aspectos culturais dos indivíduos avaliados.¹⁹ Salienta-se que, independente do instrumento utilizado, a interferência da dor na atenção do paciente é o principal

obstáculo na sua avaliação.³ No próximo tópico serão apresentadas as principais escalas de avaliação da dor utilizadas em pacientes adultos.

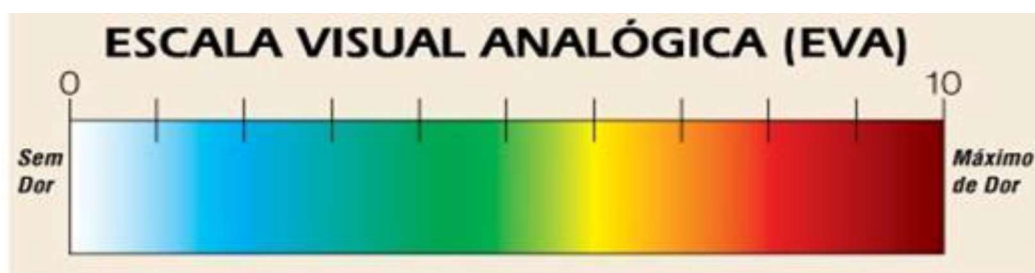
3.5.1 Escalas unidimensionais

As escalas unidimensionais, como o próprio nome já indica, permitem avaliar apenas uma característica da dor, a intensidade. Geralmente, são as mais utilizadas pelos serviços de saúde em geral e não permitem uma avaliação mais profunda da dor e sua multidimensionalidade. A seguir, serão apresentadas as escalas unidimensionais de avaliação da dor mais conhecidas.

EVA: Escala Visual Analógica

Conforme apresentado na Figura 1, esta escala consiste em uma linha de aproximadamente 10 cm, com suas extremidades indicando os extremos da dor. A ponta esquerda representa “sem dor”, enquanto que a direita representa “dor intensa”.³¹ Solicita-se ao paciente que faça uma marca na linha indicando onde sua dor se localiza e com auxílio de uma régua determina-se, por meio de centímetros, o limiar de dor apontado pelo paciente.

Figura 1: Escala visual analógica (EVA)



Fonte: Google imagens

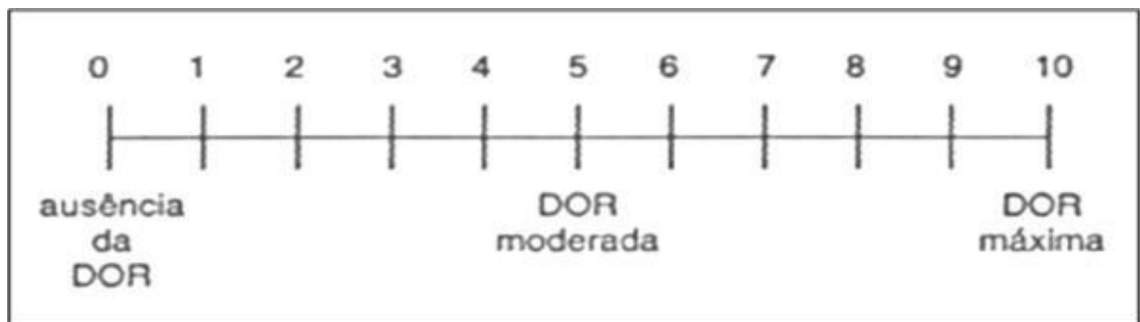
Em estudo que compara a aplicação da EVA e de outras escalas unidimensionais em população de adultos jovens e população de idosos, observou-se que a intensidade da dor relatada pela população idosa através da EVA não apresentou índice adequado de confiabilidade em relação às demais escalas. Tal fato pode ser associado com o baixo grau de escolaridade da população estudada e o seu

déficit cognitivo.³² A utilização dessa escala por crianças, idosos e pacientes com déficit visual e cognitivo pode ser difícil pela ausência de qualquer marcação na linha de 10 cm.¹⁹

Escala Visual Numérica

Com esta escala é possível graduar a dor em intervalo de 0 a 10, de acordo com o relato do paciente, onde 0 significa ausência de dor e 10, uma dor muito intensa. A Figura 2 exemplifica este modelo de escala.

Figura 2: Escala visual numérica



Fonte: Google imagens.

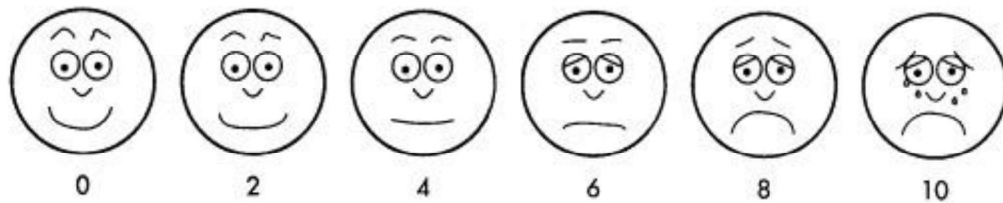
Como limitação do uso da escala numérica cita-se a incompreensão por parte do paciente. Sendo assim, sugere-se evitar seu uso em pacientes com idade avançada, com grau de escolaridade muito baixo ou inexistente, ou, ainda, com demência.³

Escala de Faces

Também conhecida como escala de faces de Wong Baker, este instrumento possui seis faces demonstrando expressões que variam desde a alegria até o sofrimento evidente. Conforme demonstrado na Figura 3, a primeira face é muito sorridente, e as expressões vão se transformando até chegar à última, que é muito triste. As figuras intermediárias mostram graus crescentes de tristeza.³³

Com esta escala, solicita-se que o paciente aponte a face que mais se assemelha à intensidade de sua dor.

Figura 3: Escala de faces



Fonte: Google imagens

A *Wong-Baker FACES scale* é o instrumento mais utilizado e, com validação no Brasil, para a avaliação de dor na pediatria. Combina números e faces de diversos desenhos para representar a expressão facial “do desenho” em situação de dor. Apesar de ser a ferramenta mais utilizada em pediatria e com estudos comprovando a sua aplicabilidade, confiabilidade e validade, há evidências que alertam para resultados duvidosos por causa das diferenças nas percepções de crianças em relação à dor. Por se tratar de uma experiência, a imagem pode transmitir mensagens diferentes, requerendo do avaliador habilidade para explicar o significado de cada uma. A escolha das faces pode ocorrer por simpatia, estímulo visual e não a sensação dolorosa, dificultando a avaliação da dor. As diferentes faixas de idade e as experiências prévias têm sido consideradas como fatores limitadores do uso.^{34,35}

Escala de Descritores Verbais

Nesta escala selecionam-se algumas palavras ordenadas, descritas como: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, dor muito intensa e pior dor. Conforme apresentado na Figura 4, é uma escala de avaliação verbal, de fácil execução e análise, podendo ser aplicada em qualquer tipo de dor clínica.

Figura 4: Escala de descritores verbais



Fonte: Google imagens

Como limitação do uso desta escala, destaca-se que as palavras podem ter diferentes significados para cada indivíduo. Ainda, alguns pacientes com déficit cognitivo podem apresentar dificuldades em entender as palavras.³⁶

3.5.2 Escalas multidimensionais

As escalas multidimensionais consideram a dor como uma experiência composta por fatores fisiológicos, afetivos, emocionais e sensitivos.

Entre as escalas multidimensionais citam-se: Questionário Mc Gill, Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR) e *Brief pain inventory* (Inventário resumido da dor). Neste trabalho será abordado somente o Questionário Mc Gill, por ser uma das ferramentas de avaliação multidimensional da dor mais conhecidas.

Questionário Mc Gill (McGill Pain Questionnaire – MPQ)

Este questionário foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, com o intuito de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente.³⁷ Este instrumento foi validado no Brasil em 1999, com sua tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa (Br-MPQ) na Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.³⁸

O questionário Mc Gill consiste em um instrumento multidimensional que avalia vários aspectos da dor por meio de palavras (descritores) que o paciente escolhe para

expressar a sua dor. Os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea.³¹

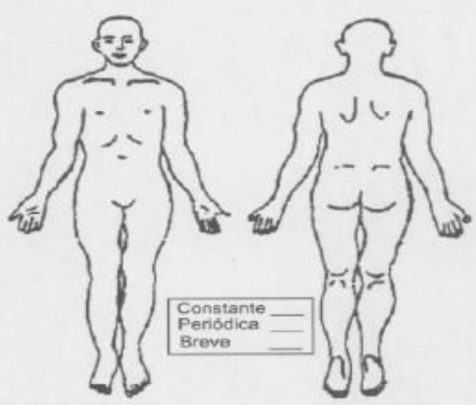
O índice numérico de descritores é o número de palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar a sua dor, sendo, no máximo, uma palavra de cada subgrupo, com o valor máximo de 20. Já o índice de dor é calculado pelo somatório dos valores de intensidade de cada descritor. O questionário conta com um diagrama corporal para melhor localização da dor e avaliação da dor quanto à sua periodicidade e duração.³⁹

A Figura 5 apresenta o questionário e o diagrama corporal traduzidos para o português.

Figura 5: Questionário McGill

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____
 Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3
 IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1	Espasmódica	11	Cansativa	Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____
	Tremor		Exaustiva	
	Pulsátil	12	Enjoativa	
	Latejante		Sufocante	
	Martelante	13	Amedrontadora	Constante _____ Periódica _____ Breve _____
2	Crescente		Apavorante	
	Repentina		Aterrorizante	Sintomas que Acompanham: náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Comentários: _____
	Provocada	14	Castigante	
3	Picada		Debilidade	Sono: Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
	Agulhada		Cruel	
	Perfurante		Perversa	Ingestão de alimentos: Boa _____ Alguma _____ Pouca _____ Nenhuma _____ Comentários: _____
	Punhalada		Mortal	
	Lancinante	15	Desgraçada	Atividades: Boa _____ Alguma _____ Pouca _____ Nenhuma _____
4	Aguda		Enlouquecedora	
	Cortante	16	Incómoda	Comentários: _____
	Dilacerante		Perturbadora	
5	Beliscante		Desconforto	Comentários: _____
	Pressionante		Intensa	
	Pinçante		Insuperável	Comentários: _____
	Cãibra	17	Difusa	
	Esmagamento		Irradiante	Comentários: _____
6	Fisgada		Penetrante	
	Puxão		Que transpassa	Comentários: _____
	Distensão	18	Aperto	
7	Quente		Dormente	Comentários: _____
	Queimação		Estrante	
	Escaldante		Esmagadora	Comentários: _____
	Queimadura		Demolidora	
8	Formigamento	19	Fresca	Comentários: _____
	Cocêira		Fria	
	Ardência		Congelante	Comentários: _____
	Ferroadia	20	Importunante	
9	Insensibilidade		Nauseante	Comentários: _____
	Sensibilidade		Angustiante	
	Que Machuca		Desagradável	Comentários: _____
	Dolorida		Torturante	
	Forte		IAD	Comentários: _____
10	Suave	0	Sem dor	
	Tensão	1	Leve	Comentários: _____
	Esfolante	2	Desconfortante	
	Rompimento	3	Angustiante	Comentários: _____
		4	Horível	
		5	Excruciante	Comentários: _____

Fonte: Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted version of the mcgill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. Braz Dent J. [Internet]. 2006 [cited 2016 May 24]; 17(4): 328-35.

3.6 TOTAL PAIN

O conceito de "dor total" surgiu no contexto dos cuidados paliativos. Cicely Saunders nasceu em 1918, na Inglaterra. Graduiu-se como enfermeira, assistente social e médica, dedicando sua vida ao alívio do sofrimento humano. Em 1967 ela fundou o *St. Christopher's Hospice*, reconhecido como um dos principais serviços no mundo em cuidados paliativos e medicina paliativa. Faleceu em 2005, cuidada no hospital que fundou.⁴⁰

Foi uma das pioneiras em cuidados paliativos e apresentou uma visão multidimensional da dor ou "Dor Total", onde o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais.⁴¹ A dor física é a causa mais óbvia de sofrimento, pode apresentar-se como uma lesão visível e, quando intensa, a dor propicia a degradação moral do indivíduo. Na dor emocional ou psíquica há uma alteração do humor, perda do controle sobre a própria vida, sentimento de desesperança e uma necessidade de mudança perante o mundo. A dor social vem com o medo do isolamento e abandono, da dificuldade de comunicação, da perda do papel social exercido junto à família, aos colegas, e as perdas econômicas e, somando-se às dores anteriores, a dor espiritual representa a "dor da alma", se reflete na perda do sentido e significado da vida, da esperança.⁴¹

3.7 DOR EM SITUAÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

A relevância deste tópico consiste no impacto que a dor cirúrgica causa ao paciente e seus familiares, destacando-se que o seu subtratamento pode transformar a dor aguda em crônica. Avalia-se que entre 10 e 50% dos pacientes com dor pós-cirúrgica desenvolvam dor persistente. Destes, entre 2 e 20% desenvolvam dor crônica. Sendo assim, o subtratamento da dor pós-operatória é um fator de risco para cronicidade.⁴²

A Sociedade Americana de Anestesiologia define dor perioperatória como a dor que se manifesta no paciente cirúrgico devido à sua doença pré-existente, ao procedimento cirúrgico ou à combinação desses dois fatores.⁴³

Ao se avaliar a presença de dor crônica pós-cirúrgica, é necessário valorizar alguns fatores de risco que podem ser predisponentes, como: pré-disposição genética; dor aguda anterior à cirurgia; fatores psicossociais; idade e sexo.⁴²

Salienta-se que, em situações de pós-operatório, as atividades desenvolvidas para o cuidado e a recuperação podem ser precipitadoras da dor, por isso o seu controle representa a oferta de melhores condições para o desempenho dos exercícios de reabilitação.⁴⁴ Porém, o prolongado estímulo doloroso no pós-operatório retarda a melhora do paciente, gera cansaço, insônia, fadiga, estresse, prejuízo na movimentação e na deambulação, alteração de humor e desesperança de vida, aumentando a morbimortalidade do paciente cirúrgico.⁴²

Estima-se que em cirurgias de médio porte a presença de dor seja relatada por 58% dos pacientes no pós-operatório imediato, com diminuição ao longo do período de recuperação. Ainda, há associação estatística entre a presença de dor e alterações fisiológicas, como palidez cutânea, taquipneia e alteração da pressão arterial.⁵

Os locais mais comuns de queixa algica no pós-cirúrgico são a ferida operatória e região lombar, devido à permanência na mesma posição no leito de acordo com a cirurgia realizada.⁴⁵

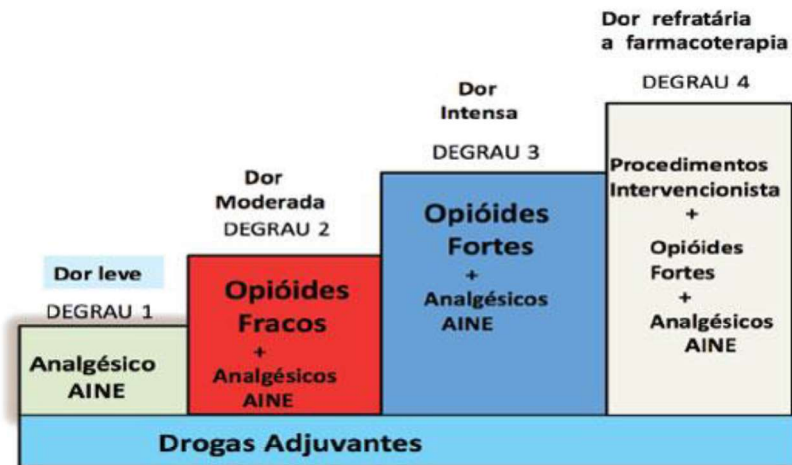
Em relação aos diagnósticos de enfermagem, observa-se que a dor aguda é estabelecida em mais de 90% dos pacientes cirúrgicos. Dentre os principais cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com diagnóstico de dor aguda citam-se: registrar a dor como 5º sinal vital e avaliar a dor utilizando escala de intensidade.⁴⁶

Verifica-se que a equipe de enfermagem deve estar preparada para o gerenciamento da dor pós-operatória, mediante a utilização de instrumentos disponíveis e identificação das intervenções farmacológicas e complementares necessárias para cada paciente.⁶

3.8 MANEJO DA DOR: ESCADA ANALGÉSICA DA OMS

Para padronizar e organizar o tratamento analgésico da dor a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere o uso da Escada Analgésica, apresentada na Figura 6. Na escada, há quatro degraus que definem a intensidade de dor que o paciente apresenta e o tratamento proposto.^{47,48}

Figura 6: Escada Analgésica proposta pela OMS



Fonte: Google imagens.

O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e anti-inflamatórios para dores fracas. No segundo degrau sugere opioides fracos, que podem ser associados aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios do primeiro degrau, para dores moderadas. Já, no terceiro degrau, quando as opções do segundo não são efetivas, parte-se para o uso de opioides fortes, associados ou não aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios, para dores fortes. O quarto degrau sugere a realização de procedimentos intervencionistas, associados ao uso de opioides fortes, analgésicos e anti-inflamatórios, para dores refratárias ao uso de farmacoterapia. Ressalta-se que os adjuvantes podem ser usados em todos os degraus da escada.^{47,48}

A OMS propõe diferentes formas de uso da escada analgésica, diferenciando entre dor aguda e crônica. Em caso de dores agudas, a escada deve ser usada de forma descendente, ou seja, usar o terceiro ou segundo degrau nos primeiros dias de hospitalização ou após cirurgias/procedimentos dolorosos, de acordo com as escalas de mensuração de dor e associados a técnicas de analgesia ou anestesia regional em princípios de analgesia multimodal. Nos dias subsequentes ao trauma tecidual, descer a escada analgésica da OMS.⁴⁸

Já, nos casos de dores crônicas, inicia-se pelo primeiro degrau para dores fracas. Quando não ocorre alívio da dor, adiciona-se um opioide fraco para a dor de intensidade leve a moderada (segundo degrau). Quando esta combinação é insuficiente, deve-se substituir este opioide fraco por um opioide forte. Somente um medicamento de cada categoria deve ser usado por vez.⁴⁸

Os medicamentos adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, bifosfonados, corticosteroides, etc.).⁴⁸

3.9 PARA ALÉM DO USO DE ANALGÉSICOS – O MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR

As terapias não farmacológicas têm cada vez mais se tornado uma parte vital para o tratamento de pacientes com dor aguda e crônica e são frequentemente utilizadas como adjuvantes aos tratamentos farmacológicos. As abordagens não farmacológicas podem ser classificadas como: terapias comportamentais, cognitivas, integrativas e físicas. Os profissionais precisam se familiarizar com essas intervenções para que possam oferecer aos pacientes flexibilidade na abordagem da gestão da dor.⁴⁹

As modalidades eficazes de tratamento não invasivo incluem: terapia comportamental para alívio da dor a curto prazo; terapia comportamental cognitiva para reduzir a dor e a incapacidade a longo prazo; hipnose como terapia adjuvante; imagens guiadas, respiração diafragmática e relaxamento muscular, especialmente para dor relacionada ao câncer; redução do estresse baseada em atenção para pacientes com dor lombar crônica; acupuntura para múltiplas condições de dor; manipulação combinada, terapia manual, exercício de resistência, alongamento e fortalecimento da dor crônica no pescoço; terapia assistida por animais; entre outras. Geralmente, as diretrizes para o uso dessas modalidades de tratamento são baseadas em recomendações de painel de especialistas em combinação com dados de ensaios controlados randomizados.⁴⁹

Em revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane sobre doença falciforme e intervenções não farmacológicas, é possível verificar que a dor em si não é considerada como um desfecho primário. Incluem apenas terapias psicológicas, com pouca discussão sobre outras alternativas não farmacológicas. Além disso, percebe-se que nestes estudos são incluídos critérios muito específicos, como, por exemplo, apenas ensaios clínicos randomizados, intervenções por clínicos certificados e avaliações quantitativas, o que podem ter limitado a evidência de estudos relevantes para este tema.⁵⁰

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O cenário do setor de saúde está em constantes mudanças, passando a exigir do profissional a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos a fim de garantir a qualidade assistencial. Assim, torna-se necessária a discussão e problematização do ambiente de trabalho, gerando atividades de educação demandadas e promovidas pelos profissionais e gestores.⁵¹

A formação na área da saúde foi atribuída como competência ao SUS no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III.⁵² Para efetivar a educação em saúde no SUS, o Ministério da Saúde tem articulado várias estratégias e políticas voltadas para a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, adequando-as às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do sistema.

Por meio da Portaria GM/MS nº 1996, o Ministério da Saúde em 2007 instituiu a PNEPS como uma ação estratégica do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando as especificidades e necessidades de formação regionais.⁵³

A PNEPS aborda o termo “educação permanente” como um conceito pedagógico, no setor da saúde, a fim de estreitar os laços entre o ensino, as ações e serviços e, ainda, entre a docência e a atenção à saúde. Por meio dessa aproximação do ensino com a prática visa-se a mudanças curriculares nos cursos de ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde. Tais mudanças na academia visam à reflexão, problematização e posterior criação de estratégias para o enfrentamento dos atuais problemas sanitários enfrentados no país.⁹

A EPS deve ser compreendida como uma aprendizagem que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, sendo realizada a partir da problematização das dificuldades encontradas na prática e considerando os conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos.⁵¹ Ainda, prevê mudanças nas práticas e possibilita a construção de um espaço coletivo de reflexão e avaliação.⁵⁴

Deve-se ter clareza nas diferenças conceituais de EPS e educação continuada. Observa-se na literatura que o termo “educação continuada” apresenta-se vinculado à construção objetiva de quadros institucionais e no investimento de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Além disso, é caracterizada como um processo

no qual os trabalhadores assumem a atitude de ouvinte e passiva diante do conteúdo.⁵⁴ É desenvolvida após a profissionalização do sujeito com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais.⁵⁵

Na sua prática, muitas instituições de saúde a utilizam com pouco envolvimento de discussões sobre as demandas diárias dos profissionais de saúde, a partir da problematização da realidade. Em outra perspectiva, as ações de EPS buscam contemplar as necessidades dos profissionais, gerando transformações de comportamento e práticas a partir da reflexão crítica e aprendizagem significativa.⁵⁴

Ressalta-se que as constantes mudanças na sociedade requerem uma contínua atualização dos profissionais de saúde, sendo imprescindível ao lidarmos com informações que interferem na vida de terceiros, como o processo saúde/doença. A ideia de que o ser humano precisa ser um eterno aprendiz é solidificada com ações de educação permanente, proporcionando ao profissional uma postura crítica e modificando a sua realidade.⁵⁶

A EPS visa responder às questões não sanadas pelos métodos tradicionais de ensino. Apresenta-se como um método de ensino forte e desafiador, capaz de articular educação e o trabalho em saúde.⁵⁷ Paulo Freire, educador brasileiro, ressalta a consciência do ser humano sobre a sua inconclusão e a busca permanente de respostas às suas demandas. Destaca, ainda, a necessidade de o indivíduo se transformar em sujeito de construção e de reconstrução de seus saberes, questionando sua realidade cada vez mais, caracterizando esse movimento como aprendizado crítico.⁵⁸ Tais princípios também são encontrados na EPS.

Identifica-se que práticas e políticas institucionais que orientam os processos de trabalho de enfermagem podem dificultar ações de EPS. A insatisfação e desmotivação para o trabalho e a busca de conhecimentos por parte dos trabalhadores também são apontadas como empecilho para a efetividade das ações de educação permanente.⁵⁹

Envolver e valorizar o conhecimento de toda a equipe permite a construção coletiva de saberes e conhecimentos, podendo proporcionar aos participantes um sentimento de pertencimento ao grupo. Além disso, desperta a compreensão sobre a necessidade de cada indivíduo se responsabilizar pela sua própria educação.⁵⁹

Como um instrumento estratégico nas ações de EPS surge a Educação a Distância (EaD), a qual aplica recursos tecnológicos que permitem desenvolver programas mais interativos dentro e fora do serviço.⁵¹

4.2 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

A Educação a Distância (EaD) representa uma modalidade de ensino que passou a ser respaldada legalmente no Brasil a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9394/1996), a qual regulamenta que a EaD deve ser oferecida por instituições cadastradas pela União, organizada com abertura e regimes especiais.⁶⁰

Em 2006, o Decreto Presidencial nº 5800 instituiu o Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), direcionado para a modalidade de EaD, a fim de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no país. Seu objetivo principal constituía-se na formação de professores da educação básica, tanto inicial quanto continuada.⁶¹

Desde a sua criação, os programas de formação que se utilizam de EaD objetivam aumentar o acesso ao ensino superior e democratizá-lo. Em estudo que realizou uma análise crítica da atual situação da EaD no Brasil, verificou-se que essa modalidade de ensino apresenta alta concentração nas Regiões Sul e Sudeste, devido à concentração populacional nessas áreas geográficas, não atingindo de forma plena o intuito de interiorizar a educação a distância.⁶²

Por meio do Decreto nº 7385 de 8 de dezembro de 2010, foi criada a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com as esferas estadual e municipal, instituições públicas de ensino superior e unidades internacionais visando à formação continuada dos profissionais da área da saúde, disponibilizando cursos de pós-graduação e extensão universitária a distância.⁶³

Verifica-se que a UNASUS representa importante aliada no processo de educação dos profissionais de saúde, tornando acessível o conhecimento científico por meio de EaD.⁵⁶ A EaD representa uma oportunidade de qualificação para os profissionais que se encontram afastados dos centros educacionais. Sendo considerada como uma possibilidade de democratização do saber para os profissionais de saúde, permite o alcance de um número expressivo de pessoas

devido à utilização de uma série variada de recursos tecnológicos, permitindo maior acessibilidade e flexibilidade de seu conteúdo.^{51,56}

Até os anos 80, estava baseada fundamentalmente em materiais impressos, preparados e encaminhados aos alunos, que utilizariam esse material conforme sua disponibilidade de tempo e no local que desejassem. A partir da ampliação das tecnologias digitais de informação e comunicação (TDICs) nos meios acadêmicos, começou-se a utilizar o *e-learning*, onde o aprendiz não recebe mais o material impresso, porém fica disponível de maneira *on-line*, permitindo seu acesso remoto.⁶⁴ Atualmente, os termos EaD e *e-learning* são utilizados como sinônimos.

Para o desenvolvimento do *e-learning*, uma das principais ferramentas utilizadas é o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) ou *Learning Management System* (LME). Os AVAs são sistemas computacionais disponíveis na Internet, destinados ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação. Permitem a interação entre os personagens envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, bem como a elaboração e socialização de produções.⁶⁵

Um dos ambientes virtuais mais conhecidos no meio acadêmico é o *Moodle* (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*). O qual representa um sistema de gestão de conteúdo, em código de fonte aberta (<http://www.moodle.org>), utilizado em educação como uma plataforma de gestão do ensino e aprendizagem.⁶⁶

A utilização de AVAs representa uma nova possibilidade educacional a ser explorada pelos profissionais de enfermagem, tanto nas instituições formadoras quanto no desenvolvimento de ações de EPS.⁶⁷ Estudo aponta que por meio de EaD o enfermeiro pode desenvolver o saber-aprender, competências tecnológicas, educativas e de especificidade associadas à sua necessidade profissional. Assim como a competência do saber-ser também pode ser desenvolvida, demonstrando o comprometimento do enfermeiro com o seu trabalho.⁶⁸

Ainda, o uso de novas tecnologias educacionais na área da enfermagem abre perspectivas distintas nos cursos de graduação, pós-graduação e educação profissional, promovendo propostas pedagógicas inovadoras que facilitam a aprendizagem.⁶⁹

Apona-se como fator dificultador das atividades de EaD o custo oneroso da produção de material educativo *on line*.⁶⁷ Essa modalidade de ensino exige também que os profissionais tenham habilidades para a utilização de ferramentas virtuais.⁵¹ Porém, as vantagens da EaD relacionam-se à flexibilidade temporal, acessibilidade e

construção do aprendizado de forma individualizada, visto que cada pessoa apresenta um ritmo diferente.⁷⁰ Além disso, verifica-se que, para a concretização da criação de um AVA, bem como a realização de atividades na modalidade de EaD, é necessário investimento institucional, político e de educação, bem como uma proposta contínua de qualificação do trabalhador.⁶⁸

Em estudo realizado para identificar as principais práticas de ensino na modalidade a distância, verificou-se que nas instituições de ensino superior, no Brasil, é predominante o modelo semipresencial (75%), seguido do modelo virtual (14%), tele-educação (7%) e, de forma ainda incipiente, o modelo híbrido (3%).⁷¹ Este modelo, ainda pouco abordado nas instituições de ensino, surgiu diante do avanço das TDICs, com o termo *Blended learning*. Diferente das atividades de EaD tradicionais, esse método é considerado uma atividade de *e-learning* que, além de utilizar tais tecnologias digitais para o ensino a distância, apresenta parte em formato presencial, caracterizando-se como um método misto de aprendizagem ou formação combinada.⁶⁴

Em estudo voltado para a utilização de EaD na formação de recursos humanos na área da saúde, destaca-se a necessidade de apoio da gestão institucional e da percepção dos trabalhadores sobre a necessidade de constante aprendizagem. A cultura de métodos de ensino tradicionais na formação de recursos humanos voltados para a área da saúde ainda se apresenta como uma dificuldade a ser superada.¹⁴

Sendo assim, torna-se necessário estimular a adaptação dos modelos de formação às necessidades da sociedade e do conhecimento. A formação sustentada em metodologias de ensino presencial é incapaz de proporcionar aos profissionais, em tempo útil, as aprendizagens adequadas. Dessa maneira, o método de ensino híbrido pode proporcionar aumento da qualidade na prestação de cuidados com menor custo, quando comparado ao ensino presencial.¹⁴

5 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

A fim de atingir o objetivo do presente estudo e destacando a natureza do tema abordado, optou-se por um delineamento de pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação em educação a partir dos pressupostos de María Paz Sandín Steban (2010).⁷² A pesquisa qualitativa em educação é uma modalidade de investigação realizada de forma sistemática. Sustenta-se em fundamentos teórico-epistemológicos que dão suporte à compreensão em profundidade de fenômenos educativos e sociais, e à busca de transformação de práticas e contextos socioeducativos a partir da tomada de decisões. Estas fundamentadas no desenvolvimento de conhecimento e descobertas organizadas.⁷² Enfatiza-se o subjetivo para compreender e interpretar as experiências, investigando-se a totalidade do fenômeno, bem como a busca de significados e interpretações de fenômenos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e dos processos que não podem ser minimizados à operacionalização de variáveis. Tal método recebe críticas por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador.⁷³

Dentre os métodos da pesquisa qualitativa em educação, a pesquisa-ação é utilizada para a busca por mudanças e tomada de decisão. Se propõe a melhorar a prática a partir da geração de informações que podem orientar a tomada de decisão e processos de mudança, não somente produzir conhecimento. Utiliza-se esse tipo de pesquisa quando há interesse em *“levar as pessoas a tomarem consciência de seu papel neste processo de transformação”*⁷², pressuposto que coaduna com o objetivo da EPS.

Apresenta características próprias que auxiliam na sua definição. Uma delas é a preocupação de que a identificação de um problema parta de necessidades sentidas e percebidas por um grupo e considerado relevante. A partir desta tomada de consciência, o grupo deve assumir o problema como próprio e mostrar disponibilidade para resolvê-lo.⁷²

Amplamente difundido na prática educacional, esse tipo de método de pesquisa também se aplica à área da saúde, incluindo a enfermagem, pois visa à transformação da realidade de acordo com os problemas e conhecimentos trazidos pelos sujeitos,

levando à corresponsabilização de todas as pessoas envolvidas nesse processo de mudança. Ainda, permite a interação entre o pesquisador e o pesquisado, reforçando a prática cotidiana do enfermeiro e permitindo um diálogo aberto, participativo e reflexivo.⁷⁴ Na enfermagem, a pesquisa-ação tem sido utilizada em situações envolvendo a assistência direta ao paciente, nas atividades de educação em saúde e na prática docente, destacando a abrangência e relevância desse método na prática do enfermeiro.⁷⁵

Diante do exposto, considera-se o objetivo do Mestrado Profissional em Saúde, que visa

[...] contribuir com o setor produtivo nacional no sentido de agregar um nível maior de competitividade e produtividade a empresas e organizações, sejam elas públicas ou privadas [...], a partir de demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho.⁷⁶

A metodologia (pesquisa-ação) foi escolhida devido à sua proximidade com o objetivo proposto neste trabalho e o propósito do Mestrado Profissional. Compreende-se que “o problema” surgiu na prática assistencial e discutido com a equipe do SDCP do GHC, bem como com os demais profissionais envolvidos na assistência na unidade de cirurgia vascular, por meio de diálogos. Antes da ação, foram alinhadas propostas de negociações e recursos com setores específicos da instituição para viabilizá-la. Nesta modalidade de pesquisa destaca-se que, na fase de desenvolvimento do plano e coleta de dados para a sua implementação, estas limitações podem ocorrer, principalmente, por ser a ação realizada em tempo real e poder ser modificada pelas circunstâncias⁷².

Neste estudo, limitações políticas, pessoais e materiais foram enfrentadas, mas os resultados possibilitam compreender a realidade e contribuir para a transformação da EPS, não somente no contexto aplicado, mas em outros cenários.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), caracterizado como um hospital de grande porte na zona norte de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Representa a maior unidade hospitalar do GHC. A instituição possui 843 leitos, todos disponíveis ao SUS, realizando em média 25,9 mil internações hospitalares por ano.⁷⁷

No primeiro momento, para a criação e desenvolvimento do curso em EaD sobre avaliação e registro da dor, foi utilizada a plataforma *Moodle* do GHC. Sequencialmente, o curso foi oferecido a profissionais de enfermagem da unidade de internação da cirurgia vascular.

Fundado em 1960, sua missão é oferecer atenção integral à saúde, com acesso, qualidade e eficácia organizacional, e desenvolver ações de ensino e pesquisa, fortalecendo o SUS. Sua visão institucional está baseada no reconhecimento como a melhor instituição de saúde pública do país, apoiada nos princípios institucionais: transparência, sustentabilidade, integralidade, valorização do trabalho e do trabalhador, universalidade, participação, responsabilidade, estímulo à inovação, estímulo à produção, socialização do conhecimento e equidade.⁷⁷

O GHC é formado pelas unidades hospitalares HNSC, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina, além da Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Vinculada ao Ministério da Saúde, essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS.⁷⁷

O HNSC possui 21 unidades de internação, além de bloco cirúrgico, sala de recuperação (SR), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Obstétrico. Esse projeto foi voltado para profissionais de internação cirúrgica, por ser a área de atuação da autora.

Entre as unidades cirúrgicas, observa-se que o setor de Cirurgia Vascular (3º B1) apresenta uma demanda maior em termos de uso de medicações analgésicas, verificadas pelo quantitativo superior de medicações psicotrópicas de uso controlado (exemplo: morfina, codeína, paracetamol+codeína), quando comparado às demais unidades cirúrgicas.

Dessa forma, o projeto foi realizado inicialmente na unidade de cirurgia vascular, que é constituída por 40 leitos de internação, divididos em 13 enfermarias masculinas e femininas e um quarto de isolamento, gerenciado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os pacientes internados provêm da emergência, SR, UTI, central de leitos ou demais unidades de internação do hospital.

A unidade conta com uma equipe multidisciplinar: cirurgiões vasculares, residentes na área de cirurgia vascular, um médico clínico, uma psicóloga, uma

nutricionista e um fisioterapeuta. A equipe de enfermagem é composta por quatro enfermeiros, sendo um matutino, um vespertino e dois no período noturno, em regime de plantão, e 40 técnicos de enfermagem.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Inicialmente, foram convidados a participar do estudo quatro avaliadores, escolhidos de forma intencional para colaborar no desenvolvimento da proposta e avaliar o conteúdo educacional¹. Destes, três avaliadores para analisar a questão de conteúdo específico do curso e um avaliador para a parte pedagógica e recursos educacionais. Todos os avaliadores deveriam analisar, de forma livre, o conteúdo educacional no AVA, como: o conceitual (caracterizado pelos conceitos e definições que formam os textos relacionados ao registro e avaliação de dor) e o procedimental (que envolve a avaliação dos exercícios propostos para estimular o pensamento crítico e a reflexão da prática). A avaliação foi realizada por meio de parecer escrito do avaliador.

Após a avaliação, os profissionais de enfermagem que atuavam na unidade de Cirurgia Vascular (3ºB1) foram convidados a participar da proposta de educação, totalizando 43 convidados, excluindo-se a pesquisadora, que também atua na unidade. Na roda de conversa inicial estiveram presentes 14 profissionais de enfermagem e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando a participação. Ao final do estudo apenas oito profissionais participaram concluindo toda a proposta.

A seguir, são apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos profissionais de enfermagem:

78 De acordo com Zabala⁷⁸ compreende-se por conteúdos educacionais a variedade de atividades e conteúdos que facilitam o processo de ensino-aprendizagem e possibilitam o desenvolvimento das capacidades motoras, afetivas, de relação interpessoal e de inserção social. Podem ser divididos em: conceituais, procedimentais e atitudinais.

5.3.1 Critérios de inclusão

- Ser profissional de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) lotado na unidade de cirurgia vascular;
- Atuar na assistência direta ao paciente.

5.3.2 Critérios de exclusão

- Profissionais de enfermagem que estejam cobrindo folgas e lotados em outra unidade hospitalar;
- Ser residente ou estagiário da instituição;
- Profissionais de enfermagem que estejam em período de férias ou licença durante a pesquisa.

5.4 OS PASSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA-AÇÃO: DA COLETA DE INFORMAÇÕES À ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa-ação é constituída de quatro passos com caráter cíclico: **1º Passo:** *identificando o problema e discutindo o problema*, **2º Passo:** *elaborando um plano de ação*, **3º Passo:** *desenvolvendo o plano* e **4º Passo:** *refletindo sobre o planejado*. O destaque desta modalidade de pesquisa é possibilidade de flexibilidade e interatividade em todas as etapas.⁷²

5.4.1 1º Passo: identificando o problema e discutindo o problema

A primeira etapa da pesquisa-ação constitui-se no planejamento. É o momento em que se realiza uma indagação reflexiva para identificar situações problemáticas, o que pode ser feito a partir de entrevistas informais com alunos e colegas, de observações realizadas do cotidiano pelas pessoas envolvidas ou por algum observador externo e que precisam ser percebidas como relevantes e assumidas.⁷²

5.4.2 2º Passo: elaborando um plano de ação

A segunda etapa é a organização da ação, planejamento da estratégia, devendo esta etapa antecipar a ação. Decisões práticas e concretas devem ser

tomadas: o que fazer, quem vai fazer, quando e como fazê-lo. Trata-se de uma ação flexível e aberta a mudanças.⁷²

5.4.3 3º Passo: desenvolvendo o plano

A terceira etapa é a observação, momento em que será colocada em prática a ação e verificadas suas limitações. Refere-se, ainda, à forma como os dados serão coletados para posterior análise.⁷²

Para esta etapa, momento em que foram realizados os encontros presenciais, utilizou-se a técnica da roda de conversa como um método de ensino e como um método de coleta de dados. A utilização da técnica da roda de conversa possibilita encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos participantes. As rodas caracterizam-se como uma postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos.⁷⁹

O espaço proporcionado pelas rodas de conversas permite aos participantes se reconhecerem como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”. As rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, e favoreceram o entrosamento e a confiança entre os participantes.⁷⁹

5.4.4 4º Passo: refletindo sobre o planejado

A quarta e última etapa é a reflexão. Representa o final do ciclo da Pesquisa-Ação e o início de uma possível mudança na realidade. A reflexão pretende avaliar o sentido dos processos educacionais, dos problemas que surgiram na implantação do plano, comparando o planejado e o que foi realmente alcançado.⁷²

Para a realização desta reflexão, optou-se pela proposta de análise temática, em associação com o referencial sobre educação permanente em saúde. Organiza-se a análise em três fases: a pré-análise, em que as conversas transcritas e os materiais postados no fórum são lidos de forma exaustiva, analisados e descritos e é realizado o levantamento dos principais conceitos (unidade de registro, unidade de contexto); a exploração do material, quando os dados descritos são codificados (núcleo de sentido) e organizados em categorias representativas; e tratamento e

interpretação, em que são feitas algumas inferências sobre os dados. Esta proposta de análise consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência tenham significado para o objeto analítico visado.⁷³

A Tabela 1 apresenta como foram analisados os dados coletados.

Tabela 1: Modelo de percurso da análise dos dados

Unidade de Registro	Unidade de contexto	Núcleo de sentido	Categoria temática
E4: <i>“Sendo que a gente trabalha com pacientes com neuropatias bem importantes, com aquelas lesões tróficas que a gente vê, que a gente não consegue mensurar o quanto de dor. Acho que até em alguns momentos a gente até banaliza um pouco. O paciente está com dor sempre, não tem um parâmetro daquilo dali porque, como é muito subjetivo, né? E acho que é pouco manejado com os pacientes.”</i>	<i>“[...] a gente não consegue mensurar o quanto de dor.”</i> <i>“O paciente está com dor sempre, não tem um parâmetro daquilo dali porque, como é muito subjetivo [...]? E acho que é pouco manejado com os pacientes”</i>	A dor pode ser quantificada Quantificar a dor é importante A dor é contínua Para avaliar a dor é preciso ter um “padrão” A subjetividade não é suficiente Os pacientes são avaliados de forma inadequada	Aquilo (Dor) que não se pode quantificar é mais difícil de avaliar: a subjetividade da dor

Fonte: Produzido pela autora

As rodas de conversa foram transcritas pela autora. Cada participante foi identificado conforme a ordem de participação na conversa, por exemplo, P1, P2, P3, garantindo o anonimato. Para os materiais postados no fórum de discussão, utilizou-se a mesma identificação dos participantes seguida da letra F, identificando fórum de discussão. Por exemplo: P1F, P2F.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC por meio da Plataforma Brasil. A UFCSPA foi incluída como instituição coparticipante. O projeto foi aceito conforme o Parecer nº 16129/2016 (ANEXO 1). Foram respeitados todos os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que rege a pesquisa com seres humanos, assegurando o caráter voluntário dos participantes.⁸⁰

Tanto os juízes quanto os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A, APÊNDICE B) reafirmando a garantia do anonimato, exigência da Resolução nº 466/12 do CNS. O TCLE foi assinado em duas vias, e uma via foi disponibilizada ao participante. Ainda foram garantidos o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando de seu interesse.

Os riscos para os profissionais que aceitaram participar foram mínimos, exceto pelo desconforto de expor seus conhecimentos para uma pessoa desconhecida. Já os benefícios foram os proporcionados pela construção do curso e ampliação do conhecimento, resultando na melhoria da qualidade assistencial prestada ao paciente após a atividade educativa.

Os dados coletados para a pesquisa serão guardados e armazenados por cinco anos com a pesquisadora, em formato digital (*CD-Rom*). Após esse período, os dados serão descartados.

A divulgação dos resultados ocorrerá na forma de trabalho de conclusão de curso de mestrado, publicação de artigos e trabalhos em eventos científicos.

6 RESULTADOS

6.1 1º passo: identificando o problema e discutindo o problema

A proposta do presente estudo surgiu durante minhas atividades como enfermeira de internação cirúrgica, em que, observando de maneira crítica o processo do cuidado de enfermagem, percebi que havia algumas dificuldades na equipe de enfermagem em avaliar e registrar a queixa álgica do paciente, muitas vezes decorrentes da escassez ou falta de conhecimento acerca da relevância do tema.

Em discussões com a equipe de enfermagem, orientadora e com a equipe do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos (SDCP) do GHC, verificamos não só o meu interesse em realizar minha dissertação na área, mas também a possibilidade de contribuir com o serviço e melhorar a qualidade assistencial da equipe de enfermagem, principalmente nas unidades de internação cirúrgica. Depois de alguns encontros com a orientadora e a equipe do SDCP (aproximadamente cinco encontros presenciais) optou-se por trabalhar com a EPS dos trabalhadores de enfermagem alocados na unidade de cirurgia vascular, do HNSC, devido à demanda específica desse setor e à frequente queixa álgica apresentada pelos pacientes.

De acordo com a equipe do SDCP o registro da dor como 5º sinal vital, bem como seu manejo apresentam-se como uma necessidade iminente que precisa ser abordada e melhorada, principalmente, em relação ao conhecimento e protagonismo dos profissionais e relevância atribuída à dor.

Dessa forma, a atividade proposta por este trabalho teve como objetivo construir e promover uma ação de EPS a partir da reflexão sobre aspectos relacionados ao registro e avaliação de dor e ao conhecimento dos profissionais que participaram da atividade proposta, na perspectiva de contribuir com mudanças no contexto do trabalho.

6.2 2º Passo – elaborando um plano de ação: Criação do curso no *Moodle*

Optou-se por realizar a atividade de educação proposta por meio do ensino a distância, tendo em vista os pressupostos da EPS. Foi construído no *Moodle* um curso de 30 horas sobre avaliação e registro da dor, dividido em seis módulos sequenciais e complementares, denominado “*Avaliação e registro da dor pela enfermagem*”. Cada módulo do curso foi organizado a partir de uma matriz de *design* instrucional com a temática, objetivos propostos, ferramentas e conteúdos. O Quadro 2 apresenta a matriz de *design* instrucional do curso sobre avaliação e registro da dor para profissionais de enfermagem.

Quadro 2 – Matriz de *design* instrucional

Módulo	Temática	Objetivos	Ferramentas e Conteúdos
I	Encontro inicial Programa do curso	a) Identificar o perfil do profissional participante; b) Identificar o conhecimento do profissional sobre o tema e a relevância atribuída ao mesmo; c) Apresentar o programa do curso; d) Fornecer orientações claras de navegação na plataforma.	a) Encontro presencial b) Roda de conversa: Apresentação sobre os tópicos que serão abordados durante o curso e acesso à plataforma; c) <i>Folder</i> explicativo sobre o acesso à plataforma.
II	Principais conceitos Epidemiologia da dor Fisiologia da dor	a) Apresentar os principais conceitos e terminologias utilizados para avaliação da dor; b) Apresentar dados sobre incidência e prevalência da dor; c) Apresentar a fisiologia da dor.	a) Apresentação contendo os principais conceitos de dor e sua epidemiologia; b) Vídeo sobre a fisiologia da dor; c) Material para leitura complementar.
III	Dor como 5º Sinal Vital Registro da dor e relevância para a enfermagem	a) Sensibilizar os profissionais sobre a relevância da dor e seu registro; b) Destacar o papel da enfermagem na assistência ao paciente com dor.	a) Apresentação sobre a relevância da avaliação e registro da dor pela equipe de enfermagem; b) Fórum de discussão.
IV	Escalas de avaliação da dor	a) Apresentar as diferentes escalas de avaliação da dor e como utilizá-las;	a) Apresentação sobre as diferentes escalas de avaliação da dor; b) Figuras ilustrativas de escalas de avaliação da dor;

V	Dor no pré e pós-operatório Manejo da dor	a) Apresentar os principais aspectos relacionados ao manejo da dor em situações de pré e pós-operatório; b) Apresentar as principais medicações utilizadas para o manejo da dor;	c) Exercício de fixação. a) Apresentação sobre o manejo da dor em situações de pré e pós-operatório; b) Material para leitura complementar; c) Estudos de caso.
	VI	Encontro final Finalização do curso	a) Verificar o conhecimento adquirido pelo profissional após a realização do curso; b) Observar críticas e sugestões dos participantes sobre o curso; b) Agradecer aos participantes e orientar quanto à emissão dos certificados.

Fonte: Produzido pela autora.

Os conteúdos educacionais construídos foram fundamentados em três classificações de Zabala:⁷⁸ conceituais, procedimentais e atitudinais. Nos **conteúdos educacionais conceituais** encontram-se os conceitos e definições utilizados para a construção textual e elucidação das ideias. Nos **conteúdos educacionais procedimentais** foram pensados os exercícios para o estímulo à reflexão sobre a prática e a associação ao conhecimento prévio e apreendido no desenvolvimento do curso. E os **conteúdos atitudinais**, estes representados pelo fórum de discussão e rodas de conversa, que possibilitam a interação do educador com os participantes e a avaliação do conhecimentos prévio e construído e atitudes que demonstrem indícios de mudança nestas atividades propostas.

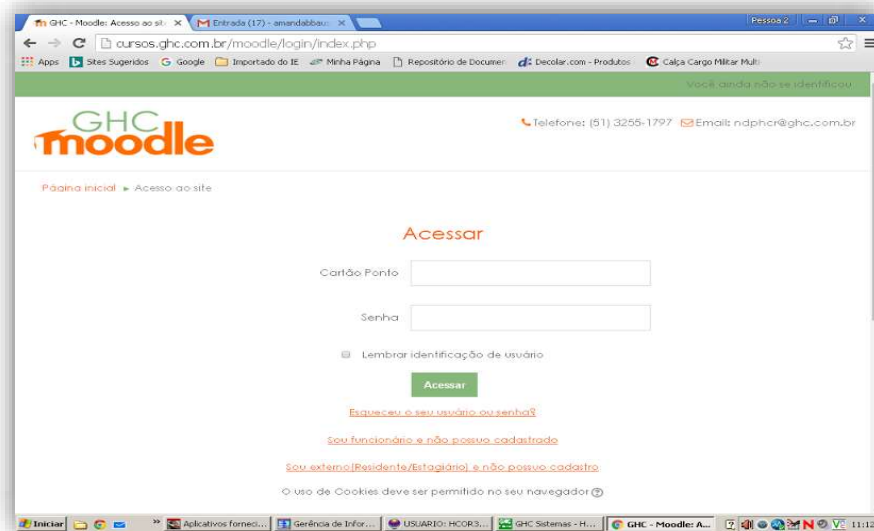
Para o desenvolvimento do curso foram utilizados os computadores da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), do GHC e o *notebook* da pesquisadora. Todos os módulos foram desenvolvidos pela pesquisadora. Foram utilizados os *softwares PowerPoint®* e *Word®* do pacote *Microsoft Office®* para edição dos textos e criação de apresentações. Ainda, para a criação de conteúdo foi utilizado o *software* gratuito *eXe-Learning®*. As imagens e

ilustrações utilizadas no curso foram obtidas em banco de imagens gratuitas e livres na Internet, além do arquivo próprio da pesquisadora.

A autora do projeto iniciou a construção do curso em dezembro de 2016, com sua conclusão em março de 2017. Após sua finalização, com auxílio da equipe de informática da instituição, o curso foi disponibilizado na plataforma *Moodle*. Como o curso faz parte de um projeto de pesquisa, ele não está disponível para todos os profissionais do GHC. O acesso foi realizado mediante autorização individual realizada pela autora.

As figuras a seguir apresentam o curso construído da maneira como está disposto na plataforma *Moodle* do GHC. A Figura 7 apresenta a tela inicial de acesso ao *Moodle* do GHC, onde os participantes da pesquisa deveriam realizar seu cadastro e acesso inicial. O *Moodle* GHC pode ser acessado de qualquer computador da instituição, não sendo possível seu acesso de casa ou outros locais, por decisão institucional.

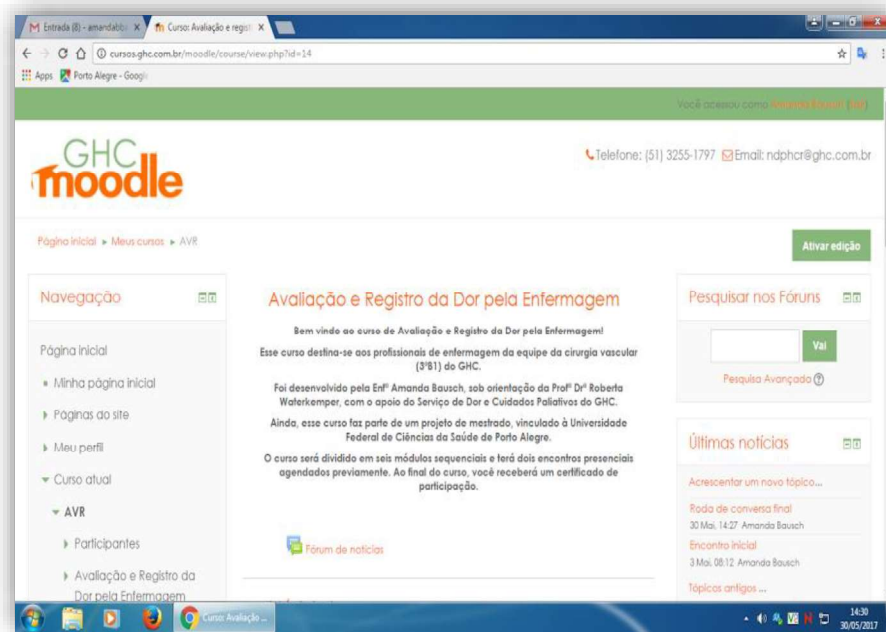
Figura 7: Tela inicial de acesso ao *Moodle* do GHC



Fonte: *Moodle* GHC

A Figura 8 apresenta a tela inicial de acesso ao curso “Avaliação e registro da dor pela enfermagem”. Nesta primeira tela preocupou-se em dispor algumas informações relevantes sobre o curso, bem como um fórum de notícias, como meio de comunicação, para divulgar as datas dos encontros presenciais.

Figura 8: Tela inicial ao acessar o curso “Avaliação e registro da dor pela enfermagem”



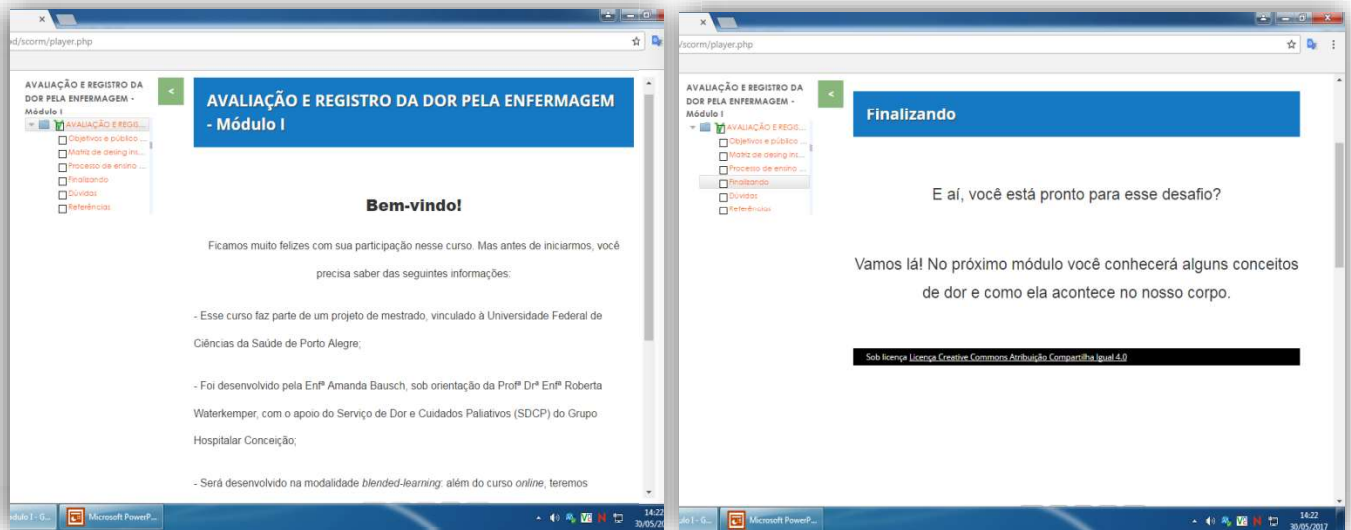
Fonte: Moodle GHC

Em todos os módulos, as telas iniciais foram construídas com o objetivo de estimular a reflexão e realizar uma breve sensibilização e introdução sobre o conteúdo a ser trabalhado no módulo. Da mesma maneira, as telas finais tiveram como objetivo resgatar o que foi apresentado e realizar associação breve sobre o conteúdo do módulo seguinte. Esta estratégia foi aplicada como uma forma de incentivar o profissional a continuar o estudo e a relacionar seus conhecimentos, percepções e vivências pré-existentes, objetivo da aprendizagem significativa e necessária para a realização da educação permanente em saúde.

Módulo I – iniciando a conversa sobre registro e avaliação da dor

Este módulo foi desenvolvido em sete telas. A Figura 9 apresenta a tela inicial e a final do Módulo I.

Figura 9: Telas inicial e final do primeiro módulo do curso



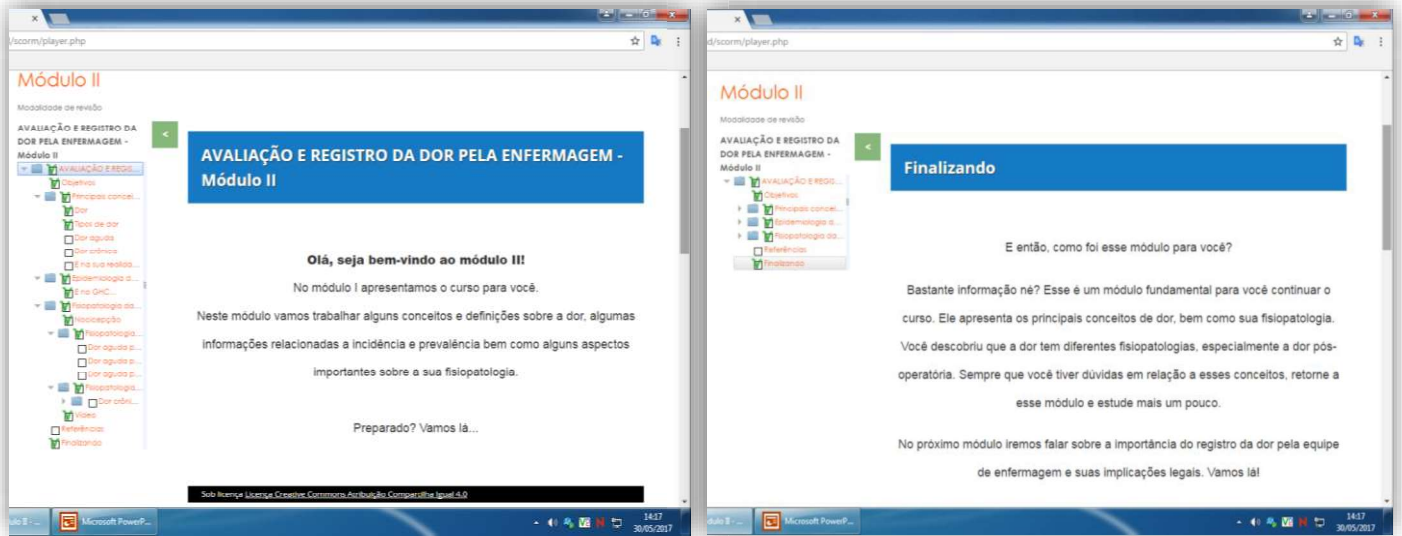
Fonte: *Moodle* GHC

Neste primeiro módulo foi incluída a realização da **roda de conversa inicial**. A roda de conversa foi utilizada como uma estratégia de ensino e pesquisa, característica própria do método de investigação deste trabalho, a pesquisa-ação. Nesta roda buscou-se explicar os objetivos da proposta e apresentar o *design* instrucional do curso ao participante.

Módulo II – alguns conceitos de dor e a sua fisiopatologia

Neste módulo foram apresentados alguns conceitos de dor e a sua fisiopatologia. A Figura 10 apresenta a tela inicial e a final do Módulo II.

Figura 10: Telas inicial e final do segundo módulo do curso



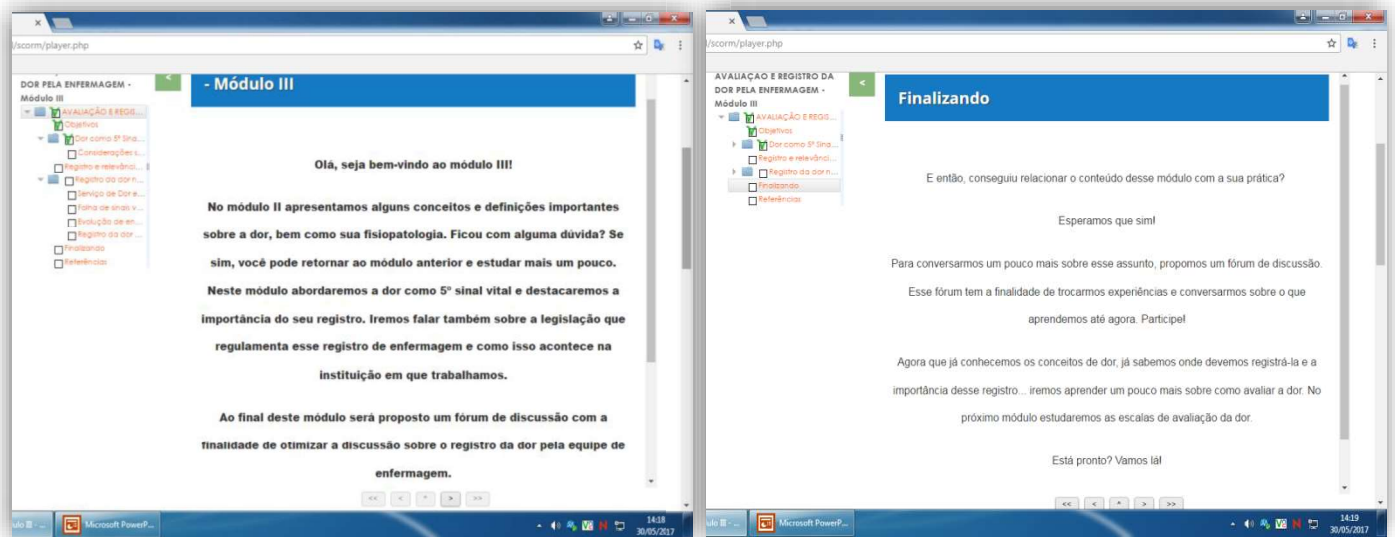
Fonte: Moodle GHC

Por ser um conteúdo extenso e saber-se que esta proposta não esgotaria o tema, pensou-se em abordar aspectos que seriam mais bem aproveitados pelos participantes e que pudessem despertar a reflexão sobre a prática na medida em que realizassem o curso. Desta forma, este módulo foi construído em 23 telas. Ao final, como estratégia de resumo e elucidação sobre a fisiologia da dor, foi disposto um **vídeo explicativo**, disponível gratuitamente no *YouTube*.

Módulo III – discutindo a “Dor como 5º sinal vital” e a relevância do seu registro

Neste módulo foi abordado o tema “Dor como 5º sinal vital”, bem como a relevância do seu registro. Este módulo foi desenvolvido em 12 telas. Além disso, foram apresentadas as legislações sobre o registro de enfermagem e como isso acontece no GHC. A Figura 11 apresenta a tela inicial e a final do Módulo III.

Figura 11: Telas inicial e final do terceiro módulo do curso



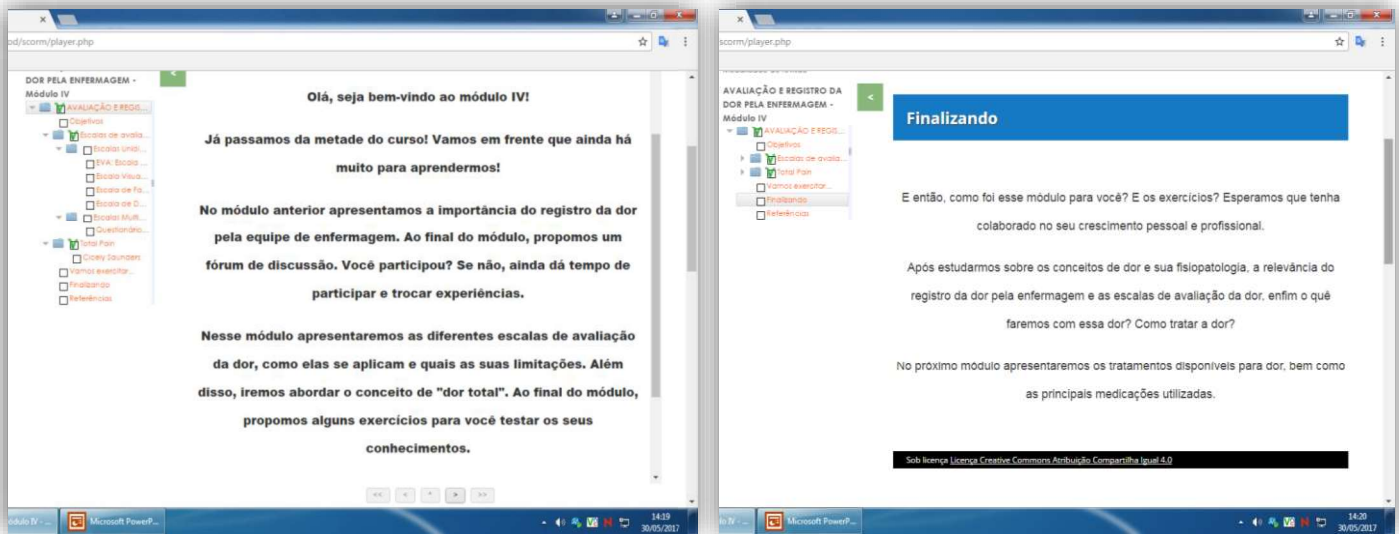
Fonte: Moodle GHC

Ao final deste módulo, foi colocado um **fórum de discussão**, para o profissional relatar sua experiência e prática em relação ao registro da dor, bem como dúvidas ou reflexões que pudessem ser despertadas pela leitura dos módulos, tentando-se estimular a reflexão sobre o contexto de trabalho e atitudes individuais e coletivas frente à dor dos pacientes e seu manejo.

Módulo IV – Refletindo sobre “Como avaliar a dor”

A Figura 12 apresenta a tela inicial e a final do Módulo IV. Neste módulo apresentaram-se as diferentes escalas de avaliação da dor e suas características. Além disso, foi abordado o conceito de "dor total". Este módulo foi desenvolvido em 15 telas.

Figura 12: Telas inicial e final do quarto módulo do curso



Fonte: Moodle GHC

Ao final deste módulo, foram propostos alguns **exercícios** referentes ao conteúdo até o momento desenvolvido, oportunizando ao profissional a reflexão sobre o seu aprendizado.

Exercícios propostos no módulo IV

Complete os espaços:

De acordo com o que aprendemos neste módulo, propomos um exercício de fixação:

Leia os parágrafos seguintes e preencha as palavras em falta.

1 Devido à subjetividade da percepção dolorosa de cada indivíduo, não há teste laboratorial ou procedimento diagnóstico que permita a um observador externo identificar e mensurar a dor de forma definitiva. Por isso utilizam-se , as quais permitem avaliar a queixa algíca do paciente de diferentes maneiras.

Resposta: Escalas de avaliação da dor

2 As escalas de avaliação da dor dividem-se em: e , de acordo com o número de características que avaliam.

Resposta: Unidimensionais e Multidimensionais

Em relação às escalas de avaliação da dor, marque a opção correta:

1 Com esta escala é possível graduar a dor em intervalo de 0 a 10, de acordo com o relato do paciente, onde 0 significa ausência de dor e 10, uma dor muito intensa:

- Escala Visual Analógica
- Escala de Faces
- Escala Visual Numérica

2 Exemplo de escala multidimensional que considera a dor como uma experiência composta por fatores fisiológicos, afetivos, emocionais e sensitivos:

- Escala de Descritores Verbais
- Questionário McGill
- Escala Visual Analógica

3 Escala comumente utilizada em pediatria devido à sua fácil aplicabilidade e interpretação. Com esta escala, solicita-se que o paciente aponte a face que mais se assemelha à intensidade de sua dor.

- Escala de Faces
- Escala Visual Numérica
- Escala Visual Analógica

Fonte: Desenvolvido pela autora.

No Moodle, ao se utilizar os recursos de atividades é possível fazer, por parte do educador, retornos aos participantes de seu desempenho. Este retorno (*feedback*) foi pensado como uma forma simples de empatia e de estimular a participação.

Dessa forma, o participante, ao fazer a escolha da opção errada, poderia visualizar a mensagem (*feedback*):

“Errado! Vamos voltar ao conteúdo do módulo e estudar um pouco mais.”

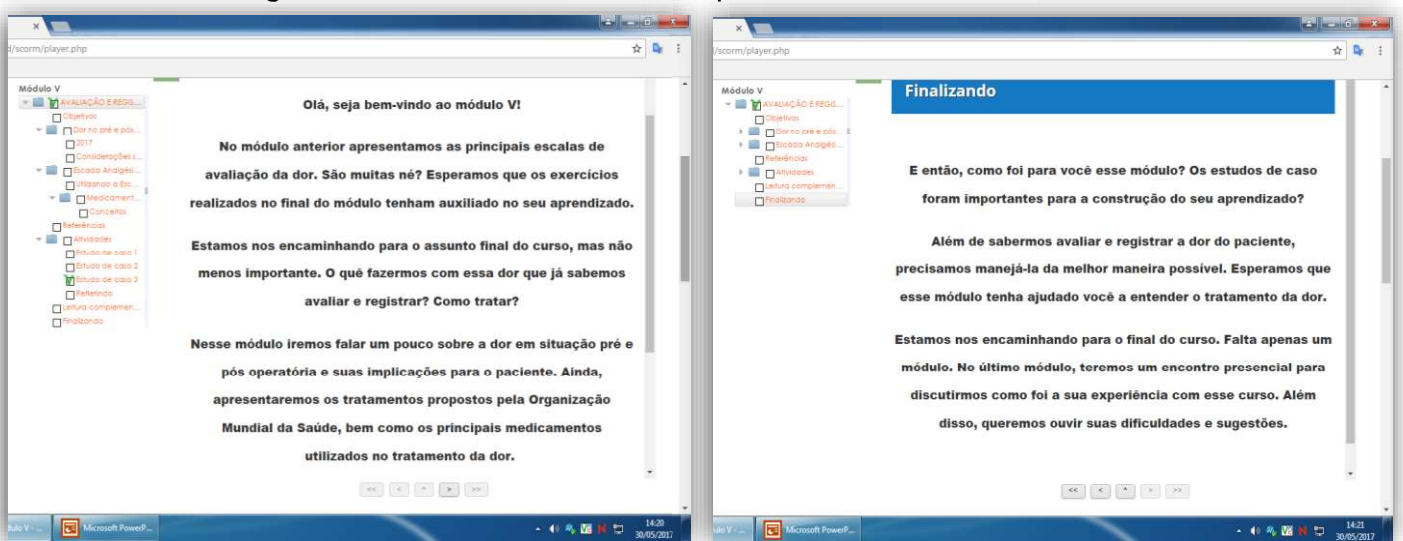
E, ao marcar a alternativa correta (*feedback*):

“Parabéns! Você acertou a resposta! Vamos continuar.”

Módulo V – especificando conceitos sobre a dor: a situação pré e pós-operatória e suas implicações para o paciente

Neste módulo foram abordados conceitos sobre a dor em situação pré e pós-operatória e suas implicações para o paciente. Ainda, foram apresentados os tratamentos propostos pela Organização Mundial da Saúde, bem como os principais medicamentos utilizados no tratamento da dor. Este módulo foi desenvolvido em 17 telas. A Figura 13 apresenta a tela inicial e a final do Módulo V.

Figura 13: Telas inicial e final do quinto módulo do curso



Fonte: Moodle GHC

Ao final deste módulo, por já possibilitar maior compreensão dos participantes sobre o tema desenvolvido, como forma de estimular o pensamento crítico e reflexivo sobre a prática foram propostos três **estudos de caso**. Estes construídos a partir de situações clínicas vivenciadas na prática:

Estudo de caso 1:

M. G. R., 62 anos, sexo feminino. A paciente está internada há 3 dias com lesão importante em membro inferior direito. Relata que apresenta a lesão há 5 meses, sem melhora. Deambula apenas com auxílio de bengala. História prévia: HAS, DM insulino-dependente. Após avaliação por meio de arteriografia, a equipe médica indica tratamento ablativo (amputação) do membro. Familiar toca a campainha e relata que a paciente está com dor. A paciente refere que neste momento está com dor intensa na região da lesão, dor 9 (Escala Visual Numérica).

Você explica à paciente que irá ao posto de enfermagem preparar sua medicação para dor e retornará em breve. Ao chegar no posto de enfermagem e verificar sua prescrição médica, você encontra:

- Dipirona 1 g EV 6/6 horas FIXO
- Codeína 30 mg VO 4/4 horas SN
- Morfina 4 mg EV 4/4 horas SN

Verifica que há mais de 6 horas a paciente não recebeu nenhum tipo de analgesia.

O quê você faz, como profissional responsável pelo paciente?

Resposta: Conforme verificado, a dor referida como 9 é classificada como intensa. Na escada analgésica a dor intensa deve ser tratada com uso de opioide forte. Neste caso, poderia ser administrada a morfina conforme prescrição médica. Além disso, deve-se iniciar a administração de dipirona, a qual já estava prescrita com horário fixo, e reavaliar a dor após 30 minutos. É importante lembrar que a paciente tinha medicação fixa (dipirona) que não estava sendo administrada conforme prescrição médica. Para o controle efetivo da dor, mesmo que no momento da administração o paciente refira ausência de dor, deve ser administrada a medicação fixa. Desta forma, a dipirona já deveria ter sido administrada, mesmo em caso de inexistência de dor.

Estudo de caso 2:

R. R. N., 56 anos, sexo masculino. Paciente em 1º dia de pós-operatório de cirurgia de *by-pass* fêmuro-poplíteo em MIE. Apresenta ferida operatória em toda extensão do MIE, associada a edema e discreta hiperemia do pé. História prévia: Ex-

etilista, tabagista pesado, HAS, DM e obesidade. No momento da verificação dos sinais vitais, paciente relata que está com dor no MIE e região lombar, classificada como 5 (Escala Visual Numérica).

Você explica ao paciente que irá ao posto de enfermagem preparar sua medicação para dor e retornará em breve. Ao chegar no posto de enfermagem e verificar sua prescrição médica, você encontra:

- Dipirona 1 g EV 6/6 horas FIXO - Administrada há 1 hora.
- Codeína 30 mg VO 4/4 horas SN
- Morfina 4 mg EV 4/4 horas SN

O quê você faz, como profissional responsável pelo paciente?

Resposta: Conforme a queixa do paciente, dor 5 (moderada), o paciente está no degrau 2 da escada analgésica, o qual sugere uso de opioides fracos associados a analgésicos e AINES.

Neste caso, o paciente já havia recebido analgésico e permanece com dor, podem ser utilizados então opioides fracos. Conforme prescrição médica: está indicado o uso de codeína 30 mg VO. A dor deve ser reavaliada em 30 minutos.

Estudo de caso 3:

A. G. S., 73 anos, sexo masculino. Paciente internado há 7 dias, em uso de oxigenioterapia. Está em tratamento para pneumonia e aguarda tratamento ablativo (amputação) de MIE. Restrito ao leito, necessita de auxílio para alimentação. Eliminações em fralda. História prévia: Ex-tabagista, ex-etilista, cardiopata isquêmico (CRM há 5 anos), AVC prévio (4 meses) com hemiplegia E. Apresenta amputação prévia de MID. Alérgico à dipirona. Às 15 horas o paciente chama na campainha. Ao chegar no quarto você se depara com o paciente gemente e "massageando sua perna", refere que está com dor 10 (Escala Visual Numérica) no MIE.

Você explica ao paciente que irá ao posto de enfermagem preparar sua medicação para dor e retornará em breve. Ao chegar no posto de enfermagem e verificar sua prescrição médica, você encontra:

- Paracetamol 1 g VO 6/6 horas FIXO: Administrado às 12 horas
- Codeína 30 mg VO 4/4 horas SN: Administrado às 13 horas

- Morfina 4 mg EV 4/4 horas SN: Administrado às 14 horas

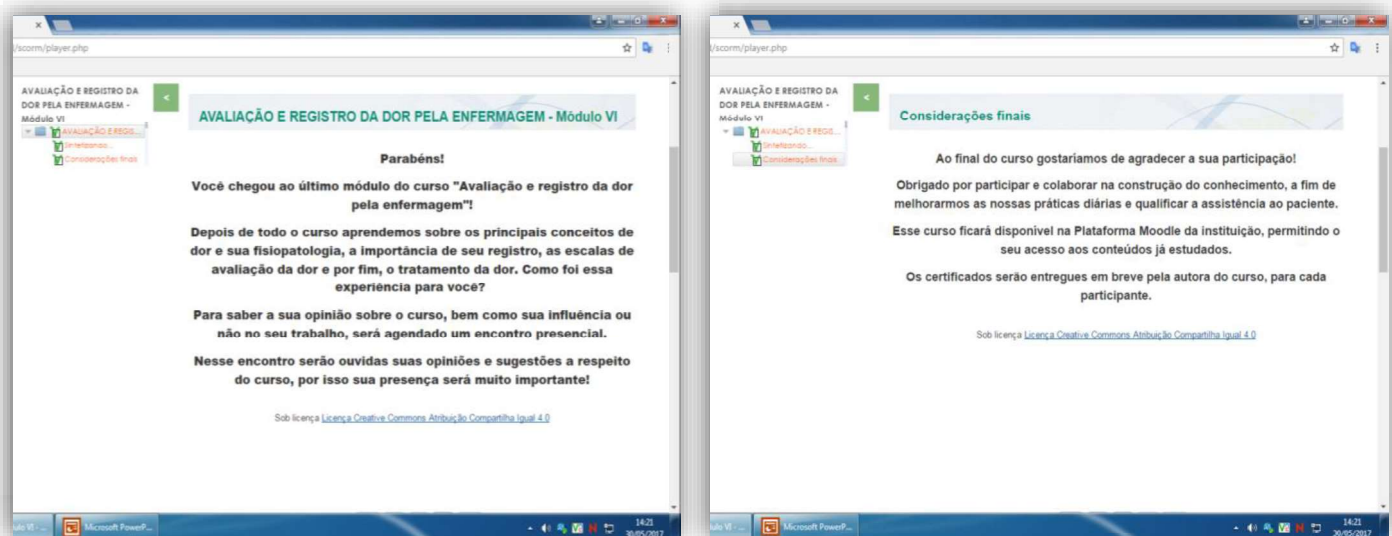
O quê você faz, como profissional responsável pelo paciente?

Resposta: A dor do paciente deveria ser reavaliada com maior frequência, conforme o tempo de ação das medicações. Pela escada analgésica, a dor 10 está classificada como intensa, no quarto degrau da escada. Diante da dor intensa referida pelo paciente, a indicação é de administrar um opioide forte, como a morfina. Deve-se manter o esquema analgésico de 4/4 horas, avaliar e registrar a dor. Se, mesmo com essa terapêutica, o paciente permanecer com dor, como é o caso, a equipe médica deverá reavaliar o esquema analgésico.

Módulo VI – finalizando a conversa

Este foi o último módulo da proposta de educação. Incluiu-se a realização da **roda de conversa final**. Foi desenvolvido em três telas. Sabendo-se da necessidade de retornar com o encontro presencial, no módulo anterior, os participantes já foram sinalizados sobre a realização do encontro presencial e o seu propósito. Assim, acreditou-se que esta estratégia poderia alertar os participantes e sensibilizar para a participação e a organização de seus horários. A Figura 14 apresenta a tela inicial e a final do Módulo VI.

Figura 14: Telas inicial e final do sexto módulo do curso



Fonte: Moodle GHC

Avaliação dos conteúdos educacionais

Ao se concluir a construção do curso, o mesmo foi disponibilizado no *Moodle* para quatro profissionais da instituição realizarem a avaliação. Considerando-se o seu conhecimento no tema proposto, uso das tecnologias educacionais e de ensino na instituição do estudo e que participaram das discussões iniciais do desenvolvimento da proposta. Estes foram escolhidos de forma intencional. O convite à participação na pesquisa foi realizado por meio eletrônico – *e-mail* (APÊNDICE C), por aplicativo de mensagem de celular e pessoalmente. Solicitou-se aos avaliadores um parecer descritivo que contemplasse os seguintes aspectos: “Como foi sua experiência ao realizar o curso; Relevância do assunto; Suas facilidades e dificuldades, tanto em acesso à plataforma como em relação à execução do curso; Sugestões de melhorias”. No contato inicial com o SDCP em agosto de 2016, todos os profissionais demonstraram possibilidade de participação e interesse. Entretanto, no decorrer do desenvolvimento do trabalho e no retorno aos convites, em março de 2017, alguns participantes encontravam-se em situações pessoais e profissionais que dificultaram a participação. Diante disto, foi solicitada a indicação de outros profissionais do SDCP que pudessem contribuir com a pesquisa e avaliação do curso, considerando-se que o SDCP do GHC é a referência na instituição para orientar as ações de cuidado relacionadas ao gerenciamento da dor. Depois de um mês sem retorno da solicitação e considerando os prazos para o desenvolvimento do estudo, decidiu-se dar continuidade apenas com um avaliador.

Os profissionais convidados constituíram-se de: uma enfermeira de unidade cirúrgica, dois profissionais do SDCP da instituição e um profissional atuante na Gerência de Ensino e Pesquisa / Escola-GHC. Estipulou-se inicialmente o prazo de 7 dias úteis para os avaliadores enviarem seu parecer à autora. Prazo este que foi prorrogado posteriormente para 15 dias e 30 dias, conforme necessidade dos profissionais. Após inúmeras tentativas, apenas uma avaliadora encaminhou o seu parecer descritivo sobre o curso. A mesma, ao aceitar participar do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Seu parecer pontuou sobre a relevância do estudo, bem como apontou algumas dificuldades no acesso ao curso na plataforma, as quais foram corrigidas antes de disponibilizar aos profissionais de enfermagem.

Após esse processo, os profissionais de enfermagem da unidade de cirurgia vascular foram convidados a participar do estudo. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2017.

6.3 3º Passo – desenvolvendo o plano: O Processo pedagógico da ação

O convite para participar da pesquisa foi feito pela autora a todos os profissionais de enfermagem que se encaixavam nos critérios de inclusão. Foram colocados cartazes na unidade, encaminhadas mensagens telefônicas, bem como a feita a divulgação presencial por parte da autora. Todos os turnos foram convidados a participar, totalizando 43 profissionais de enfermagem.

Para este momento de apresentação da proposta e aproximar os participantes da mesma, analisar conhecimentos prévios e desenvolvidos ao longo da atividade de educação permanente para tornar o processo de aprendizagem significativo, utilizou-se como estratégia a roda de conversa associada ao fórum de discussão. Isto foi realizado em dois momentos: no início do primeiro módulo e ao final do último módulo. Foram planejados e divulgados seis encontros, porém só ocorreram quatro. Os encontros foram organizados pela pesquisadora e realizados na instituição e horário de trabalho dos profissionais envolvidos. Ocorreram durante o turno de trabalho dos profissionais, com no mínimo dois horários por turno, em uma sala externa à unidade de internação, para que os profissionais não fossem interrompidos por demandas assistenciais nos momentos de roda de conversa.

Na primeira roda de conversa a autora organizou a sala de maneira circular, ou seja, sofás e cadeiras disponíveis foram arranjados em roda, de maneira a facilitar a discussão e que todos os participantes pudessem visualmente se manter em contato. Os participantes tiveram livre escolha sobre o local onde se sentar. No horário combinado a pesquisadora estava esperando pelos participantes na sala. Foi tolerado um atraso de 10 minutos em cada encontro. Participaram 14 profissionais de enfermagem, divididos em quatro encontros, entre o turno da manhã e da tarde. A participação nos encontros variou entre sete a dois participantes, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. No turno da noite não houve participação de nenhum profissional.

Ao iniciar cada encontro, a pesquisadora fez uma breve sensibilização utilizando uma apresentação no *software PowerPoint®*, com duração máxima de 10

minutos, onde mostrou algumas figuras que representavam pacientes e/ou pessoas com dor, a fim de sensibilizar os participantes sobre o tema. Ainda, explicou aos participantes sobre o curso e sua forma de acesso, bem como a disponibilidade de certificados e horas de formação institucional. A participação foi de forma voluntária e o profissional interessado assinou o TCLE (APÊNDICE B), em duas vias, e uma via ficou com o participante.

Após isso, foi realizado um diálogo com os profissionais, de forma coletiva, utilizando-se a técnica de roda de conversa. Cada roda de conversa durou em média 40 minutos. Durante a roda de conversa a pesquisadora utilizou um roteiro (APÊNDICE D) para guiar a discussão. Ao final da roda de conversa, a pesquisadora explicou como acessar a plataforma e forneceu aos participantes essa orientação por escrito (APÊNDICE E), bem como se colocou à disposição para dúvidas, esclarecimentos e auxílio no curso EaD. As rodas de conversa foram gravadas e transcritas pela autora. De forma posterior, os trabalhadores tiveram acesso à plataforma *Moodle*, iniciando a atividade proposta. De acordo com o *design* instrucional desenvolvido, a roda de conversa inicial foi realizada como parte do Módulo I do curso.

No Módulo III do curso foi disponibilizado um fórum de discussão, para que os participantes pudessem interagir e conversar sobre a sua prática como forma de compartilhar percepções, interagir com a mestrandia e refletir sobre o contexto de trabalho. Isto foi inserido intencionalmente nesse módulo, pois tratava-se da relevância da avaliação e registro da dor pela equipe de enfermagem, bem como suas implicações legais.

As perguntas disparadoras do fórum foram:

“Sabemos que a prática é diferente da teoria. Por isso, gostaríamos que você compartilhasse as suas experiências, a fim de melhorarmos a nossa prática. Você tem alguma dificuldade para avaliar e registrar a dor? Qual dificuldade? O que você acha que poderia ser feito para melhorar isso?”

A partir dessa questão norteadora, os participantes da pesquisa foram estimulados a participar do fórum por meio de lembretes colocados de forma intencional no decorrer do curso. Ainda, a pesquisadora lembrou constantemente que os participantes poderiam acessar a qualquer momento o fórum de discussão, não apenas no Módulo III. Ao final, cinco profissionais participaram do fórum de discussão, expondo suas vivências e interagindo com os demais colegas.

No Módulo IV os participantes tiveram a oportunidade de refletir sobre os temas desenvolvidos nos módulos anteriores, ao realizarem exercícios de aprendizagem de múltipla escolha e de completar lacunas. Já, no Módulo V, a autora propôs três estudos de caso com a finalidade de aproximarem o conteúdo estudado com a sua prática diária.

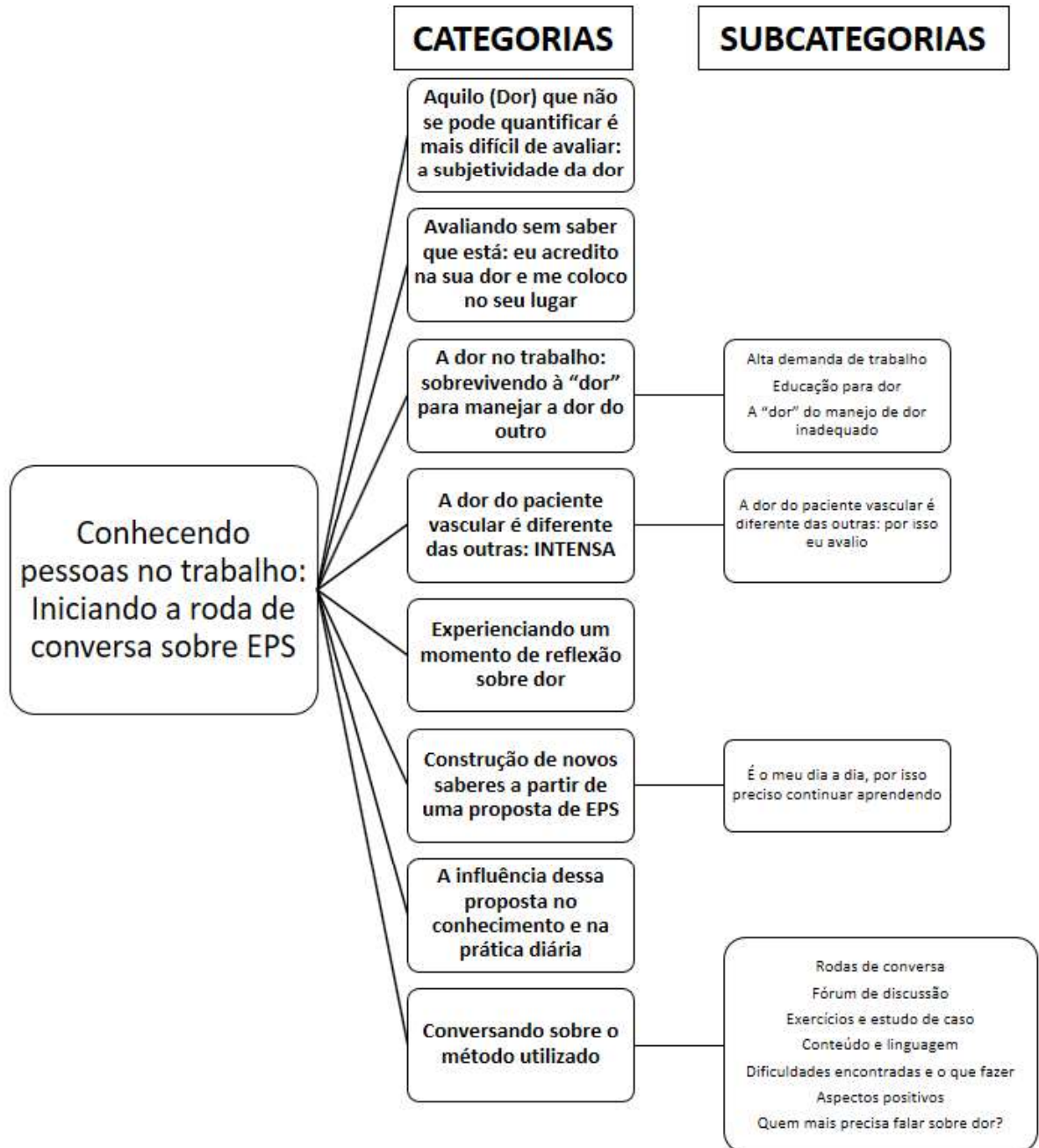
No último módulo, foi realizada a segunda roda de conversa, o encontro final. Da mesma maneira, os encontros foram agendados previamente com os participantes da pesquisa. Realizaram-se quatro encontros para abranger todos os profissionais, de acordo com sua disponibilidade para se deslocarem da unidade de internação. Todos os encontros aconteceram no mesmo local, em uma sala externa à unidade, a fim de não haver interrupções devido às demandas assistenciais.

A realização de uma nova roda de conversa com os trabalhadores permitiu aos participantes retomar o assunto trabalhado, realizar comparações entre os métodos de ensino tradicional e a metodologia utilizada, bem como analisar a forma como a proposta de educação contribuiu para o seu conhecimento e prática na avaliação da dor. Além disso, foram solicitadas suas sugestões a fim de adequar a ação para atividades futuras com os demais profissionais. Para realização desse encontro também foi utilizado um roteiro (APÊNDICE F). Os encontros para as rodas de conversa tiveram a duração média de 50 minutos. Foi fornecido certificado da atividade apenas aos participantes que completaram todos os módulos, finalizando com o último encontro.

6.4 4º Passo – refletindo sobre o planejado: A construção de Categorias Temáticas

Neste tópico são apresentadas as categorias temáticas resultantes do processo de análise e que configuram os resultados alcançados. A ação, por ter apresentado limitações políticas, pessoais e de estrutura ao longo de seu desenvolvimento e previstas no uso da pesquisa-ação, continuou apenas com o envolvimento da mestrandia e dos profissionais de enfermagem. Se houvesse a continuação dos diálogos iniciais com os profissionais representativos dos serviços e setores, seria mais bem caracterizada esta metodologia de pesquisa, e conseqüentemente, com maior potencial transformador. A partir dos dados emergiram oito categorias temáticas, conforme demonstrado na Figura 15.

Figura 15: Representação gráfica das categorias após análise das rodas de conversa e fórum de discussão



Fonte: Produzido pela autora.

As categorias foram divididas seguindo a sequência do curso. As três primeiras categorias representam as rodas de conversa iniciais e as outras quatro categorias representam as rodas de conversa finais, bem como as discussões no fórum disponível na plataforma *Moodle*.

6.5 Conhecendo pessoas no trabalho: iniciando a roda de conversa sobre avaliação e registro da dor

Para falar de Educação Permanente em Saúde é necessário conhecer o contexto do trabalho. Contexto este formado por pessoas, trabalhadores que de acordo com sua proposta “aprendem no trabalho”. As pessoas foram profissionais de enfermagem da unidade de cirurgia vascular. Constituíram uma amostra de oito sujeitos. Houve a participação de ambos os sexos, sendo o feminino o mais representativo. Apenas um participante era do sexo masculino. A faixa etária foi acima dos 30 anos de idade, com média de 35,6 anos, e a idade máxima de 44 anos.

Em relação à atuação profissional, apenas uma enfermeira participou da pesquisa, os demais eram técnicos ou auxiliares de enfermagem. O tempo de atuação na enfermagem em média foi de 12 anos, variando de 8 anos até 25 anos de experiência. Em média, o tempo de atuação na unidade de cirurgia vascular foi de 4 anos, variando de 4 meses até 7 anos.

6.6 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Após análise temática das transcrições das rodas de conversa e do conteúdo postado nos fóruns de discussão na plataforma *Moodle*, surgiram as seguintes categorias temáticas: ***Aquilo (Dor) que não se pode quantificar é mais difícil de avaliar: a subjetividade da dor; Avaliando sem saber que está: eu acredito na sua dor e me coloco no seu lugar; A dor no trabalho: sobrevivendo à “dor” para manejar a dor do outro; A dor do paciente vascular é diferente das outras: INTENSA; Experienciando um momento de reflexão sobre dor; Construção de novos saberes a partir de uma proposta de EPS; A influência desta proposta no conhecimento e na prática diária; Conversando sobre o método utilizado.***

6.6.1 Aquilo (Dor) que não se pode quantificar é mais difícil de avaliar: a subjetividade da dor

Ao se analisar as unidades de registro sobre o conhecimento dos profissionais sobre dor foi possível identificar que a reconheceram como subjetiva, ou seja, não apresenta somente o aspecto físico, principalmente, quando percebem alteração nos sinais vitais, podendo apresentar um caráter emocional ou social associado. Demonstraram nos relatos se importar com a dor do paciente e, devido a esta subjetividade, apresentaram dificuldade em avaliá-la, principalmente, por não poderem quantificar ou seguir um “padrão”.

A dor só quem **sabe é quem está sentindo**. (P1)

Cada um manifesta de um jeito. O paciente tá com dor sempre, não tem um **parâmetro** daquilo dali porque como, é muito subjetivo [...]? [...] Poderia ter um equipamento eletrônico que a gente colocasse do lado do paciente que **desse um número bem objetivo**. (P2)

Pode ser que aquela dor dele **não seja só uma dor física**. (P6)

É que **a dor vai muito além**. A dor em geral, em um contexto geral. Eu imagino **aquela dor, do emocional** mesmo... aquela angústia, aquele aperto. (P7)

Às vezes até por uma **alteração de sinal vital** também. Eles ficam taquicárdicos [...] (P2)

Uma **pressão altíssima** [...] e até a **TA baixa** depois. (P1)

Mas a pessoa que está com dor, às vezes **é difícil tu distinguir, por exemplo, de 7 e 10**. Passou de 5, como é que tu vai saber? Fica complicado. (P3)

6.6.2 Avaliando sem saber que está: Eu acredito na sua dor e me coloco no seu lugar

Além de compreenderem ser a dor subjetiva, acreditavam e valorizavam a queixa algica do paciente. Esta valorização e credibilidade na dor referida associam-se a sentimentos de empatia, de se “colocar no lugar do outro”, ou a experiências pessoais de dor.

Eu sempre acredito que é dor mesmo. (P4)

[...] eu acho que o que prevalece é **o que o paciente refere mesmo**. Se ele está te dizendo que tá com dor, a gente tem que acreditar que ele está com dor. (P2)

É aquela coisa de **tu te colocar no lugar do paciente**. Se arrancarem meu dedo, eu não vou sentir dor? **Eu sempre vou acreditar que o paciente tá com dor**. (P8)

Em relação à dor, **eu acredito que doa de verdade**. Porque, como eu disse, essa **minha experiência particular**, eu vi que ela sentia muita dor. (P3)

Eu me classifico como muito sensível para dor. É por isso que **na hora de classificar a dor, eu me julgo**. [...] Mesmo quando eu quero duvidar [...] **eu não posso duvidar da dor** de outra pessoa. Não posso. (P5)

Acho que **quando a gente vivencia, ou com algum familiar em casa ou com a gente mesmo [...] a gente entende melhor o que é passar dor**. (P2)

Essa questão da dor, **se tu já passou por uma situação como essa**, ou próximo dessa, **tu vai avaliar diferente**. (P3)

Quando tu sentes, passa por algumas situações [...] tu começa a entender. **Olhar de outra forma** quando eles relatam algum tipo de dor. Quando tu vive aquilo, tu enxerga de outra forma. (P7)

Em função de **se colocar no lugar**, de conhecer a dor do outro... Eu me sinto apta justamente por ter essa coisa de já ter passado por experiências próprias, e mais pelo fato da gente ter que [...] tentar se colocar no lugar daquela pessoa. (P8)

6.6.3 A dor no trabalho: sobrevivendo à “dor” para manejar a dor do outro

Avaliar a dor de pacientes internados em uma unidade especializada de cirurgia vascular com alta demanda de trabalho, manejo de dor inadequado, com mudanças de políticas institucionais e **falta de “educação para a dor”** demonstra ser “doloroso”. Todos os participantes referiram que não foram orientados em nenhum momento para lidar com a dor do paciente, dentro da instituição em estudo. Além disso, percebeu-se que, mesmo a instituição considerando a dor como 5º sinal vital e disponibilizando espaço na folha de sinais vitais, não houve sensibilização dos profissionais para isso, **incluindo-se o seu registro**. Mas, para estas pessoas na organização, mesmo “com dor”, tentavam fazer o que era possível.

6.6.3.1 Alta demanda de trabalho

O **quantitativo diminuído de recursos humanos** e a **alta demanda** da unidade faz com que os profissionais se sintam **cansados** e angustiados em seu dia a dia. A ausência de laudos e documentos físicos que informem as patologias e condutas para os pacientes representa um descaso para com a equipe de

enfermagem, que, muitas vezes, devido à demanda da unidade, não tem tempo de acessar o sistema médico e verificar esse tipo de informação.

A gente não vê laudos, a gente não vê nenhum indicativo de nada. Simplesmente parece que nem existe. Só no sistema, só burocrático. Não funcional ali pra gente que tá atuando. (P4)

É a equipe que está sucateada com o que já tem, **em quantitativo menor**, e tu tem que tá toda hora ali [...] E a gente fica ali, só sendo braçal, cada vez mais, e ninguém olha pra isso. (P4)

E muitas vezes a gente também tá com dor, a gente tá **cansada**, a gente tá **esgotada**. (P1)

Não é sempre que tu vais te comover com a dor do outro. Porque normalmente **tu tens mil coisas pra ti pensar**, normalmente tu pode ter pacientes que realmente são muito solicitantes e tu pode estar também naquele momento teu, que **tu não tá legal**. Então tu vais lá, **tu vais fazer o teu automático**. (P7)

A gente se sente muito mal [...] é deprimente, triste! É uma **angústia** que anda só. (P4)

Eu **me assustei muito quando entrei na vascular**, totalmente novo para mim [...] **fiquei com medo mesmo no início**. (P8)

6.6.3.2 “Educação para a dor”

Embora a instituição em estudo tenha preconizado a dor como 5º sinal vital, ficou claro nas falas que **os profissionais não tiveram nenhum momento de reflexão e aprendizado sobre a avaliação e registro da dor**. Tal situação reflete na prática dos profissionais e faz com que eles sintam essa necessidade de aprender sobre o assunto.

Realmente, eu acho que ali **nunca foi abordado a questão da dor**. Pelo menos o tempo que eu tô ali. (P2)

A gente não tem suporte, ou orientação alguma e isso se manteve. (P1)

Na realidade **faz algum tempo que ela é o 5º sinal vital, mas a gente não recebeu nenhuma capacitação**. (P4)

Até a própria **capacitação da equipe** de saber que esse membro do paciente realmente tá complicado, que tu vais mexer daqui a alguns minutos para o banho, vais trocar o curativo. A gente **não precisa esperar o auge dessa dor**. (P4)

Conhecer o paciente faz toda diferença. (P6)

Eu me assustei muito no começo, não sabia avaliar bem a dor. Recorria aos colegas, recorria à enfermeira. Mas depois

que eu vim para cá **eu passei a conviver mais com a dor, comecei a entender mais**. Eu acho que eu cresci muito em relação a isso. (P8)

Mas eu não sei se tem outras saídas, de repente **cursos**. (P1)

Ser capacitada. E isso ser todo tempo conversado, redirecionado. (P4)

Mas como a nossa área é muito específica, tem muita coisa importante, **a gente deveria ter mais treinamentos**. Acho que falta essa atenção voltada à cirurgia vascular, tanto o pré e pós-operatório tem muita dor que o paciente vai começar a sentir e a gente já poderia saber. (P5)

6.6.3.3 A “dor” do manejo de dor inadequado

A principal dor no trabalho experienciada pelos trabalhadores é **a insegurança no cuidado**. Sentimento este gerado pela percepção de que **o paciente no hospital não deve sentir dor**, pois há recursos disponíveis para amenizar o seu sofrimento e que isso é responsabilidade dos profissionais, fazendo parte da humanização do cuidado. Ainda, a **falta do próprio conhecimento** sobre as medicações, pela **prescrição médica não ser clara** em relação à analgesia proposta para o paciente, pela sensação de **falta de trabalho interdisciplinar** e, principalmente, por assumirem responsabilidades que não são exclusivas suas ou de sua competência. Tal situação caracteriza o manejo inadequado de dor dos pacientes internados na unidade vascular da instituição em estudo.

Eu ficava bem angustiada em atender **um paciente que chama de 15 em 15 minutos pra dor e tu já fez tudo que é medicação** e tu não consegue dar um conforto. (P1)

Na **dúvida** sempre. Até mesmo porque **a prescrição não te deixa com segurança**, porque **ela coloca todas as medicações no mesmo horário**. (P4)

Sabe que eu tenho **dúvidas**. **Até para medicar** a gente fica na dúvida. (P6)

Então a **dúvida** que eu tenho é assim [...]: **a gente realmente começa com o que a gente pensa que é o padrão?** Mais fraco para tentar deixar aquele último que é o mais forte que tem, digamos, que é o que eu entendo pela prescrição. Que o mais forte que tem para dar é a morfina, por último, ou já começa dando ela? (P1)

[...] acho que é **pouco manejado** com os pacientes. (P2)

[...] **a gente deixa de avaliar como deveria ser avaliada** [...] não somente a enfermagem, mas os próprios médicos. E acaba que **não tratamos da forma que deveria ser**. (P3)

Não tá andando junto, enfermagem e médicos. (P5)

Eu acho que no setor onde a gente está **essa dor ela é bem banalizada**, do meu ponto de vista. **Não tem uma avaliação, as prescrições não são adequadas para tratar essa dor...** Hoje **é tudo muito rápido, muita pressa, não tem cuidado**, não tem um olhar para o paciente. **A gente acaba fazendo esse meio de campo. A questão psicológica, a gente é que tem que tá indo atrás, implorar [...] a gente ganhou uma psicóloga**, mas na verdade esse papel quem faz é a enfermagem, diariamente. (P4)

Se tu estás no hospital, e estás deixando o paciente com dor [...] **isso é desumano**. Então, se tu tens todo um recurso para amenizar o sofrimento dele, faz. A gente pode estar cansada de ir e voltar, mas a gente sabe que ele está em uma situação mais delicada que a nossa. (P7)

Eu acho que a enfermagem está sempre muito comprometida, mas teria que **ter um trabalho em conjunto quanto à questão da dor**. Acho que falta essa visão, principalmente na folha de sinais, já que é o quinto sinal vital. O registro é importante, mas **está faltando a equipe médica olhar aquele registro e confiar nele**. Acho que falta visão deles, eles não olham os registros de enfermagem. (P5)

Abrir espaço para falar sobre isso. **Eu acho que falta a gente conversar em equipe sobre o paciente**. A gente até tem o *round*, onde se discute outras coisas, mas **a dor do paciente nunca se discute**. (P2)

Eu acho que poderia partir já da prescrição médica. Organizar direito aquele esquema de medicação. (P6)

A questão das medicações estarem mais claras. (P4)

Outra **dor no trabalho** percebida pelos profissionais foi a **falta de suporte psicológico** tanto para o profissional, quanto para o paciente e seus familiares. Os relatos revelam a percepção de que para cuidar é preciso ser cuidado. Desta forma, para manejar a dor do paciente, os profissionais acreditam que sua “dor no trabalho” também precisa ser manejada.

Essa é uma profissão que eu acho que **deveria ser acompanhada de perto por um psicólogo**. Porque tem coisas que às vezes acabam caindo na rotina, que tu acabas esquecendo. Deixa de ser o ser humano e fica mais profissional. Isso é ruim, tanto na área médica quanto na enfermagem. (P3)

E acho que **apoio para os funcionários também**. Porque eu acho que **não é fácil tu lidar com dor todo dia**, fazer tudo que tá ao teu alcance e tu tá vendo que a pessoa tá ali sofrendo. (P1)

Ter um maior acompanhamento com a psicóloga. Eu acho que às vezes, mais do que a medicação, **o acompanhamento psicológico é bem importante**. (P6)

Está faltando a psicologia e a psiquiatria em conjunto com a cirurgia vascular. **Tirar a tensão da família**, que ao mesmo tempo passa para eles também. Fazer uma oficina com eles, uma orientação mais didática. (P5)

6.6.4 A dor do paciente vascular é diferente das outras: INTENSA

Os profissionais **relataram a diferença da dor apresentada** pelo paciente da cirurgia vascular comparada às demais unidades de internação da instituição. Compreendiam a dor do paciente internado nesta unidade como **intensa e recorrente**, ou seja, vai e volta. Grande parte dos pacientes internados nessa unidade apresentam lesões tróficas, as quais são reconhecidas como causadoras de dor. Pelas condições fisiopatológicas e, conseqüentemente, pelo manejo de dor recebido, apresentam **reinternações frequentes**, fazendo com que os profissionais **criem vínculos** e aprendam a conhecer melhor as características de cada um e a sua dor.

E é uma **dor muito diferente**, a dor vascular. **Às vezes o paciente tá ali sorrindo**, tá ali de papo, e **daqui 2 segundos ele tem aquele choque**. (P4)

Eu acredito que **eles tenham medo da dor**, porque **eles conhecem a dor vascular**, sabem que ela vai vir, daqui a pouquinho, **muito forte**. (P5)

É um setor que **a gente nota muita dor e sofrimento de fato**. A gente tem a dor fantasma [...] **Eles sentem muita dor mesmo**. (P7)

Sendo que **a gente trabalha com pacientes com neuropatias bem importantes**, com aquelas lesões tróficas que a gente vê, que **a gente não consegue mensurar o quanto de dor**. (P2)

E **a gente conhece os pacientes**, porque **eles são pacientes que vão e voltam**. Ficam longo período aqui. (P6)

6.6.4.1 A dor do paciente vascular é diferente das outras: por isso eu avalio!

Independente do grau da avaliação da dor realizada pelos trabalhadores de enfermagem da unidade vascular, eles avaliam. A avaliação da dor do paciente na prática, na maioria das vezes, é realizada **no momento da verificação dos sinais vitais**. Além de considerarem **o relato verbal** do paciente, **avaliam a expressão**, pelo que “veem”, pois alguns pacientes com diminuição do nível de consciência não conseguem verbalizar e, por isso, apenas expressam.

Eu avalio a dor deles assim que eu verifico os sinais. (P6)

Pergunta na hora que tá verificando os sinais e já questiona tudo, já faz uma **visão geral** dele. (P7)

Eu acredito que tem duas formas de avaliar. **Primeiro pelo que o paciente diz. E, segundo, pelo que tu avalias.** (P3)

Eu avalio o que o paciente fala. Ou quando o paciente não fala, tá ali quieto encolhidinho, alisando a perna, tu pergunta. **E pelo que tu estás vendo.** O que ele te relata e o que tu estás vendo. (P1)

Eu sempre questiono a escala numérica. Eu avalio o paciente, pergunto se está com dor. Sempre questiono: de 1 a 10, o que o senhor pontuaria? (P4)

Entretanto, percebeu-se que alguns profissionais somente **administravam analgesia se observassem a expressão de dor** ou o se paciente apresentava queixa verbal que condizia com a sua patologia. Quando o paciente não conseguia se autoavaliar, quantificando-a pela aplicação de escalas, embora classificasse sua dor como máxima, pensavam que sua expressão nem sempre era compatível. Relataram ter **dificuldade na avaliação** somente pela expressão e, muitas vezes acabavam duvidando.

Eles usam tanta medicação que eu não ofereço, eu não pergunto a dor. Se eu vejo que ele está com uma **expressão mais cansativa** e tu vês que está querendo começar, daí **a gente oferece**. E tu nota que muitos, quando tu pergunta, para eles tu está oferecendo. Eles **adoram que tu perguntes**, para eles é **uma oportunidade a mais de ser medicado para dor.** (P5)

Uma pessoa muito idosa, que ela fica só gemente, inquieta, [...] o que tu avalias? Como tu vais saber se a pessoa não está te dizendo? Tu pergunta e ela não te responde. Ela está ali gemente e inquieta. **Tem paciente ali que não está coerente, lúcido, e a gente tem que achar que é dor.** (P1)

Eles também não conseguem diferenciar muito. (P2)

Às vezes **os pacientes chamam porque tão com dor, muita dor.** Tu já medicou com tudo que tinha, **ai tu chega no quarto, o paciente está sorrindo.** Mas ele tá dizendo que ele tá com muita dor. (P6)

Faz a gente **questionar se realmente é dor.** (P2)

Tu **te confrontas** quando tu vês o **paciente sorrindo e falando algumas brincadeiras** e **ao mesmo tempo pontuando 10 de dor.** É bem difícil. (P4)

“Eu tô morrendo de dor” – chega lá e **ele brincando com os outros pacientes**, conversando, rindo. Não que tenha que estar chorando, mas pelo menos expressar a dor. (P5)

É que **eles são tão viciados na medicação**, que eu não sei se é verdade. Isso que me complica. Me deixa confusa na hora de medicar. Eu não sei se é vício ou se é dor mesmo [...] (P5)

E **tem coisa que a gente não enxerga** e isso é mais difícil de avaliar. **Quando tu vê a lesão, aí é mais fácil** de achar que o paciente tá com dor mesmo (P2)

Eu acho que, além de não ver uma lesão [...] tu não saber a história do paciente. (P1)

6.6.5 Experienciando um momento de reflexão sobre a dor

Ao final do curso, todos os profissionais que participaram da pesquisa relataram que foi uma experiência positiva, tanto pelo fato de nunca ter sido abordado esse assunto na unidade, como por ser a prática diária de todos os profissionais de enfermagem. Alguns profissionais demonstraram surpresa, pois desconheciam o quanto abrangente pode ser a dor e afirmaram que foi uma ótima **oportunidade de aperfeiçoamento profissional e pessoal**.

Foi bom fazer o curso. Porque, como a gente nunca tinha recebido nenhum curso, apesar de ser uma abordagem bem longa, achei interessante. (P6)

Quando ele **é um curso mais voltado para área em que a gente trabalha**, eu acho que é bem melhor. (P6)

Nesse curso tu debate não somente a medicação em si, mas tu debate **também a forma com que o paciente chega à concepção de que ele está com dor**, ao quanto ele está com dor. (P3)

Eu acho que foi uma oportunidade bem interessante, que pena que a gente não teve antes. Porque **é um assunto que é abordado bastante na enfermagem**. (P1)

Foi bem legal mesmo, deu para assimilar com o dia a dia que a gente tá ali [...] **entender um pouco mais coisas que a gente não entendia antes** [...] essa escala que eu mencionei e não conhecia, é bem interessante. (P1)

Acho que foi produtivo, bastante assunto, mas essa abordagem sobre a dor **a gente acha que não vai ter muita coisa, mas tem**. (P2)

Eu achei bem interessante, acho bem necessário e a gente percebe cada dia mais de **como a gente é frágil** nessa abordagem. (P4)

A gente precisa deste incentivo, diário [...] de reavaliar a dor, de questionar. E eu ainda estava pensando, a dor, ela toma uma proporção tão maior do que a gente pode imaginar... (P4)

Eu gostei da experiência, achei muito legal esse curso, todas as etapas, e que o bom que não é um curso num dia só, então dá um tempo de pensar, de tirar as dúvidas, [...] revisar. (P5)

6.6.6 Construção de novos saberes a partir de uma proposta de EPS

A **oportunidade de conversar, discutir e aprender um pouco mais sobre dor possibilitou novos conhecimentos sobre o assunto**. A rotina diária faz com que os profissionais utilizem apenas uma escala de avaliação da dor, predominantemente a escala visual numérica. O acesso ao curso propiciou que os profissionais conhecessem outras escalas diferentes, o que foi relatado como algo positivo. Ainda, a escada analgésica proposta pela OMS, bem como sua utilização também foram apontadas como uma novidade trazida pelo curso.

Destaca-se a importância atribuída pelo profissional a momentos de troca de saberes e construção de novos conhecimentos. A atividade fez com que os profissionais enxergassem a **necessidade de constante aperfeiçoamento**, sendo isso responsabilidade do próprio profissional.

Conversar sobre dor e seus conceitos, discutindo e refletindo sobre a prática diária dos profissionais, é necessário. Ficou evidente nas rodas de conversa que a alta demanda da unidade faz com que os profissionais tenham dúvidas sobre o assunto e valorizem momentos de aprendizado como este, proporcionado por esta pesquisa.

Eu achei interessante porque [...] eu **só conhecia a escala numérica**. (P6)

Tem os bonequinhos e que é usada em pediatria [...] Eu nunca tinha visto, pra mim o que tinha de score ali de dor era isso: "Como está a tua dor de 1 a 10?" E tu conversa com o paciente e ele te fala. **Eu não sabia que tinha outras opções** para ter esse score, essa escala. (P1)

Eu gostei bastante mesmo, **tem coisas que realmente eu não sabia** [...] alguns conceitos, tem um bem interessante [...] Dor total. Tinha coisa que eu realmente nunca tinha visto e lido sobre o assunto. (P8)

Estudar é bom. Acrescenta muito. (P7)

É uma coisa que **é como uma plantinha**, se regar o conhecimento é assim [...] é muita coisa e de repente isso tem que ser regado assim, **toda hora tem que ir alguém lá e dar uma aguinha**. (P2)

É sempre bom aprender, sempre bom acrescentar conhecimento e **é uma coisa que vicia**. (P4)

Eu vejo que esse é um tema que é necessário, na nossa realidade como profissional, **está muito incluso no nosso dia a dia, principalmente pessoal da vascular**. (P3)

Mas esse assunto caiu muito bem para a vascular, parece que foi feito para a vascular [...] **50% do trabalho é dor** e curativos. (P6)

No nosso setor ali é um caso bem importante, porque tu estás medicando, mas a dor parece que não passa nunca. É a impressão que a gente tem. (P1)

Tu te deparas muito com o teu dia a dia. (P7)

É bastante coisa para abordar, um assunto que é bem relevante, **bem coisa da nossa realidade**. (P2)

Esse assunto é bem importante porque, depois que teve o quinto sinal, [...] a dor nas evoluções na planilha, **a gente nunca teve uma revisão sobre isso**. É tão importante esse item novo. Novo? Desde 2005 [...] E nunca é retomado com as equipes. (P5)

6.6.6.1 É o meu dia a dia, por isso preciso continuar aprendendo...

Alguns profissionais relataram o **medo de banalizar a dor** com o passar do tempo, devido ao fato de presenciarem e vivenciarem essas situações diariamente. Apontaram que o curso fez com que os profissionais saíssem de sua comodidade intelectual, fazendo com que refletissem e verificassem que as suas dificuldades, também são relatadas na literatura. Que não estão sozinhos com suas angústias e limitações, proporcionando um alívio.

Muitas vezes **a gente acaba se acomodando, por rotina**, e aí vem algo desse tipo, que faz parte da nossa realidade e acaba não sendo tão pesado, tão maçante, desenvolver o assunto e estudar. E isso [...] eu acredito que foi bastante válido. (P3)

Eu fiquei também um pouco **mais tranquila** que é uma coisa que tem literatura, que é assim mesmo, então parece que dá uma aliviada um pouco [...] para atender o paciente. (P1)

Tu lidar todo o dia com a dor tu acaba [...] **acaba sendo uma coisa tão automática, vira rotina**. E quando tu te depara, com o que eu li ali, tu vê que tem estudos, que tem várias pesquisas sobre isso... (P7)

O medo que eu tenho, e eu sempre tive, de a minha vivência e a minha rotina ser banalizada, principalmente a dor do outro. Mas a dor eu acho que eu nunca vou conseguir deixar banalizar no meu dia a dia. Mas, mesmo assim, **eu procuro fazer cursos ou rodas de conversas para eu me atualizar e não deixar que isso ocorra**. É o medo que eu tenho, que com o passar dos anos isso aconteça. Eu acho que encontros assim e cursos são importantes. (P1)

6.6.7 A influência desta proposta no conhecimento e na prática diária

Conversar sobre dor na cirurgia vascular é também um **desafio**, porque é a realidade vivenciada diariamente pelos profissionais, os quais aprendem com a prática e suas experiências as manifestações e impactos da dor na vida dos pacientes. É satisfatório verificar que o curso, ainda assim, trouxe novidades e fez com que os profissionais refletissem sobre sua prática diária. Apesar disso, alguns participantes relataram que, embora o curso tenha feito com que eles refletissem, não consideram que tenham alterado sua visão ou conduta.

Todo o conhecimento que tu adquires através, seja da própria prática, da teoria, da prática teórica, **acaba moldando de certa maneira o profissional**. (P3)

E eu achei também interessante **porque faz a gente pensar mais** “Por que aquele paciente está com tanta dor?” [...] O material trouxe um assunto que faz a gente entender melhor. (P6)

Eu estava um pouco fechada. Tudo o que tu lidas todo dia, tu entras em uma rotina. Daqui a pouco, quando tu te deparas com uma conversa e **tu começa a pensar, a refletir...** (P7)

Eu acho que a parte que ele acrescentou muito foi a parte que não é um caso isolado. Porque eu tô há 6 anos ali, mas eu fico ainda bastante... surpresa com uma pessoa que tem dor sempre, aquela coisa constante. E aí, depois a gente vê que tem a ver com a própria doença que eles têm de circulação, diabetes. Tem vários estudos que estão atentos e que estão tentando proporcionar a melhora ou que diminua isso. Ele **deixou mais aberto esse assunto pra mim, não com tanta barreira como tinha antes**. (P1)

Não acho que esse curso em particular me mudou. O que mudou muito a minha experiência foi eu ter passado muita dor quando eu me acidentei, por exemplo. (P1)

Foi um **momento de repensar** mesmo. Eu acho que aquilo ali foi muito válido porque a gente conseguiu enriquecer mais e olhar mais para a fisiopatologia, porque é a nossa realidade. (P2)

Acho muito **importante a gente ter o conhecimento daquilo que a gente está fazendo no dia a dia**, mesmo que tu não apliques aquilo todos os dias. (P8)

Eu acho que o curso já abriu, **já acendeu uma luz**, sabe, acho que de repente, se fosse mais frequente. Mas **começou a abrir portas, abre teu olhar**. (P2)

Sempre acrescenta, e eu acho que **é enriquecedor sempre**, que a gente retoma coisa que a gente já esqueceu e reforça a importância desse cuidado, do reavaliar a dor, de que forma tu planejar o teu cuidado mais adequado. E a gente precisa estar constantemente sensibilizado para fazer um trabalho melhor, a gente precisa disto. (P4)

E isso é legal porque **sensibiliza**, retoma: “É um ser humano!”. (P4)

E depois de todas as leituras, de todas as etapas, **te faz repensar** sim, sobre isto, na dor como um todo. (P5)

Embora o curso tenha proporcionado uma ampla abordagem sobre dor, a ideia de que a dor só pode ser resolvida com tratamento medicamentoso ainda é presente nos discursos dos profissionais. Os quais **preocupavam-se substancialmente em avaliar a dor por meio de uma escala e medicar conforme a prescrição médica**, agora associado com o novo conhecimento sobre a escada analgésica proposta pela OMS.

Aplicar a escala seria tranquilo, o problema seria **o que fazer frente aos resultados da escala**. [...] Tem que reavaliar sempre. Não adianta fazer só a avaliação, medicar e depois nunca mais voltar para saber como está. (P6)

Não tem como tu não sentir dor. A dor vem e tu não tens o que fazer. E tu começa a refletir mais ainda. [...] **Tem que medicar**. (P7)

Nossa profissão é muito técnica, **a gente não tem suporte para dar para o paciente**, porque às vezes o paciente quer mais, mais do que aquela medicação, a gente não tem suporte para dar, não tem esse preparo. (P2)

A escala utilizada pode nos permitir **escolher o melhor fármaco para proporcionar bem-estar físico e emocional**, aliviando o sofrimento do paciente. (P8F)

Não adianta a gente ir lá e aplicar a escala, paciente está com dor 9, quando sabe que naquele momento da queixa, em que a dor estava 9, foi porque ele recebeu a notícia de que vai amputar o membro. (P6)

Porém, alguns profissionais conseguiam **associar algumas medidas como ferramentas para aliviar a dor** do paciente, como a instalação de um colchão piramidal e mudança de decúbito. Ainda, a questão da programação do cuidado pelo profissional, que sabe que curativos e banho são momentos precipitadores de dor, já programavam a medicação para o horário dos procedimentos.

Tadinha, ela está com dor, ela é magrinha, colchão ruim [...] Tu tens essa visão do paciente. **Vamos mudar, ficar de ladinho, fazer alguma coisa para evitar aquela dor.** O colchão mesmo... deve ser muito incômodo tu ficar ali. Então tu tentas fazer algo para diminuir a dor. (P1)

Essa questão da dor, ela foge um pouco. Ela **não é só esta questão da medicação, a gente tem outros caminhos.** Eu vejo um desrespeito, uma banalização pela enfermagem, pelo paciente, pelo cuidado em geral, um funcionário fica com seis pacientes, cinco, não dá conta. (P4)

Eu programo no meu cuidado, o paciente tem dor quando baixa o membro, ele vai para o banho, para ele não ficar com aquela dor insuportável, eu digo: Uns minutinhos antes de ir para o banho eu venho fazer medicação. Espero e levo. **Eu não preciso fazer ele sentir o auge da dor,** ver aquilo como uma tortura, e isso dá para fazer. Isso é qualidade, isso é o mínimo de humanização, e aí não é o que acontece na nossa realidade, se tem que literalmente apagar incêndio. (P5)

No curso, a abordagem é dor total, se eu não me engano, que **é uma série de fatores que podem aliviar a dor,** a dor psicológica, a dor física, e a gente entra nesse contexto. (P5)

É essencial uma avaliação abrangente que direcione nossa atenção para dores emocionais, espirituais, sociais e físicas. Por vezes percebemos nosso paciente completamente impotentes, soterrados diante dos acontecimentos, sendo **nosso dever ajudá-los superar esses desafios.** Só assim, estaremos realizando um trabalho efetivo com alívio da dor e acelerando a recuperação do paciente. (P4F)

Às vezes não basta apenas aplicar a medicação, nos cabe também dar um pouco de conforto a este paciente e um pouco mais de atenção. (P8F)

6.6.8 Conversando sobre o método utilizado

A metodologia utilizada foi **pioneira** em atividades de EPS com a equipe de cirurgia vascular. Nenhum profissional havia participado anteriormente de atividades como esta, que proporcionasse momentos de discussão sobre a prática em encontros presenciais e aproveitasse uma plataforma *online* para disposição de conteúdo teórico. De maneira geral, este método foi bem aceito pela equipe, especialmente por propiciar momentos de conversa.

Porém, alguns profissionais preferiam o método tradicional de ensino, somente com momentos presenciais, justificando a possibilidade de troca de conhecimentos presencial e a facilidade para aprendizagem pessoal e concentração.

É bom esse método, tu começa conversando, explica como vai ser [...] e depois tu vais para a parte mais teórica de leitura, e depois tu retomas para esclarecer e ver como foi o desenvolver da atividade. (P3)

Acho que tem mais tempo para ti pensar [...] **fica interessante e mais fácil também para trabalhar o tema e a gente mesmo absorver**, que é muita coisa. Se fosse tudo em um dia só, acho que seria bem mais difícil. (P3)

Na verdade, eu acho que isso é novo aqui, eu tive só na faculdade, tinha bastante isso no curso que eu fazia. Mas assim, **no ambiente de trabalho que tu tens, eu acho que é bem importante e acrescenta muito**. E acho que tinha que ser uma coisa corriqueira até. (P1)

Eu acho que é bem interessante [...] a gente ter uma roda de conversa, a gente viver uma experiência e a gente voltar a conversar. Na verdade, o que tu lê, o que aprende lendo é uma coisa. Conversar... o diálogo é outra. Porque cada uma tem o seu ponto de vista. Cada uma enxerga de uma forma, é interessante. **Se todos os cursos fosse assim, seria interessante**. (P7)

Ensino a distância é cômodo, porque tu faz dentro do teu horário, dentro da tua disponibilidade. **O método foi bem tranquilo, e a parte presencial foi muito interessante**, porque às vezes a gente acha que a dificuldade que temos não é para outra pessoa, e a gente vê que é uma dificuldade também. (P2)

Eu acho o presencial sempre mais vantajoso [...] Por vários motivos, eu acho que a troca que tem, do questionar, que está ali, eu acho muito melhor. (P4)

Diferente de quando tu pega, e hoje a gente tem uma hora e daqui a pouco tu tem um *slide* e a gente chega aqui e tu começa a abordar o assunto, tu começa a falar. Então, automaticamente, nesse momento, mesmo se fosse aqui, [...] **eu acho que eu ia conseguir me concentrar mais no teu assunto**. (P7)

6.6.8.1 Rodas de conversa

Dentre as atividades propostas para este estudo, estava a realização das rodas de conversa. Embora algumas dificuldades tenham surgido no sentido de conciliar a assistência com um tempo para realizar as rodas de conversa, elas foram vistas como uma **oportunidade de conversar melhor com os colegas sobre a sua assistência**, bem como expor suas dificuldades e dúvidas e verificar que os demais também

apresentavam os mesmos relatos. A utilização dessa técnica foi relatada como um momento produtivo do curso, possibilitando a troca de saberes.

Com o encontro a gente tem a **oportunidade de debater**. Ele me falar o modo como ele vê um módulo, talvez eu não tivesse visto desse jeito. (P6)

Eu **acho importante a troca de experiência**, [...] troca de conhecimento, experiência do dia a dia, eu acho bem válido. (P8)

Eu acho que **é enriquecedor, a gente discute, a gente cresce, a gente aprende mais**, eu acho bem importante. (P4)

De modo geral eu achei bem produtivo, eu achei bem bom. E o encontro presencial, **acho que a troca de experiência foi bem legal**, bem relevante, eu gostei. (P2)

6.6.8.2 Fórum de discussão

Outro método utilizado para a interação foi o fórum de discussão, disponível no Módulo III do curso, mas que o profissional poderia acessar a qualquer momento. A participação no fórum foi identificada como uma **possibilidade de discussão**, onde o participante tinha tempo para pensar no que realmente ia escrever.

Diferente das rodas de conversa, em que os profissionais estavam fora do ambiente assistencial e não eram interrompidos, a participação no fórum foi realizada por meio de computadores localizados no setor, o que foi apontado como uma dificuldade para participação, visto que o profissional não conseguia se concentrar para formular sua ideia e escrever.

É um modo também que a gente tem de **discutir** com aquela pessoa que não estava presente no momento do encontro. Vi que tem gente também que pensa da mesma forma que eu e colocou com outras palavras a mesma coisa que eu acho. (P6)

Ali é um fórum fechado, **da equipe que trabalha e vivencia todos os dias as mesmas coisas e acaba por ter uma visão parecida**, bem próxima, da realidade da nossa unidade e dos nossos pacientes. E, também, do tema discutido. (P3)

Eu achei legal, foi **uma conversa bem interessante** assim. Tu colocas aquilo que realmente tu estás pensando, sem interferência de ninguém, só tua ali. (P8)

Eu gosto, porque **tu escreves dentro do teu tempo**, sem pressão de ninguém, e tu não precisas olhar pra ninguém pra responder. (P2)

Tu colocas realmente o que tu é, [...] **aquilo ali é bem verdadeiro**, é para conhecimento extra, [...] tu não é avaliado por aquilo ali, então aquilo é para experiência, para conhecimento. Bem legal. (P2)

Eu achei bem legal a parte do fórum, porque, a gente está no mesmo foco do assunto do curso, mas tu abordas de um jeito e o colega aborda de outro. Achei bem interessante, ficar registrado ali, **se vê a diferença de pensamento**, as ideias. (P5)

Até para ti tentar formular a tua dúvida, é complicado. [...] Ainda mais eu que sou difícil com palavras, **eu tenho que me concentrar bem para escrever alguma coisa**. (P1)

Tem que **ter uma concentração** e, pra ti dar uma opinião, tem que ter também e focar bem aquilo ali que tu estás falando. (P7)

6.6.8.3 Exercícios e estudos de caso

Em relação aos exercícios propostos no *Moodle*, os profissionais relataram que foram **importantes** para relacionar com o conteúdo estudado e **facilitaram** seu aprendizado. Os estudos de caso foram relatados, de maneira unânime, como muito práticos, pois relatavam situações do dia a dia do profissional, o que facilitou o entendimento e a resolução dos casos.

Acho que foi tranquilo porque **o curso é bem autoexplicativo**, [...] tudo que perguntava, ele te direcionava para onde estava a resposta. (P2)

Perguntas bem diretas que **tu consegues responder bem**. Bem prático. (P5)

Eu gosto muito de perguntas e respostas porque eu consigo fixar mais o conteúdo. Se eu tenho que responder, pesquisar, ir atrás, retomar aquele conteúdo, ir atrás das respostas, **parece que eu absorvo mais as informações**. (P5)

Acho muito bom quando a gente tem que retomar, porque **tu tens um outro olhar da leitura**, é diferente. Eu achei bom, achei necessário, achei importante de ter. (P4)

Eu gostei dos estudos de caso. **Me fez pensar um pouquinho, porque é bem o nosso dia a dia**. Nos colocou na frente do que a gente faz, o que a gente faria hoje, por exemplo. Eu gostei. (P6)

Eu acho que é bem o que a gente vive ali, **eu não tive muita dificuldade, porque é tudo bem da nossa vivência**, até o tipo da prescrição, é bem do paciente que a gente convive ali. (P1)

Porque a gente convive diariamente, então **a gente já sabe a conduta que tu vais fazer naquela situação**. (P7)

Eu me identifiquei mais no estudo de caso. Foi uma coisa muito do dia a dia, muito nossa, **coisas que acontecem com a gente diariamente**. (P8)

Os estudos de caso [...] eu achei que foi bem a nossa realidade também, que **é para a gente pensar o que vai fazer e o que a gente vem fazendo**. (P2)

6.6.8.4 Conteúdo e linguagem

Os conteúdos apresentados no curso foram destacados como **claros e objetivos**, bem como a linguagem utilizada. Não foi levantado nenhum assunto que tenha faltado no conteúdo, por parte dos participantes, sendo considerado satisfatório e com uma abordagem ampla. Em relação à linguagem, optou-se por tentar utilizar uma linguagem mais coloquial onde era possível, para que a todo momento o profissional pudesse **relacionar com a sua prática**. Alguns participantes citaram a dificuldade com termos técnicos, especialmente na abordagem da fisiopatologia da dor, mas que não comprometeu o entendimento do curso como um todo.

Estava bem **completo**. (P6)

Eu achei bastante (conteúdo), eu **não imaginava que tinha tanta coisa sobre dor**. (P7)

É um assunto que foi bem abordado, **não ficou nenhuma lacuna**. Achei que não ficou cansativo também. (P1)

Tudo bem objetivo em tópicos [...], porque para leitura **não tem dificuldade nenhuma**. (P8)

Eu achei **bem prático, com ilustrações, com vídeos. Bem didático**, não só aquela leitura que às vezes a gente fica naquela preguiça de ler. Abordou até as nossas dúvidas. (P5)

Eu também achei claro e objetivo. (P4)

Teve algumas coisas que eu não entendi. **Tinha uma palavra que eu nunca tinha ouvido falar, mas foram poucas**. Fora isso, a linguagem ali eu achei bem clara. (P6)

Eu acho que tudo foi tranquilo, porque eu conseguia relacionar com a prática, com a vivência. Alguma parte de nomenclatura, que nem essas escalas que eu não conhecia, mas estava tudo explicado direitinho. Mas eu acho que tem como relacionar ou depois de cada módulo um estudo de caso ou exercício também, **eu acho que essa sequência ficou tranquila para ler e fazer**. (P1)

O assunto, acho que foi bem objetivo, a linguagem bem clara, foi bem bom. [...] Eu achei bem acessível, pra gente que trabalha na área é tranquilo. (P2)

Completamente acessível, uma linguagem que todo mundo entende. (P8)

6.6.8.5 Dificuldades encontradas e o que fazer?

Nos diálogos entre os participantes nas rodas de conversa foi possível repensar a ação proposta. Os profissionais envolvidos neste momento, por serem trabalhadores do contexto junto com a mestrandia, conseguiram refletir sobre seu processo de trabalho em relação ao registro de dor e avaliação, bem como quanto às possibilidades de educação existentes na instituição e a ação proposta.

Em relação às dificuldades encontradas para realizar o curso, todos os profissionais identificaram a **dificuldade na plataforma**, alguns ícones que faziam com que o participante fosse para a próxima página não funcionaram, fazendo com que o profissional tivesse que retornar ao menu inicial para continuar o curso.

Além disso, o fato de o curso ser disponibilizado apenas dentro da instituição fez com que alguns participantes sentissem dificuldades em relação a encontrar um computador disponível na unidade, ter tempo para realizar o curso, pois a alta demanda da unidade faz com que o profissional nem sempre consiga sentar para realizar o curso. E, ainda, a dificuldade de concentração devido à presença de outros profissionais no setor, telefone tocando, e a própria demanda assistencial.

Só realmente o programa, aquele problema que comentei... que tinha que estar **toda hora voltando ali** no *link*, e às vezes tu achava que já tinha terminado o módulo, mas não. (P6)

A parte de trocar de módulo. É a troca do assunto de cada módulo na verdade. Quando tu chegavas no final, antes das referências. Quando tu queria ir para o próximo módulo não ia, e tu tinhas que voltar lá no menu inicial. (P1)

O ruim é que a gente **tem que abrir pingado**, quando dá. (P6)

Tu não vens de folga para estudar. Tu lê enquanto tu estás trabalhando e **a cabeça não consegue absorver da mesma maneira que se tu tivesse em casa**, tranquilo, sozinho, no silêncio. (P3)

Para eu poder entender algo bem, **eu tenho que ter uma concentração maior**. Aqui, sentar e ler no ambiente de serviço, onde toca o telefone, tu acabas te desligando do assunto. Porque daqui a pouco tu estás concentrada e alguém te chama, ou daqui a pouco toca o telefone. Eu não consigo ter uma concentração para entender a fundo. Que pena que o *Moodle* não pode ter acesso em casa, porque aqui, infelizmente, às vezes é o rápido, eu tenho que ir ali e eu quero fazer, só que a tua concentração, ela não é a mesma. **Até porque tu não tens a tua continuidade, ela não é a mesma**. Eu li um parágrafo, tive que parar no meio do assunto, voltei. Isso é um pouco ruim. (P7)

A gente não tem computador disponível ali também, porque vem residente prescrever e ficam a tarde toda. A gente ia lá, queria sentar e não tinha como. (P1)

É uma pena a gente não ter aproveitado mais, porque essa função de fazer só no hospital, isso atrapalha um pouco. Porque **a nossa dinâmica é muito corrida e acaba que a gente faz um pouco correndo**. E às vezes a gente quer aproveitar mais, quer ler alguma coisa, se aprofundar um pouquinho mais. Ali tinha indicações de leituras complementares que eu não consegui olhar. (P2)

A dificuldade para fazer foi por causa de **tempo para conseguir fazer ali, para gente conseguir encaixar na rotina durante o trabalho**. A gente tem acesso aos computadores ali fora do horário de serviço, mas pra mim também é bem difícil vir fora de horário ou ficar depois na noite. (P1)

E a gente viu também que colegas que tinham o interesse de fazer e não conseguiram porque não tiveram tempo. (P2)

Eu gostei, mas eu achei que ficou muito restrito podendo ser feito só aqui no hospital. Acho que podia ficar disponível na nossa página, porque na página a gente pode acessar em casa. (P5)

A limitação da questão do acesso, isso eu achei ruim, só poder ser ali. A gente tem pouco computador, eu acho que não atingiu 100% da equipe, acho que as pessoas não estão no mesmo foco. (P4)

Entre as sugestões surgiu a possibilidade de o curso ser **acessado em casa**, o que poderia proporcionar um maior aproveitamento do conteúdo. Ainda, a instituição poderia incentivar e apoiar os profissionais com interesse em realizar o curso, proporcionando, por exemplo, banco de horas. Devido à relevância do assunto e à alta demanda na unidade de cirurgia vascular, sugeriu-se que esse curso seja um dos pré-requisitos para o profissional atuar nessa unidade.

Em EaD, poder fazer em casa, **tu aproveitamos muito mais**. (P1)

Se a instituição desse um incentivo, de repente, do funcionário vir uma hora antes, [...] só para fazer o curso. Porque é ruim ter que fazer junto com o trabalho, é complicado. (P2)

Que fosse **oferecido com mais frequência**, que os funcionários fossem obrigados a fazer o curso, isso é o dia a dia. (P2)

Isso tem que ser passado e é fundamental que seja passado para todo o grupo da vascular. Como é um trabalho e tem essa liberdade, não dá para dar essa pressionada, mas futuramente eu acho necessário, para esse setor **é pré-requisito**. (P4)

Além do incentivo institucional, foi evidenciada a relevância do gestor como um auxiliar ou incentivador da equipe em ações de educação. Destacando que a equipe necessitava de um gestor ativo e presente para auxiliar e incentivar.

Eu acho que uma **equipe precisa de alguém que incentive, que participe**. E ali está faltando isso. Se tivesse uma preocupação maior, e participação por parte de gestor, as coisas começariam a andar. (P5)

Acho que uma chefia é sempre importante em tudo, **sempre tem que ter alguém para motivar**, nem que seja só para puxar a orelha, não interessa. Tem que mostrar o caminho, ajudar a enxergar o caminho. (P4)

6.6.8.6 Aspectos positivos

Entre os aspectos positivos destaca-se o fato de o curso ser totalmente relacionado com a realidade dos participantes. Ainda citam-se algumas vantagens do ensino em EaD, como: participação conforme o tempo disponível e curso no local de trabalho, sem necessitar de deslocamento.

Quando a gente faz um curso que **é mais a realidade que a gente vivencia**, parece que fica mais fácil de tu fazer e entender e participar. (P6)

Tem um lado bom de se **conseguir fazer um curso ao teu tempo**. Então eu vou me organizando no meu horário, no meu tempo. É interessante, porque tu não tens aquele horário. Hoje eu vou sentar e vou fazer um pouco, vou prestar atenção e vou ler. O teu tempo de fazer o curso é interessante. (P7)

Dá tempo de a gente ler, pensar, e eu vou chegar aqui com as perguntas e com a ideia já formulada. (P6)

Não preciso estar me deslocando até um lugar para fazer, eu estou fazendo aqui. (P7)

Porque ter o tempo para fazer também, só que é uma coisa que não tem como a gente prever se vai ter como organizar ou não, ou dependendo do prazo que a gente vai ter. (P1)

O bom é que tu consegues retomar o curso da onde tu parou, no momento em que tu quiser, **tu tem esse acesso**. (P5)

Abordou super bem o tema, dentro da nossa realidade, dentro do que a gente vivencia, achei muito interessante, muito mesmo. Por mais cursos assim. (P5)

6.6.8.7 Quem mais precisa falar sobre dor?

Este curso foi realizado apenas com profissionais de enfermagem, por se tratar da proposta deste estudo. Posteriormente, o curso estará disponível para livre acesso dos trabalhadores da instituição, dessa maneira, foi questionado aos participantes para quem poderia ser direcionado este curso. Segundo os participantes, todos os profissionais da instituição deveriam ser sensibilizados para trabalhar com a dor dos pacientes e seus familiares.

Para os **médicos e até mesmo para os psicólogos**, para eles entenderem como funciona. (P3)

Médicos. Por causa da bagunça das prescrições. (P6)

Todos precisavam mesmo. **O psicólogo, o médico, o pessoal da limpeza, eu acho que todos.** Para tentar se pôr um pouco no lugar do próximo. Para poder ver a dor de uma forma diferente. (P7)

Eu acho que todo mundo na área hospitalar, tinha que ser aberto para todos fazerem. E nos setores eu acho que tinha que fazer com que fosse obrigatório. Estou dizendo na área hospitalar, por exemplo, quem é **secretário**, todo mundo que trabalha na área hospitalar, o médico. Por exemplo, ali no nosso setor, todos, o **psicólogo, médico, nutricionista.** (P1)

Acho que **todos os que trabalham com o paciente**, que lidam com o paciente. **Desde a nutrição.** A nutrição, na hora que chega ali, "Comeu?" O paciente está ali todo curvado morrendo de dor, "Comeu?". O **pessoal de exames externo, raio x, da tomografia** que vem buscar os pacientes. [...] Eu acho que esse curso é válido para todos os profissionais, todos. (P2)

É questão de ter um espaço para essas pessoas, pra elas adquirirem e ter um pouco de conhecimento, de repente tem dúvidas também, esclarecer suas dúvidas. (P8)

Para todos os colegas do GHC. Porque eu acho que a gente tem que ficar toda hora se atualizando e **a gente tem que se sensibilizar toda hora**, então é fundamental. (P4)

7 DISCUTINDO A PESQUISA E A AÇÃO

O primeiro resultado identificado neste estudo foi a evasão de participantes no método proposto. O estudo iniciou com 14 participantes e finalizou com oito. A evasão de alunos caracteriza-se como dos principais problemas enfrentados na EaD, fazendo com que recursos humanos e tecnológicos destinados a esse público fiquem ociosos, impactando financeiramente nas instituições de ensino. Estudos apontam que a evasão pode estar associada ao perfil do aluno, dificuldades no uso das TDICs, dificuldade de organização no tempo e, ainda, descontentamento com os tutores. Aponta-se também a necessidade de uma política de acompanhamento do aluno, a fim de identificar e sanar de maneira precoce suas necessidades e demandas, evitando a evasão.^{81,82,83}

Conforme apontado nos resultados deste estudo, a característica de subjetividade da dor apresenta-se como um obstáculo para a sua adequada avaliação. Ao identificar essa subjetividade, verifica-se que o profissional demonstra respeito pela singularidade de cada indivíduo e seu protagonismo em diagnosticar a sua dor. Enfermeiros apontam o uso das escalas de avaliação da dor para superar essa demanda, auxiliando na interpretação do relato do paciente e na intervenção com medidas terapêuticas a fim de amenizar o seu sofrimento.^{27,84}

A percepção dos profissionais de que a dor não é somente física, podendo estar associada ao seu estado emocional, social ou espiritual, evidencia a complexidade de um cuidado qualificado de sua assistência. Na medida em que o profissional assiste ao paciente não apenas centrado em suas necessidades físicas, mas também nas demais demandas. A clareza de que a dor envolve outras dimensões além da física faz com que o profissional defina a dor como sofrida e angustiante.⁸⁴ Estudos apontam que a assistência espiritual e religiosa proporciona maior qualidade de vida ao paciente e pode reduzir o seu sofrimento.⁸⁵ No contexto hospitalar, a identificação desse tipo de necessidade do paciente está relacionada à humanização do cuidado.⁸⁶

A conduta do profissional em acreditar na queixa do paciente e valorizar o seu relato está associada a sentimentos de empatia, muitas vezes devido a experiências prévias pessoais. A literatura aponta que esse sentimento de “se colocar no lugar do outro”, por parte do profissional, também depende da aceitação do paciente e pode aumentar a qualidade no atendimento prestado. A empatia depende da personalidade

de cada profissional, de suas vivências pregressas e das situações em que o indivíduo atua.⁸⁷

Ao apontarem os fatores “dolorosos” em sua prática, os profissionais se referiram ao quantitativo diminuído da equipe de enfermagem para suprir a demanda da unidade, bem como ao seu estado emocional, os quais influenciam em suas atividades diárias e os desmotivam. Estudo aponta que o exercício das instituições em racionalizar recursos humanos, materiais e financeiros resulta em sobrecarga e frustração dos trabalhadores devido às frequentes restrições materiais para o trabalho, fazendo com o profissional despenda mais tempo para adaptar suas atividades diárias, contribuindo para um ambiente insatisfatório.⁸⁸ Ainda, o aspecto organizacional do trabalho é reconhecido como o maior desmotivador do profissional, pois a maneira com que o trabalhador é tratado pela instituição afeta sua maneira de agir e pode desmotivá-lo a continuar exercendo suas funções.⁸⁸

Além disso, a falta de suporte teórico frente à queixa do paciente com dor também é considerada uma situação “dolorosa”. O despreparo dos profissionais em sua formação para lidar com a dor é relatado na literatura, apontando para uma lacuna na formação e dificultando a prática diária, visto que a dor é um sintoma prevalente na unidade em questão.⁸⁹

Diante dos relatos, verificou-se que os profissionais se sentiam inseguros na prestação de seu cuidado devido ao manejo inadequado da dor, seja pela falta de conhecimento do profissional, a falta de clareza nas prescrições médicas ou pela falta do trabalho interdisciplinar. Apresentaram a concepção de que o paciente não deve sentir dor no hospital, pois há recursos disponíveis para amenizar sua dor e sofrimento, como a administração de analgésicos prescritos. Tal entendimento não é identificado em todos os profissionais, pois, em estudo realizado em uma emergência de trauma, verificou-se que o tratamento da dor era secundário aos demais procedimentos, visto que os pacientes permaneceram mais de três horas sem analgesia e o uso de opioides ainda era restrito, mesmo na vigência de dores moderadas a intensas.⁹⁰

Foi apontada ainda a necessidade de discutir com toda a equipe multiprofissional o manejo da dor do paciente, destacando que a unidade tem *rounds* semanais e que isso poderia ser abordado também nesses momentos. Ainda, após essa discussão em equipe, melhorar a prescrição médica, deixando-a mais clara. A troca de conhecimentos proporcionada por meio de *rounds* é benéfica para o alcance

da eficácia na assistência multiprofissional ao paciente, gerando conhecimento e motivação para todos os envolvidos.⁹¹

Em relação às prescrições médicas, estudos apontam que essa é uma dificuldade comum entre os profissionais de enfermagem no momento de avaliar a dor e medicar.⁹² Aponta-se que o ambiente tumultuado e a frequente interrupção do profissional prescritor, seja pela equipe atuante no setor ou pelos familiares, e a alta demanda de trabalho fazem com que ocorram falhas no processo de prescrição medicamentosa. O sistema eletrônico de prescrições e o baixo número de computadores disponíveis para essa finalidade contribui igualmente para os erros nesse processo.⁹³

A necessidade de o profissional também ser cuidado é evidente em falas que ressaltam a necessidade de apoio psicológico tanto aos profissionais, quanto aos pacientes e seus familiares. O hospital tende a ser um ambiente que causa *stress* e cansaço mental em seus trabalhadores, fazendo com que também necessitem ser cuidados. A presença do profissional psicólogo na equipe pode propiciar momentos de trocas de saberes, ajudar na resolução de problemas e amenizar a angústia dos profissionais frente a alguns temas. Diante do conhecimento teórico e da atuação prática com os pacientes, o psicólogo pode auxiliar no diagnóstico e intervenção terapêutica, especialmente em patologias agravadas por fatores emocionais.⁹⁴

A avaliação e manejo da dor na unidade de cirurgia vascular foram apontados como mais complexos do que nas demais unidades de internação, visto que a dor vascular aparenta ser constante e com alta intensidade. A dor vascular faz com que o paciente sinta remorso por sua doença, por não ter seguido as orientações médicas, como abandonar o hábito do tabagismo ou controlar a dieta. Faz com que o paciente se isole, devido às limitações impostas pela doença, como dificuldade de deambular, impossibilidade de trabalhar ou desfrutar de momentos de lazer. A possibilidade iminente de amputação de um membro faz com que o paciente portador de doença vascular se sinta oprimido pela sua patologia e triste devido às suas restrições e dependência de outras pessoas.⁹⁵ Ainda, estudo aponta que a dor vascular faz com que idosos tenham uma qualidade de sono ruim, o que influencia também em suas atividades diárias.⁹⁶

Diante dessa dor vascular, o relato da verificação da dor no mesmo momento da verificação dos demais sinais vitais foi quase unânime entre os participantes. Fato que pode apontar para a sistematização da assistência, assegurando um cuidado

eficaz. Na literatura, observa-se que essa rotina vem sendo cada vez mais difundida entre os profissionais de enfermagem, porém ainda precisa ser reforçada como uma prática de humanização do cuidado.^{3,97}

Evidenciou-se a dificuldade de o próprio paciente em avaliar a sua dor, fazendo com que os profissionais tenham dificuldades para manejá-la. Essa dificuldade do paciente em compreender a escala de avaliação da dor ou conseguir relatar exatamente o que está sentindo é apontada como maior fator dificultador para profissionais de enfermagem, destacando-se como um obstáculo para uma assistência segura e eficaz.³

Em pacientes que apresentam dificuldades de comunicação, diminuição do nível de consciência ou que não conseguem comunicar verbalmente sua dor, o profissional a avalia por meio de expressões como: gemência, inquietude, agitação, choro, expressão facial e gestos protetores. Essa avaliação associada à alteração de sinais vitais também é relatada em estudo específico com idosos.⁹⁸ A alteração dos sinais vitais que podem ser verificados de maneira objetiva, como tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, representa para o profissional que o paciente pode estar sentindo dor. Este fato é corroborado por outros estudos também realizados com profissionais de enfermagem.^{28, 99}

Desenvolver uma atividade de EPS em um contexto institucional voltado à prática de educação continuada é desafiador para todos os envolvidos no processo. Porém, conforme apontado nos resultados deste estudo, os participantes demonstraram interesse em participar e contribuir com a atividade educativa. O ponto de partida para a ação foram o conhecimento prévio dos profissionais e sua prática diária. A possibilidade de participação em atividades como esta propicia que o profissional amplie e aprofunde o seu conhecimento sobre dor, cria e facilita espaços de trocas e produção de conhecimento coletivo e amplia o diálogo.^{100,101}

O conhecimento predominante dos profissionais de enfermagem da escala visual numérica para avaliar a dor também é apontado em outro estudo realizado com profissionais de enfermagem. Esse resultado pode estar associado à facilidade de aplicação dessa escala ao público adulto.¹⁰⁰

Evidenciou-se a percepção dos profissionais a respeito da sua autorresponsabilização pelo seu aprendizado, ou seja, de não esperar que a instituição em que atuam ofereça momentos de reflexão e aprendizado sobre sua prática, mas que os próprios trabalhadores busquem medidas para sanar as suas

dificuldades e manterem-se atualizados. Salieta-se que essa necessidade faz com que o profissional incorpore o ensino e o aprendizado à sua vida cotidiana, incluindo suas práticas sociais e laborais, no lugar em que ocorrem.⁹

A atividade proposta pretendia fazer com que os profissionais refletissem sobre a sua prática, o que foi atingido, conforme apontado neste estudo. Porém, a mudança de práticas a partir dessa reflexão ainda não foi alcançada, conforme relatado. Entende-se que, a partir do momento em que o profissional enxerga a sua prática como fonte de conhecimento e problemas, e reflete acerca disso, as mudanças em sua prática aparecem ao longo do tempo, não como um resultado imediato, mas como resultado de um pensar crítico e reflexivo sobre suas ações.⁹

A utilização de analgésicos para manejar a dor do paciente está presente na maioria das falas, porém são raros os discursos que trazem outros métodos que podem possibilitar o alívio da queixa algica do paciente. Verifica-se que a escolha farmacológica para alívio da dor é cultural entre profissionais de saúde e cuidadores, deixando em segundo plano medidas não farmacológicas e excluindo os familiares no processo de cuidado e manejo de dor.¹⁰² A literatura aponta outras medidas além das farmacológicas que também podem aliviar a dor, como: manter um relacionamento de confiança entre profissional e paciente, criação de um ambiente calmo e tranquilo, propiciar uma sensação de conforto geral; mudança de decúbito, distrações para desviar a atenção da dor, promoção de autoconfiança, estabelecimento de uma boa comunicação e empatia e, ainda, apoio emocional ao paciente e sua família.¹⁰³ Em estudo realizado na pediatria, a utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor é a primeira escolha diante da queixa algica do paciente, como distração da criança e utilização de brinquedos, destacando a relevância do registro dessas medidas em prontuário.¹⁰⁴

Em relação ao método utilizado para desenvolver a atividade, os profissionais apontaram que a possibilidade de discussão de suas práticas, em um ambiente separado da unidade de internação, proporcionou troca de experiências e foi vista como um momento positivo. Embora, alguns participantes tenham relatado a preferência pelo método tradicional de ensino, com momentos presenciais, relatando que teriam seu aprendizado otimizado, a literatura aponta que metodologias que utilizam *e-learning* são cada vez mais presentes nas instituições. Em estudo que comparou a utilização de *e-learning versus* atividade presencial, verifica-se que não

houve diferença significativa entre os métodos para a apreensão do conteúdo e aprendizagem por parte de enfermeiros.¹⁰⁵

A utilização da técnica de roda de conversa foi avaliada como uma oportunidade de diálogo entre os colegas sobre suas rotinas e práticas. Aponta-se que as rodas de conversa se constituem como um importante espaço de discussão dos processos de trabalho, além disso, possibilitam um novo espaço para aprendizagem.¹⁰⁶ Os participantes sentem-se acolhidos, apoiados, seguros e mais empoderados para a tomada de decisões e condutas em relação ao cuidado.¹⁰⁷

Diferente das rodas de conversa que ocorreram presencialmente, o fórum de discussão, disponível na plataforma *online*, também foi um espaço de discussão dos participantes. O fórum é um importante instrumento de diálogo utilizado na educação a distância, oferece um ambiente de aprendizagem individual e coletivo.¹⁰⁸ Estudo aponta que o fórum de discussão contribui para o aprendizado, a partir do momento em que o participante expõe a sua opinião, participa e lê os comentários postados. Porém, esse aprendizado pode ser limitado devido à superficialidade das discussões e baixa interação entre os participantes.¹⁰⁹

A utilização de exercícios e estudos de caso para que os participantes pudessem assimilar o conteúdo estudado na sua prática obteve bons resultados, cumprindo o objetivo proposto. O uso de estudos de caso é apontado como uma estratégia de ensino de habilidades de pensamento crítico na enfermagem, juntamente com questionamentos, aprendizagem interativa, mapa conceitual e aprendizagem baseada em problemas.¹¹⁰

Os profissionais destacaram como aspectos positivos algumas vantagens do ensino a distância, como, por exemplo: o ritmo individual de aprendizado, a flexibilidade de horário e não precisar se deslocar para a realização do mesmo.⁷⁰

Entre as dificuldades relatadas pelos profissionais está o fato de o curso *on-line* ser disponibilizado apenas dentro da instituição hospitalar. Tal fato deve-se aos frequentes acionamentos judiciais feitos por funcionários da instituição por utilizarem seu tempo de descanso para realizarem atividades de formação, devido a isso, a instituição padronizou o acesso à plataforma *Moodle* apenas dentro de suas dependências.¹³

A perspectiva de pensar no local de trabalho como gerador de conhecimentos e problemas não é exclusiva de uma única categoria profissional.⁹ Por isso, é iminente a necessidade de se conversar sobre dor com toda a equipe multiprofissional,

envolvendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, e todos os que são responsáveis pelo paciente dentro da instituição. É necessário fornecer orientações contínuas, manter a equipe sensibilizada e estimulada quanto à temática, a fim de melhorar a qualidade assistencial e amenizar o sofrimento dos pacientes e seus familiares.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais achados desta pesquisa-ação corroboram com estudos realizados com profissionais de saúde, que afirmam ser necessária maior disseminação do conhecimento e educação sobre a avaliação e o registro da dor. Este processo deve se iniciar durante sua formação e estender-se durante a prática, seja com a busca pessoal de conhecimento, ou então em atividades de educação permanente em saúde proporcionadas pelas instituições onde esses profissionais estiverem inseridos. Entre os principais aspectos pontuados pelo estudo estão as dificuldades sentidas pelos profissionais para avaliar a dor, seja pelo seu caráter subjetivo ou pela alta demanda de trabalho. Ainda apontaram a relevância de dar credibilidade à queixa do paciente e ser empático com a sua situação. Destacaram a insegurança para lidar com as condutas prescritas e a falta de atividades de educação permanente sobre o assunto, gerando sentimento de angústia nos profissionais. O presente estudo também evidencia a importância de atividades de educação permanente em saúde, pensadas e elaboradas a partir de demandas dos próprios profissionais, buscando assim a mudança nas práticas de saúde observadas nas instituições.

Compreende-se que, mesmo diante de algumas limitações, os objetivos propostos foram alcançados, na medida em que foi possível propor a realização de uma atividade em educação permanente em saúde sobre avaliação e registro da dor para profissionais de enfermagem utilizando o ensino a distância. Ainda, identificou-se que os profissionais da cirurgia vascular avaliavam a dor e atribuíam relevância à queixa do paciente. O curso desenvolvido na plataforma *Moodle* da instituição foi descrito de maneira positiva pelos participantes e propiciou principalmente a reflexão sobre as práticas profissionais de cada sujeito envolvido.

Destaca-se que o principal objetivo da educação permanente em saúde nesta ação alcançado foi a inserção dos trabalhadores como protagonistas do seu processo de educação. Conseguiram desenvolver o pensamento autocrítico, repensando suas práticas e vivências diárias e a forma como eles enfrentavam os desafios de cada dia. A troca de experiências, o compartilhamento das incertezas, angústias e também das conquistas, possibilitadas pelas rodas de conversa e fórum de discussão, aprofundaram o processo de aprendizagem e fizeram com que os profissionais

refletissem criticamente, e, a partir disso, a transformação das práticas é uma questão de tempo.

Para a pesquisadora e trabalhadora do contexto da ação, a sua realização possibilitou visualizar o quão desafiador é propor uma forma de educação apresentada de uma maneira diferente, um novo método de ensino, e fazer com que profissionais que atuavam havia anos refletissem sobre suas práticas e condutas. Além disso, permitiu identificar que a aplicação de uma proposta inovadora como esta, dentro de uma instituição pública, não é tão simples e fácil quanto parece. Porém, à medida que o estudo estava sendo realizado, a participação dos profissionais, bem como o seu retorno positivo diante da proposta foram extremamente motivacionais para o término e conclusão desta pesquisa.

Para os trabalhadores que participaram desta atividade foi proporcionado um ambiente em que pudessem expor suas dúvidas e angústias em relação à avaliação e registro da dor, bem como procurar soluções para as dificuldades que permeiam o seu dia a dia. Acima de tudo, repensar suas práticas e aperfeiçoar os seus saberes influenciam diretamente na assistência ao paciente, qualificando o cuidado prestado.

Os benefícios e contribuições do estudo para a instituição residem no fato de ter-se criado um momento que foi pensado, elaborado e executado em cima de reais necessidades dos trabalhadores, visto que a demanda surgiu no contato direto da pesquisadora com os trabalhadores em questão. Além disso, possibilitou o fortalecimento de uma cultura de educação permanente na instituição, visto que por diversas vezes recorreu-se aos profissionais de referência na área, bem como chefias e responsáveis por essas atividades dentro do hospital.

Ainda, a realização deste método de ensino, que foge dos modelos tradicionais na unidade de cirurgia vascular, permitiu afirmar que mais ações como esta são possíveis de serem aplicadas nas demais áreas do ambiente hospitalar, fazendo com que cada vez mais o trabalhador seja protagonista de seu aprendizado em seu contexto de trabalho e mobilizador de mudanças.

Entretanto, algumas dificuldades foram encontradas neste caminho e passíveis de ocorrer quando se pesquisa e age ao mesmo tempo. No momento da realização da pesquisa a instituição estava passando por mudanças estruturais em sua gestão, visto que o país passa por uma delicada situação econômica e política, refletindo em todos os setores, especialmente nos públicos, como a instituição em estudo, bem como na unidade de cirurgia vascular. Entre as mudanças encontradas estavam: a

diminuição de recursos humanos, a reformulação de algumas rotinas assistenciais, o aumento da demanda de trabalho e, possivelmente, a participação dos trabalhadores neste estudo. E este é um dos desafios da realização de uma pesquisa qualitativa.

Além disso, é necessário considerar o fato de a pesquisadora principal ser lotada na unidade de cirurgia vascular, fato ocorrido após o planejamento e encaminhamento ao Comitê de Ética deste projeto. Isso pode ter afetado os resultados deste estudo tanto de maneira positiva, quanto negativa. Visto que a realização de rodas de conversa com alguém com quem a equipe mantém uma relação de confiança pode ter proporcionado respostas mais fidedignas à realidade e, ao mesmo tempo, respostas “consideradas adequadas” para as situações propostas, por se tratar da sua “chefia imediata”. Destaca-se que a pesquisadora esclareceu em todos os encontros e momentos possíveis que a participação na pesquisa não influenciaria de nenhum modo na relação profissional exercida na unidade em questão.

Sugere-se que a realização de outros métodos de investigação e triangulação de métodos de coleta de dados possa enriquecer e verificar como os fatos relatados pelos profissionais realmente acontecem na prática e que alternativas podem ser discutidas e planejadas para serem colocadas em prática para a transformação da realidade. Apesar de não ter sido focado, foram utilizados diferentes instrumentos para coleta de dados, caracterizando uma triangulação.

Falar sobre dor e seu manejo é sempre necessário, por isso considera-se relevante continuar planejando e realizando atividades que propiciem essa conversa e troca de saberes entre os profissionais. Este método utilizado pode contribuir para que estratégias de mudança institucional sejam planejadas e direcionadas a uma prática de manejo de dor mais adequada a cada realidade de trabalho, não somente no contexto da cirurgia vascular e nesta instituição, mas em outras especialidades e realidades de trabalho na área da saúde.

REFERÊNCIAS

1 International Association for the Study of Pain [Homepage na Internet]. IASP Taxonomy [Acesso em 02 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>

2 Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A – An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 1988;12:173-83.

3 Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 01]; 24(1):50-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100007&lng=en.

4 Barros SRF, Pereira SSL, Almeida NA. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev. dor* [Internet]. 2011 June [cited 2016 Apr 01]; 12(2):131-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200010&lng=en.

5 Barbosa MH, Corrêa TB, Araújo NF, Silva JAJ, Moreira TM, Andrade EV, Barichello E, Cardoso RJ, Cunha DF. Dor, alterações fisiológicas e analgesia nos pacientes submetidos a cirurgias de médio porte. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2014; 16(1):142-50. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/v16n1.htm>

6 Macedo ACPA, Romanek FARM, Avelar MCQ. Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. *Rev. dor* [Internet]. 2013 June [cited 2016 May 02]; 14(2):133-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200012&lng=en.

7 International Association for the Study of Pain [Homepage na Internet]. 2017 Global Year Against Pain After Surgery [Acesso em 18 Fev 2017]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Advocacy/GYAP2016.aspx?ItemNumber=5718>

8 Hospital Nossa Senhora da Conceição. Contribuição pra a gestão dos doentes crônicos do Hospital Nossa Senhora da Conceição frente aos desafios da saúde no Brasil. Porto Alegre, RS: Serviço de dor e cuidados paliativos; 2012.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

10 França T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES): Relatório Final (Volume II). Rio de Janeiro; 2016.

11 Messina LA, Ribeiro Filho JL. (Org.). Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009). Rio de Janeiro: E-papers; 2013.

12 Grupo Hospitalar Conceição. Normas regulamentadoras de atividades para formação. Porto Alegre, RS; 2014.

13 Serres TF. A implementação da política nacional de educação permanente em saúde no Grupo Hospitalar Conceição: transmissão da Política, articulação institucional e voluntarismo. Porto Alegre. Trabalho de conclusão de curso [Graduação em Políticas Públicas] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

14 Lopes CMCP. Estudo para a implementação de plataformas de e-learning no sistema de formação dos recursos humanos da saúde: o caso particular dos enfermeiros de um hospital privado. Lisboa. Dissertação [Mestrado em intervenção sócio-organizacional na saúde] - Universidade de Évora; 2011.

15 Silva JS, C TAF, Ribeiro CJN, Santos VS, Alves JAB, Ribeiro MCO. Dor em pacientes atendidos na classificação de risco de um serviço de urgência. Rev. dor [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 May 05]; 17(1):34-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000100034&lng=en.

16 Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. Rev. dor [Internet]. 2011 June [cited 2016 May 11]; 12(2):138-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en.

17 Moraes Vieira EB, Garcia JB, da Silva AA, Muallem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. J Pain Symptom Manage. 2012 Aug; 44(2):239-51.

18 Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D., Lipton R. Lost productive time cost due to common pain conditions in the US workforce. JAMA, 2003; 290(18): 2443-54.

19 Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [Homepage na Internet]. SBED Classificação. [Acesso em 25 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.sbed.org.br/lermains_materias.php?cd_materias=172&friurl=_-Classificacao-_>

20 Tracey I, Bushnell MC. How Neuroimaging Studies Challenged Us to Rethink: Is Chronic Pain a Disease? The Journal of Pain, 2009; 10(11):1113-20.

21 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: 2005. 1.v.

22 Oliveira Júnior JO, Portella Junior CSA, Cohen CP. Mediadores inflamatórios na dor neuropática. Rev. dor [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 20]; 17(1):35-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500035&lng=en.

23 Associação Internacional para o Estudo da dor. [Homepage na Internet]. Fisiopatologia da dor pós-operatória – Ficha técnica nº3 [Acesso em 24 Fev 2017]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/files/2017GlobalYear/FactSheets/Portuguese/3.%20Fisiopatologia%20da%20Dor%20Aguda.Brennan-Zahn-Pt.pdf>

24 Associação Internacional para o Estudo da dor. [Homepage na Internet]. Dor crônica pós-operatória: Definição, impacto e prevenção – Ficha técnica nº4 [Acesso em 24 Fev 2017]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/files/2017GlobalYear/FactSheets/Portuguese/4.%20Dor%20Cr%C3%B4nica%20Pos-Operatoria.LavandHomme-Zahn-Pt.pdf>

25 Sadatsune EJ, Leal PC, Clivatti J, Sakata RK. Chronic postoperative pain: pathophysiology, risk factors and prevention. Rev. dor [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 20]; 12(1):58-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n1/v12n1a13.pdf>

26 Booss J, Drake A, Kerns RD, Ryan B, Wasse L. Pain as the 5th vital sign [toolkit on the internet]. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000 [cited 2016 Mai 09]. Available from: http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain_As_the_5th_Vital_Sign_Toolkit.pdf

27 Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2010 June [cited 2016 May 11]; 19(2):283-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009&lng=en.

28 Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2006 June [cited 2016 May 11]; 15(2):270-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en.

29 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov> >

30 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>

31 Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol.* [Internet]. 2011 Aug [cited 2016 May 24]; 51(4):304-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002&lng=en.

32 Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2008; 29(2):201-12.

33 Oliveira AM, Batalha LMC, Fernandes AM, Gonçalves JC, Viegas RG. Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. *Rev Enf Ref.* [Internet]. 2014 Dez [citado 2016 Maio 25]; serIV(3):121-30. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300014&lng=pt.

34 Onwasoanya A. Pain Management and Assessment for Healthcare Practitioners: Review Article. *J Anesth Pain Med*, 2016. 1(2):1-4;

35 Savino F, Vagliano L, Ceratto S, Viviani F, Miniero R, Ricceri F. Pain assessment in children undergoing venipuncture: the Wong–Baker faces scale versus skin conductance fluctuations. 2013; 1(37).

36 Pereira LV, Pereira GA, Moura LA, Fernandes RR. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2015 Oct[cited 2016 May 24]; 49(5):804-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500804&lng=en.

37 Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7

38 Castro CES. A formação lingüística da dor – versão brasileira do questionário McGill de dor [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.

39 Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted version of the mcgill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. *Braz Dent J. [Internet]*. 2006 [cited 2016 May 24]; 17(4): 328-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402006000400012&lng=en.

40 StChristophers. [Homepage na Internet]. Dame Cicely Saunders. [Acesso em 25 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders>

41 Hennemann-Krause L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012;11(2):26-31

42 Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and preventions. *Lancet* 2006; 367:1618-25.

43 American Society of Anesthesiologists [Homepage na Internet]. ASA Publications [Acesso em 22 May 2016]. Disponível em: <https://www.asahq.org/>

44 Silva MAS, Pimenta CAM, Cruz DALM. Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Apr 01]; 47(1):84-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100011&lng=en.

45 Barbosa TP, Beccaria LM, Pereira RAM. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 June 02]; 23(4):470-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000400012&lng=en.

46 Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2016 June 02]; 37(1): e5017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100401&lng=en.

47 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

48 Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):32-37

49 Chang KL, Fillingim R, Hurley RW, Schmidt S. Chronic pain management: nonpharmacological therapies for chronic pain. P Essent. 2015 May; 432:21-6.

50 Williams H. Sickle Cell Disease: A Review of Nonpharmacological Approaches for Pain. PeerJ. 2013 Feb; 1(37).

51 Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 June 02]; 20(4):1099-107. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401099&lng=en.

52 Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília (DF): Câmara dos Deputados, 2012. (Série textos básicos; n. 67)

53 Brasil. Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

54 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface- Comunic Saúde Educ. 2004/2005; 9(16): 161-77.

55 Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev esc enferm. USP [Internet]. 2007 Sep [cited 2016 May 24]; 41(3):478-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en.

56 Oliveira AEF, Ferreira EB, Sousa RR, Castro-Júnior EF, Maia MFL. Educação a distância e formação continuada: em busca de progressos para a saúde. Rev Bras Educ Méd. [Internet]. 2013 [cited 2016 May 24]; 37(4),578-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400014&lng=en&nrm=iso

57 Dicionário da educação profissional em saúde. Educação permanente em saúde – Ceccim RB, Ferla AA. [Acesso em 02 março de 2017]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

58 Freire, P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.

59 Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos SMR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Oct [cited 2017 Mar 31]; 45(5): 1229-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500028>.

60 Brasil. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 23 dez. 1996; seção 1, p. 27833-41.

61 Brasil. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5800, de 8 de junho de 2006. Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil – UAB. Diário Oficial da União. Brasília, 09 jun. 2006; Seção 1, p. 4.

62 Alonso, Katia Morosov. A EaD no Brasil: sobre (des)caminhos em sua instauração. *Educ. rev.* [online]. 2014 [cited 2016 Jun 01]; (spe 4), 37-52. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602014000800037&lng=en&nrm=iso>.

63 Brasil. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 09 dez. 2010; Seção 1, p. 1.

64 Valente JA. Blended elearning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. *Educar em Revista*. 2014 [cited 2016 July 13]; Ed. Especial 4:79-97.

65 Almeida MEB. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. *Educ Pesqui.* [Internet] 2003 Dec [cited 24 May 2016]; 29(2):327-40. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022003000200010&lng=en&nrm=iso>.

66 Gross E, Santana LF, Souza MCS, Cunha RM. Motivar para o ensino à distância no ambiente Moodle. *Ver. Pós-Graduação*. 2007; 1(2):84-7.

67 Xelegati R, Évora YDM. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem em eventos adversos em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 June 02]; 19(5):1181-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500016&lng=en.

68 Grossi MG, Kobayashi RM. A construção de um ambiente virtual de aprendizagem para educação a distância: uma estratégia educativa em serviço. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 June [cited 2016 June 02]; 47(3):756-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300756&lng=en.

69 Prado C, Vaz DR, Almeida DM. Teoria da aprendizagem significativa: elaboração e avaliação de aula virtual na plataforma Moodle. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 June 02]; 64(6):114-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600019&lng=en.

- 70 Mezzari, A. O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de aprendizagem Moodle. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2011 [cited 2016 June 02]; 35(1):114-21. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100016&lng=en&nrm=iso>.
- 71 Silva A, Rebelo S, Nunes C, Spanhol F, Santos J. Modelos utilizados pela educação a distância: uma síntese centrada nas instituições de ensino superior brasileiras. *Revista Gestão Universitária na América Latina – GUAL*. 2011; 4(3):153-69.
- 72 Esteban MPS. *Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 73 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- 74 Silva JC, Morais ER, Figueiredo MLF, Tyrrell MAR. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mai-jun; 64(3):592-5.
- 75 Monteiro CFS, Moreira MRC, Oliveira EAR, Moura MES, Costa JV. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Apr 11]; 31(1):167-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100023&lng=en.
- 76 Ministério da Educação - Brasil. Portaria Normativa Nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Brasília (DF): MEC; 2009.
- 77 Grupo Hospitalar Conceição [Homepage na Internet]. GHC Institucional – Quem somos. [Acesso em 11 Abr 2016]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>
- 78 Zabala A. *A prática educativa: como ensinar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1998.
- 79 Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 14]; 18(Supl

2):1299-1311. Available from:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000701299&lng=en.

80 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): MS, 2012.

81 Fiuza PJ, Sarriera JC. Motivos para adesão e permanência discente na educação superior a distância. *Psicol. cienc. prof.* 2013; 33(4):884-901. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400009&lang=pt

82 Sousa ASQ, Maciel CE. Expansão da educação superior: permanência e evasão em cursos da Universidade Aberta do Brasil. *Educ. Rev.* 2016; 32(4):175-204.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982016000400175&lang=pt

83 Bittencourt IM, Mercado LPL. Evasão nos cursos na modalidade de educação a distância: estudo de caso do Curso Piloto de Administração da UFAL/UAB. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* 2014; 22(83):465-504 Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362014000200009&lang=pt

84 Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1):84-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n1/a12v31n1>

85 Rizzardi CDL, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde*, São Paulo. 2010; 34(4):483-7. Available from: http://www.saocamilos-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf

86 Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Rev. Bioética.* 2002; 6(5): 51-72. Available from:

http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215

87 Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro. 2010; 34(2), 261-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lang=pt

88 Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2001; 9(4):7-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400002&lng=pt.

89 Kipel AGB, Franco SC, Muller LA. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. Rev. dor [Internet]. 2015 Sep; 16(3):198-203. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300198&lng=en.

90 Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005 Out; 13(5):692-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500013&lng=pt.

91 Carvalho PL. O “round” de enfermagem como estratégia de ensino. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010; 2(Ed. Supl.):781-5. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1130/pdf_282

92 Nascimento LA, Santos MR, Aronilli P, Martins MB, Kreling MCGD. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opioides. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 out/dez; 13(4):714-20. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a16.htm>.

93 Spier IE. Análise do processo de prescrição médica em um centro de tratamento intensivo de um hospital de alta complexidade em Porto Alegre. Porto Alegre. Trabalho de conclusão de curso [MBA em gestão de negócios em saúde] – Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016.

94 Jucá-Vasconcelos HP. Psicologia e Visita Médica: construção e reconhecimento de um lugar para o psicólogo hospitalar. IGT na Rede. 2011; 15(8).

95 Matheus MCC, Pinho FS. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. Acta paul. enferm. [Internet]. 2006 Mar; 19(1): 49-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100008&lng=en.

96 Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 Mar; 42(1): 12-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100002&lng=pt.

97 Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves SA, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *J Health Sci Inst.* 2010; 28(1):35-41. Disponível em: http://200.196.224.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf

98 Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2006 Apr; 14(2): 271-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200018&lng=en.

99 Miranda AFA, Silva LF, Caetano JA, Sousa AC, Almeida PC. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Apr; 45(2): 327-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200004&lng=en.

100 Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Dal Secco LM, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev. dor* [Internet]. 2011 Sep; 12(3): 221-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300005&lng=en.

101 Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 Feb; 63(1): 38-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007&lng=en.

102 Silva LDG, Tacla MTGM, Rossetto EG. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2010 Sep; 14(3): 519-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300013&lng=en.

103 Rigotti M, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde* 2005 jan-mar; 12(1):50-4. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>

104 Francischinelli AGB, Modena T, Morete MC. Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. *Rev Dor*. 2009; 10(1):19-24.

105 Padalino Y, Peres HHC. E-learning: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 June; 15(3): 397-403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300006&lng=en.

106 Cardoso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saude soc.* [Internet]. 2012 May; 21(Suppl 1): 18-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002&lng=en.

107 Costa RRO, Filho JB, Medeiros SM, Silva MBM. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Rev. de Atenção à Saúde*. 2015; 43(13): 30-6.

108 Farias SC. Os benefícios das tecnologias da informação e comunicação (TIC) no processo de educação a distância (EAD). *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*. Campinas, SP, 2013; 3(11):15-29. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1628>

109 Jacobsohn L, Fleury M. A contribuição do fórum de discussão para o aprendizado do aluno: uma experiência com estudantes de administração. *REGE Revista de Gestão*, 2005; 12(1):69-80.

110 Crossetti MGO, Bittencourt GKGD, Schaurich D, Tancini T, Antunes M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [Internet]. 2009 Dec; 30(4): 732-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400021&lng=en.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AVALIADORES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) profissional,

Você está sendo convidado(a) a participar de maneira voluntária da pesquisa: “Educação permanente em saúde na modalidade a distância sobre dor vascular”.

Objetivo da pesquisa: Desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro de dor, para profissionais de enfermagem, na modalidade a distância.

Procedimento: Sua participação se dará por meio do preenchimento de um parecer avaliando o curso “Avaliação e registro da dor na enfermagem”, criado pela autora na plataforma *Moodle*. O parecer poderá ser enviado em formato eletrônico (*email*) no prazo de 15 dias.

Desconforto, riscos e benefícios: Os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto pela exposição de seu conhecimento durante a confecção do parecer.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido(a) sobre todo e qualquer aspecto que achar necessário, estando livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa ou interrupção de participação não acarretará em nenhum prejuízo de qualquer ordem. Todas as informações coletadas serão tratadas com sigilo de maneira profissional. Os resultados serão publicados e de maneira alguma seu nome ou qualquer outra característica que leve à sua identificação serão expostos, sendo seu nome codificado

para posterior publicação. Uma via deste consentimento informado será mantida em poder da pesquisadora e outra de mesmo teor de conteúdo será dada a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: Os participantes não terão nenhum ônus de ordem financeira, bem como também não receberão nenhum adendo econômico diante de sua participação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, afirmo que fui esclarecido(a) de maneira detalhada e precisa sobre os objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Possuo inteiro conhecimento de que minha participação é voluntária e que meu consentimento ou participação poderão ser interrompidos a qualquer momento sem prejuízos à minha pessoa.

Nome do(a) participante

Data: _____

Assinatura do(a) participante

Enf.^a Amanda Bierhals Bausch
Pesquisadora

Em caso de dúvidas ou qualquer prejuízo decorrente da participação na pesquisa, entrar em contato com:

Pesquisadora Responsável: Amanda Bierhals Bausch; Tel: (51)33572254 / 33572319. Endereço: Francisco Trein, 596 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre. *Email*: amandabbausch@gmail.com
Orientadora: Dra. Roberta Waterkemper; Tel: (51) 3303-8858 Endereço: Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre. *Email*: robswater@ufcspa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP - GHC):): Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre – Tel. (51) 3357-2407.

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) profissional,

Você está sendo convidado(a) a participar de maneira voluntária da pesquisa: “Educação permanente em saúde na modalidade a distância sobre dor vascular”.

Objetivo da pesquisa: Desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro de dor, para profissionais de enfermagem, na modalidade a distância.

Procedimento: Você participará de um curso sobre avaliação e registro da dor para a enfermagem. O curso tem a programação de 30 horas de duração, divididas em dois meses, com encontros presenciais e com atividades a distância. Os encontros presenciais serão agendados previamente, no local e horário de serviço, com a realização de rodas de conversa com duração de aproximadamente uma hora cada. Nos encontros com roda de conversa será questionado acerca do seu conhecimento e experiência em avaliação e registro da dor, bem como sobre a experiência de participação do curso. As rodas de conversa serão mediadas pela pesquisadora, e as conversas serão gravadas para posterior transcrição e análise.

Desconforto, riscos e benefícios: Os participantes do estudo não estarão expostos a riscos, a não ser eventual desconforto pela exposição de seu conhecimento durante as rodas de conversa e participação de fóruns *online*.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido(a) sobre todo e qualquer aspecto que achar necessário, estando livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa ou interrupção de

participação não acarretará em nenhum prejuízo de qualquer ordem. Todas as informações coletadas serão tratadas com sigilo de maneira profissional. Os resultados serão publicados e de maneira alguma seu nome ou qualquer outra característica que leve à sua identificação serão expostos, sendo seu nome codificado para posterior publicação. Uma via deste consentimento informado será mantida em poder da pesquisadora e outra de mesmo teor de conteúdo será dada a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: Os participantes não terão nenhum ônus de ordem financeira, bem como também não receberão nenhum adendo econômico diante de sua participação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, afirmo que fui esclarecido(a) de maneira detalhada e precisa sobre os objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Possuo inteiro conhecimento de que minha participação é voluntária e que meu consentimento ou participação poderão ser interrompidos a qualquer momento sem prejuízos à minha pessoa.

Nome do(a) participante

Data: _____

Assinatura do(a) participante

Enf.^a Amanda Bierhals Bausch
Pesquisadora

Em caso de dúvidas ou qualquer prejuízo decorrente da participação na pesquisa, entrar em contato com:

Pesquisadora Responsável: Amanda Bierhals Bausch; Tel: (51)33572254 / 33572319. Endereço: Francisco Trein, 596 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre. *Email*: amandabbausch@gmail.com

Orientadora: Dra. Roberta Waterkemper; Tel: (51) 3303-8858 Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245 – Porto Alegre. *Email*: robswater@ufcspa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP - GHC): Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre – Tel. (51) 3357-2407.

APÊNDICE C: CONVITE AOS AVALIADORES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

CONVITE AOS AVALIADORES

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos desenvolvendo o projeto “Educação permanente em saúde na modalidade a distância sobre dor vascular”, o qual faz parte de um projeto de mestrado profissional em Enfermagem da aluna Amanda Bierhals Bausch. Tem como objetivo desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde sobre avaliação e registro de dor, para profissionais de enfermagem, na modalidade a distância. O estudo será desenvolvido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), no curso de Mestrado Profissional em Enfermagem.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do estudo, auxiliando na avaliação do Curso “Avaliação e registro da dor na Enfermagem”, que será desenvolvido em formato EaD por meio da plataforma *Moodle*. Sua participação poderá ser feita por meio eletrônico, encaminhando seu parecer por *email*.

Solicitamos que confirme sua participação respondendo a esta mensagem.

Desde já, agradecemos por sua atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Enf.^a Amanda Bierhals Bausch
Mestranda

Prof.^a Dr.^a Roberta Waterkemper
Orientadora PPGEnf – UFCSPA

APÊNDICE D: ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA INICIAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA INICIAL

1. Conhecimento sobre avaliação da dor;
2. Percepção em relação ao autoconhecimento de avaliação da dor;
3. Como ocorre a avaliação e registro da dor na prática;
4. Atribuição de relevância para a dor do paciente;
5. Influência de experiências prévias na avaliação da dor do paciente;
6. Dificuldades para avaliar a dor;
7. Fatores facilitadores para avaliação e registro da dor.

APÊNDICE E: ORIENTAÇÃO DE ACESSO AO CURSO NA PLATAFORMA *MOODLE*

Avaliação e registro da dor em unidades de internação cirúrgica: Uma proposta de educação permanente em saúde

Pesquisadora: Enf.^a Amanda Bierhals Bausch

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Waterkemper

Participação: Somente equipe de enfermagem do 3B1

Curso no *Moodle*: Avaliação e registro da dor pela equipe de enfermagem

1. Acessar o endereço: <cursos.ghc.com.br/moodle/> **IMPORTANTE**: Só é possível acessar o *Moodle* do GHC dos computadores do GHC, conectados em rede.
2. No canto superior direito da tela, clicar em [Acessar].
3. Aparecerá a tela de *login*. Se este for o seu primeiro acesso, clicar na opção “Sou funcionário e não possuo cadastro”.
4. Após realizar o seu cadastro, informe à Pesquisadora Enf.^a Amanda Bausch para realizar a sua inscrição no curso proposto. Como se trata de um projeto de pesquisa, seu acesso é restrito e só aparecerá após a autorização da pesquisadora responsável.
5. Após confirmada a sua inscrição, acesse novamente a plataforma. Aparecerão as opções de cursos disponíveis. Clique em: Avaliação e registro da dor pela equipe de enfermagem. É o terceiro curso disponível. Será necessário rolar a tela para baixo.
6. Muito bem. Agora você já possui o acesso ao curso e já chegou até ele. É constituído por seis módulos sequenciais. Na primeira tela irá aparecer uma breve explicação sobre o curso e o fórum de notícias, onde serão publicadas as datas dos próximos encontros.
7. Em cada módulo aparecerá uma “caixinha”. Para abrir o módulo, basta clicar sobre a caixinha. Em seguida clique em “Entrar”.
8. Cada módulo conta com um menu à sua esquerda, que vai sendo marcado automaticamente conforme você acessa. O número de acessos é ilimitado, acesse quantas vezes considerar necessário.
9. Em caso de dúvidas, pergunte para a pesquisadora responsável – Enf.^a Amanda Bausch.

Email: amandabbausch@gmail.com Fone: 51 985485785

Desde já, agradecemos a sua participação. Aproveite o curso!

APÊNDICE F: ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA FINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ROTEIRO DA RODA DE CONVERSA FINAL

1. Após a realização do curso: aprendizado sobre avaliação da dor;
2. Segurança para avaliação da dor dos pacientes;
3. Dificuldades ainda presentes;
4. Contribuições do curso para a prática profissional;
5. Opinião sobre o curso: aspectos positivos, dificuldades encontradas, sugestões de melhorias;
6. Recomendações do curso para outros profissionais da instituição de trabalho.

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GHC



HOSPITAL N. 3, DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Trindade, 146
CEP 91245-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3307.2000
CNPJ 10.787.180/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Instituto Psiquiátrico do Hospital Moina
Bentzen da Conceição S.A. I

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Curitiba, 3499, 30
CEP 91000-700 - Porto Alegre - RS
Fone: 3327.4100
CNPJ 10.787.180/0001-16

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Macielense, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3214.5226
CNPJ 10.883.024/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 58.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 24 de agosto de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16129

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

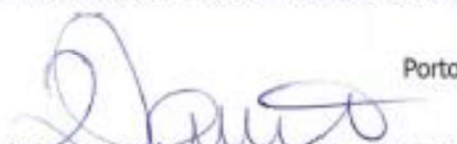
ROBERTA WATERKEMPER
AMANDA BIERHALS BAUSCH

Título: Avaliação e registro da dor em unidades de internação cirúrgica: uma proposta de educação permanente em saúde.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Esta emenda ao projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.


DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 24 de agosto de 2016.