

Manejo da dor de pacientes com aids: análise da estrutura gerencial em hospital de referência*

PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS WITH AIDS: ANALYSIS OF THE MANAGEMENT STRUCTURE OF A REFERENCE HOSPITAL

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON SIDA: ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA EN HOSPITAL DE REFERENCIA

Roberta Meneses Oliveira¹, Lucilane Maria Sales da Silva², Maria Lúcia Duarte Pereira³, Maria Aparecida Vasconcelos Moura⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a estrutura gerencial para o manejo da dor em pacientes com aids em um hospital de referência de Fortaleza, CE, Brasil. Pesquisa descritiva com enfoque qualitativo, desenvolvida no ano de 2010. Foram realizadas 20 entrevistas com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), analisadas segundo o referencial da análise de conteúdo. Os dados foram organizados em categorias: condições estruturais favoráveis e desfavoráveis. Constatou-se prevalência de condições desfavoráveis no discurso dos entrevistados, como ênfase no tratamento farmacológico, inexistência de atendimento específico para dor, insuficiência de profissionais experientes no manejo da dor, demanda elevada e falhas no sistema de referência e contrarreferência. Sugere-se instituir novo modelo gerencial de cuidado aos pacientes com aids, enfatizando atendimento interdisciplinar à dor, treinamento de profissionais e aprimoramento de registros em prontuários para utilização de métodos de avaliação e tratamentos mais eficazes.

DESCRITORES

Síndrome de imunodeficiência adquirida
HIV
Dor
Cuidados de enfermagem
Administração dos cuidados ao paciente

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the structure for the management of pain in patients with AIDS in a reference hospital in Fortaleza, Brazil. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in 2010. Twenty interviews were performed with health care professionals (physicians and nurses), and analyzed according to the methodology of content analysis. Data were organized into categories: favorable and unfavorable structural conditions. A prevalence of unfavorable conditions was found in the discourse of the interviewees, such as an emphasis on pharmacologic treatment, absence of specific care strategies for pain, lack of experienced professionals in handling pain, and a high demand and failure in the referral and counter-referral system. It is suggested that a new management care model be instituted for patients with AIDS, emphasizing an interdisciplinary approach to pain, training of health care professionals and improvement of chart records for use in evaluating pain relief methods and more effective treatments.

DESCRIPTORS

Acquired immunodeficiency syndrome
HIV
Pain
Nursing care
Patient care management

RESUMEN

El estudio objetivó analizar la estructura administrativa para el manejo del dolor en pacientes con SIDA en un hospital de referencia de Fortaleza-CE, Brasil. Investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, desarrollada en 2010. Fueron realizadas 20 entrevistas con profesionales de salud (médicos y enfermeros), analizadas según referencial de análisis de contenido. Los datos se organizaron en las categorías: Condiciones estructurales favorables y desfavorables. Se constató prevalencia de condiciones desfavorables en el discurso de los entrevistados, con énfasis en el tratamiento farmacológico, inexistencia de atención específica del dolor, insuficiencia de profesionales expertos en manejo del dolor, demanda elevada y fallas en el sistema de referencia y contra-referencia. Se sugiere instituir un nuevo modelo administrativo de cuidado al paciente con SIDA, enfatizando atención interdisciplinaria del dolor, capacitación de profesionales y mejora de historias clínicas para utilizar métodos de evaluación y tratamientos más eficaces.

DESCRIPTORES

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH
Dolor
Atención de enfermería
Manejo de atención al paciente

* Extraído da dissertação "Gerência do cuidado à pessoa com aids: enfoque na dor associada", Universidade Estadual do Ceará, 2010. ¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. menesesroberta@yahoo.com.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Professora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. lucilanemaria@yahoo.com.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-Doutora em Psicologia Social. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora de Ensino e Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Fortaleza, CE, Brasil. luciad029@gmail.com ⁴ Enfermeira. Doutora. Livre Docente. Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. maparecidavas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No atual contexto da saúde no Brasil, a dor tem sido um dos principais motivos de atendimento em situações de urgência e em ambulatórios de diversas especialidades médicas e demais profissionais de saúde. Em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids, em inglês), manifesta-se como sintoma comum, podendo ocorrer em todos os estágios da doença, apresentando-se de forma diferenciada em cada um deles. Quanto mais a doença progride, maior a incidência e intensidade⁽¹⁾.

Estima-se que a dor em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV, em inglês) ocorra em até 90% dos casos⁽²⁾. Especificamente, a dor ocorre por três motivos principais: sintoma do HIV; de outra doença ou infecção oportunista; ou efeito colateral das drogas do tratamento antirretroviral (TARV)⁽¹⁾.

Divulgam-se os princípios da gestão da dor para profissionais de saúde que cuidam de pessoas vivendo com HIV/aids, os quais envolvem: descrever a prevalência e os tipos de síndromes de dor encontradas em pacientes com AIDS, analisar o impacto psicológico e funcional da dor, bem como as barreiras ao tratamento adequado da dor neste grupo e em outros com doenças relacionadas ao HIV. Deve-se enfatizar, ademais, o controle da dor em pacientes infectados pelo HIV com histórico de abuso de substâncias, além de inserir médicos oncologistas como participantes ativos no cuidado aos pacientes com aids⁽³⁾.

Além disso, é premente a necessidade de analisar o gerenciamento do cuidado implementado em instituições, tendo em vista a importância de estabelecer ações cada vez mais individualizadas, com participação da equipe interdisciplinar na concepção de um modelo multidimensional de atendimento ao paciente com dor.

Para analisar o gerenciamento do cuidado, é fundamental conhecer a estrutura das instituições quanto à efetividade dos processos relacionados à assistência direta ao paciente e aos recursos aplicados, estrutura física, disponibilidade de medicamentos, entre outros.

Nos últimos 30 anos, pesquisas clínicas produziram melhorias terapêuticas para pacientes infectados com o HIV, contudo problemas de gerenciamento e controle da dor nesses pacientes, recentemente, começaram a ser motivo de estudo^(1,4). Desse modo, esta pesquisa objetivou analisar a estrutura gerencial para o manejo da dor em pessoas com aids em hospital de referência em doenças infecciosas.

Trata-se de estudo relevante sobre o manejo da dor de paciente hospitalizado com diagnóstico de aids, pois abor-

da a perspectiva do profissional de saúde sobre as ferramentas existentes na instituição em que trabalha para o efetivo manejo desse sintoma. Acredita-se que tal entendimento seja importante para o planejamento de ações resolutivas nesse contexto.

MÉTODO

Estudo desenvolvido em instituição hospitalar de referência no tratamento de doenças infecciosas no Estado do Ceará. A sua estrutura física compreendia unidades de internação, terapia intensiva, hospital-dia e serviço ambulatorial especializado para portadores de HIV/ aids, com profissionais da equipe multidisciplinar em atendimento diário.

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde, elencados por conveniência. Dentre os profissionais de saúde atuantes na instituição, elegeram-se médicos e enfermeiros, pelo fato de aqueles estabelecerem a terapêutica a ser instituída, e estes por desempenharem o cuidado nas 24 horas, assistindo o paciente em suas necessidades biopsicossociais, intervindo e viabilizando a realização de exames e procedimentos com vistas à recuperação.

Como critérios de inclusão, consideraram-se: tempo de atividade na instituição de, pelo menos, um ano; e assistência de pacientes com aids em unidades de internação, emergência, hospital-dia ou unidade de terapia intensiva. Ao final, estudo contou com a participação de 20 profissionais: oito médicos e 12 enfermeiros, quantitativo estabelecido pela saturação teórica dos dados colhidos nas entrevistas.

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada para coleta dos dados, constando de dados de identificação, formação profissional e relacionados ao manejo da dor, considerando os pontos relevantes para o gerenciamento do cuidado: existência de protocolo formal ou informal para avaliação da dor; descrição sobre o manejo da dor realizada pelo profissional; ações de cuidado ao paciente executadas e consideradas específicas para o cuidado da dor; e listagem das dificuldades e facilidades para o atendimento da dor na instituição. As entrevistas foram gravadas, permitindo maior acurácia dos dados, e realizadas nos intervalos de trabalho dos profissionais em dia de serviço.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁽⁵⁾, que abrange um conjunto de técnicas de organização de comunicações e informações, considerado procedimento frente a dados qualitativos para fazer emergir temas ou tópicos e conceitos ou conhecimentos. Compõe-se de fases distintas e complementares: pré-análise; preparação do material; exploração do material; categorização; tratamento dos resultados obtidos; e interpretação.

Nos últimos 30 anos, pesquisas clínicas produziram melhorias terapêuticas para pacientes infectados com o HIV, contudo problemas de gerenciamento e controle da dor nesses pacientes, recentemente, começaram a ser motivo de estudo.

O *corpus* do estudo foi constituído por 20 entrevistas, tendo sido definida a frase, unidade gramatical, como Unidade de Registro (UR). Por sua vez, o quantitativo de UR foi distribuído em categorias temáticas que emanaram da leitura aprofundada das entrevistas, versando sobre características comuns relativas à estrutura do serviço consideradas favoráveis (Categoria 1) ou desfavoráveis ao manejo efetivo da dor (Categoria 2).

Para garantir o anonimato dos entrevistados, médicos foram codificados com a letra 'M' e enfermeiros com a 'E', seguida de numeral arábico, conforme a ordem em que foram entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências sobre estrutura gerencial para o manejo da dor em pessoas com AIDS – Fortaleza, CE, maio/set. 2010

CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	f (%)	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	f (%)
1. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS (CEF)	13 (25,5)	1.1. Disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais (CEFDRHMO)	10 (19,6)
		1.2. Hospital de referência (CEFHR)	3 (5,9)
2. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS (CED)	38 (74,5)	2.1. Inexistência de atendimento específico para a dor (CEDIAED)	19 (37,2)
		2.2. Carência de profissionais com experiência em clínica da dor (CEDFPED)	9 (17,7)
		2.3. Demanda elevada (CEDDE)	7 (13,7)
		2.4. Falhas na referência/contrarreferência (CEDFRCR)	3 (5,9)

Nota: N=51

Os aspectos discutidos pelos profissionais sobre o gerenciamento do cuidado da dor em pacientes com aids estão descritos nas categorias a seguir.

Categoria 1: Condições estruturais favoráveis

Esta categoria reuniu 13 UR e aborda a percepção dos profissionais sobre as condições do serviço consideradas favoráveis ao manejo da dor.

Disponibilidade de recursos humanos, materiais e organizacionais

Quando indagados sobre as facilidades encontradas para o adequado manejo da dor na instituição, os profissionais ressaltaram a disponibilidade frequente de medicamentos, conforme se verificou em 10 UR.

O hospital dispõe, realmente, de toda a medicação! (E8).

Não temos falta de medicamentos, os médicos são atenciosos, deixam tudo prescrito! (E9).

A facilidade é que, a partir do momento em que o diagnóstico é definido, aí a medicação é adequada também! (E1).

Tratamento interdisciplinar sobre a dor não tem, mas medicamentos e profissionais pra prescrever e administrar a gente tem! (E12).

Outros pontos foram citados como relevantes para caracterizar a estrutura do serviço como adequada, os quais envolveram a estrutura organizacional propícia à realização de exames e ao monitoramento da resposta do pa-

ciente à internação e ao tratamento instituído. Tais aspectos foram abordados nas falas dos profissionais:

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise de conteúdo temática, em que foram apreendidas duas categorias e seis subcategorias, totalizando 51 unidades de análise temática.

Facilidades (que encontramos) é bater um raio X, fazer medicação, referenciar para um serviço específico... (E2).

A gente tem à disposição medicações, tem a questão do internamento, que você pode passar medicação para o paciente internado e monitorar a resposta (M4).

Os discursos dos enfermeiros denotaram a preocupação e a disposição dos profissionais em garantir conforto, segurança e alívio da dor aos pacientes, considerados condições favoráveis ao manejo efetivo desse sintoma na instituição.

Sempre que ele referir dor, a gente está pronta para intervir! (E7).

Quando ele não tá passando muito bem, está com dor, a gente coloca na poltrona, tenta dar certo conforto a ele! (E4).

Hospital de referência

Os profissionais pesquisados também consideraram a estrutura do serviço adequada para o manejo da dor no que diz respeito ao fato de a instituição ser referência no tratamento de HIV/aids.

Tudo está a nossa disposição, por ser um hospital de referência! (E9.)

Por ser um serviço de referência, a gente recebe muito paciente e atende! (M1).

Facilidade é porque aqui é um hospital de referência... tem muitos medicamentos, tem muitos funcionários, tem fisioterapeuta, só não temos fonoaudiólogos! (M2).

Categoria 2: Condições estruturais desfavoráveis

A categoria em tela merece destaque diante do quantitativo de unidades de registro reunidas, 38 UR. Metade abordava a inexistência de atendimento específico para a dor na instituição, e o restante dividiu-se em problemas relacionados à carência de profissionais com experiência, à demanda elevada de pacientes na instituição e, finalmente, às falhas na referência e contrarreferência entre unidades de saúde que atendiam à clientela de aids.

Inexistência de atendimento específico para a dor

Na busca por melhor avaliar a dor nos diversos cenários da saúde, protocolos e escalas de mensuração têm sido desenvolvidos e implementados em serviços para ajudar o profissional na abordagem desse sintoma. Sobre esse aspecto, 19 UR evidenciaram a preocupação dos profissionais diante da não existência de protocolo de avaliação da dor na instituição, apesar de considerada de referência. Os profissionais consideraram a ausência desse atendimento específico dificuldade para promover assistência direcionada e individualizada ao paciente com dor.

Por não existir um protocolo de condução dessa dor, a gente faz o básico: analgesia e as recomendações de fisioterapia motora (M3).

Dificuldades existem exatamente pela falta do protocolo... (E6).

Seria ideal um protocolo sistemático, mas ainda não temos! (E10).

Carência de profissionais com experiência em clínica da dor

Os profissionais pesquisados relataram falhas nos processos relacionados ao manejo interdisciplinar da dor, como observado em nove UR.

Às vezes, a gente fica só medicando e não tem aquela cultura da fisioterapia chegar junto (M3).

Em alguns pacientes (com dor), não existe medicação prescrita pra dor (E6).

A experiência dos profissionais foi questionada ao se analisar o seguinte discurso:

Específica para o manejo da dor, em relação ao cuidado de enfermagem... aqui não tem nada que eu considere específico! (E4).

Um dos profissionais comprovou a existência de barreiras para o atendimento aos pacientes com dor crônica na instituição.

Os profissionais de saúde não gostam de atender pacientes que se queixam de dor crônica (M7).

Demanda elevada

Nos discursos dos profissionais sobre as dificuldades gerenciais encontradas, sete UR destacaram a demanda elevada de pacientes na instituição.

Tem uma demanda muito grande aqui no hospital e a gente não tem tempo suficiente para poder dar para o paciente! (M4).

A gente tem muito paciente e não tem como focar em um tratamento específico, assim, só para dor! (M2).

Quando ele chega com dor e o médico assistente dele não está, a gente precisa mandar para o consultório, e a gente sabe que ele vai aguardar em uma fila... (E4).

Falhas na referência e contrarreferência

Nos discursos, três UR destacaram como os profissionais visualizavam as falhas na referência e contrarreferência, as quais eram vivenciadas diariamente no serviço.

Quando é uma cefaleia, você quer referenciar para um neurologista e não tem no momento! (M7).

Deixam a desejar quanto a essa história de referência! (E2).

Suspeitando da dor, eu tenho de encaminhar e só vou saber se o paciente melhorou ou não na volta para a consulta, que vai ser daqui a quatro meses... (M6).

DISCUSSÃO

A disponibilidade de medicamentos, para os profissionais investigados, configura-se como condição favorável para o manejo da dor. O acesso aos medicamentos e aos insumos essenciais para o controle da dor é discutido como fator transversal na garantia de serviço de qualidade, tanto do ponto de vista gerencial-orçamentário quanto técnico-científico, que se coaduna com diversos programas, ações e estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁷⁾.

Contudo, a intervenção terapêutica não deve visar, necessariamente, à remoção dos fatores causais e ao tratamento da dor com medidas farmacológicas, fisiátricas, anestésicas, psiquiátricas e neurocirúrgicas funcionais. Deve-se, especialmente, proporcionar reabilitação orientada por profissionais especializados no tratamento das incapacidades e competentes, o suficiente, para esclarecer condições e modificar crenças inapropriadas⁽⁸⁾.

Nesse contexto, verificou-se habilidade comportamental para gerenciar o cuidado com foco no manejo da dor, mostrando que a participação dos profissionais e a presença de projeto de trabalho comum são condições indispensáveis para que haja trabalhos verdadeiramente integrados no sentido de aliviar o sofrimento de pacientes hospitalizados. Isso requer atividade unificada, multidisciplinar, vinculada ao compromisso, envolvimento e responsabilidade de cada profissional da equipe de trabalho.

Percebeu-se, todavia, a crença de que a instituição, por ser de referência no atendimento de HIV/aids, apresentava condições favoráveis ao atendimento dos vários sintomas apresentados pelos pacientes, incluindo a dor. Instituições de referência, na maioria das vezes, dispõem de profissionais, materiais, equipamentos e medicamentos, o que comumente acarreta superlotação e pouca efetividade. No entanto, os profissionais entrevistados citaram que o hospital conseguia atender à demanda, justificando-se a prescrição e a disponibilidade de medicamentos como facilitadores do tratamento da dor.

As medidas pareceram insuficientes para atender às necessidades da clientela diante da sintomatologia, requerendo novas estratégias para melhorar a qualidade do atendimento e, por efeito, a condição de vida e saúde dos pacientes.

Ao abordar as condições desfavoráveis para o manejo da dor, destacou-se a inexistência de atendimento específico para dor na instituição. O achado corrobora resultados de recente pesquisa realizada em hospital universitário de Goiás, em que se evidenciou a ausência de rotina para avaliação sistematizada da dor em pacientes, pela equipe de enfermagem, considerando-se o resultado preocupante⁽⁹⁾. Os pesquisadores inferiram que o enfermeiro trabalha em contato direto com o paciente, tendo maior facilidade para analisar a intensidade da dor e a resposta do paciente à terapêutica analgésica instituída.

Outro estudo realizado em hospital privado de Fortaleza, Ceará, demonstrou que os enfermeiros tinham conhecimento incipiente sobre a sistematização do atendimento para o manejo adequado da dor, apesar da divulgação constante de diversos instrumentos e procedimentos disponíveis para sua avaliação⁽¹⁰⁾.

Instrumentos multidimensionais para medição da dor são aplicados ambulatorialmente, em que se dispõe de mais tempo e se pode conhecer melhor o paciente que vivencia a dor crônica. Para essa clientela, utilizam-se escalas que avaliam as multidimensões da dor, quais sejam a sensorial, a afetiva e a avaliativa, existindo as que incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os autorregistros por parte do paciente⁽¹¹⁾. No ambiente hospitalar, aplicam-se instrumentos unidimensionais para avaliação da experiência dolorosa, uma vez que medem a intensidade, uma das dimensões da dor.

A despeito dos dados amplamente divulgados na literatura, poucas são as instituições brasileiras que implementaram a rotina da avaliação da dor como o quinto sinal vital, denotando a necessidade de maior integração das equipes médica e de enfermagem no sentido de conscientização acerca da importância do estudo da fisiopatologia e do tratamento da dor, visando à evolução do paciente e humanização do tratamento hospitalar⁽⁹⁾.

Verificou-se expectativa dos entrevistados a respeito de um protocolo específico para facilitar o manejo da dor,

apesar de não terem sido comprovadas articulações no sentido da implantação desse instrumento.

Ademais, enfatizou-se a carência de profissionais atuantes na instituição com experiência no manejo da dor. Sabe-se que o inadequado manejo da dor agrava a condição de saúde e afeta a qualidade de vida do paciente. Além disso, nos pacientes hospitalizados, pode aumentar sua permanência na instituição e gerar reinternações constantes, o que repercute negativamente tanto para o paciente como para o serviço de saúde⁽¹²⁾.

O manejo adequado da dor inicia-se com avaliação médica do paciente, a qual envolve, por sua vez, diagnóstico adequado que permita o desenvolvimento de estratégias terapêuticas ótimas. Portanto, para que avaliação e tratamento sejam realizados eficazmente, faz-se necessário instituir programas interdisciplinares de dor, com profissionais capacitados para atuar em equipe, no sentido de fornecer resolubilidade à dor dos pacientes, os quais, em sua maioria, recorrem a numerosos recursos de atendimento de saúde, sem melhora satisfatória.

Evidenciou-se, ainda, inexistência de medicação prescrita para dor, o que denotou conhecimento e prática incipientes de médicos sobre o manejo adequado, além de evidenciar cuidado negligenciado, visto que é direito do paciente a avaliação e o tratamento adequados da dor⁽¹³⁾.

Outra pesquisa discutiu a problemática da subprescrição de analgésicos, em que profissionais enfermeiros referiram a dependência do médico em relação à prescrição adequada dessa classe de medicamentos, reiterando a complexidade da prescrição ineficaz como consequência da subestimação da dor por parte da equipe de saúde⁽¹⁴⁾.

O resultado também corrobora resultados de estudo que abordou a percepção de médicos sobre as barreiras encontradas para o manejo adequado da dor associada à aids. As principais dificuldades relatadas foram desconhecimento sobre o manejo da dor entre os profissionais, inaccessibilidade a especialistas no assunto e dúvidas relacionadas ao uso e à adição potencial de analgésicos opioides nessa clientela⁽¹⁵⁾.

Destaca-se, também, o desconhecimento do profissional de enfermagem, enquanto responsável direto pelo cuidado, no que diz respeito à identificação das atividades de enfermagem realizadas para o manejo da dor. A despeito desse resultado, atualmente, o enfermeiro é o profissional da equipe interdisciplinar que mantém contato mais próximo com o paciente, sendo pioneiro nos estudos e na implantação dos programas de avaliação da dor nos diversos cenários da saúde⁽¹⁶⁾.

Acrescenta-se ainda que, pela formação direcionada para o atendimento biopsicossocial do ser humano, o enfermeiro consegue avaliar, examinar e implementar estratégias não farmacológicas de eficácia ao alívio da dor, garantindo a qualidade de vida do paciente durante a hospitalização.

O manejo insatisfatório da dor crônica em portadores da aids foi tema de discussão em outra pesquisa⁽¹⁷⁾. Esta ressaltou que, embora menos frequente do que antes da implementação da terapia antirretroviral, a dor permanece recebendo manejo insatisfatório para seu alívio, sendo problema significativo que deve ser considerado, também, nos países desenvolvidos. Nestes, os profissionais nem sempre avaliam, sistematicamente, os sinais e sintomas dos pacientes, e instrumentos não validados são utilizados para esse propósito. Essa situação interfere na avaliação da dor e exige mais pesquisas em busca de melhores alternativas e instrumentos.

Os dados ainda são mais alarmantes em países subdesenvolvidos, em que os profissionais desconhecem seu papel diante do manejo adequado da dor, negligenciando a assistência e gerando graves repercussões para o processo de cuidar, tornando-o fragmentado, desvinculado e desumanizado.

Essas questões foram exploradas por estudiosos que apontaram relatos de enfermeiros, os quais referiram que a dor era subestimada pelos profissionais ligados diretamente à assistência aos pacientes, demonstrando que avaliação e alívio da dor eram percebidos como fatores secundários e que outros sintomas eram priorizados em detrimento da dor⁽¹⁴⁾.

O tratamento adequado da dor tem relevância para o bem-estar dos seres humanos, sendo legítimo que se reconheça e promova o tratamento da dor como categoria de um dos direitos fundamentais do homem. Tal reconhecimento servirá de base para a estrutura legal a ser incorporada ao direito nas legislações dos diversos países e será de cumprimento obrigatório nos tratados regionais e internacionais⁽¹⁸⁾.

Urge, portanto, combinação de programas educativos com determinações governamentais ou da gerência do serviço, exigindo de profissionais práticas que promovam o controle e alívio adequados da dor⁽¹³⁾.

Portanto, faz-se necessária implementação de protocolos de conduta nos níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da assistência, da regulação, da avaliação e do controle, assim como a capacitação e a educação permanente das equipes de saúde, a partir de um enfoque estratégico humanizado, envolvendo profissionais de nível superior e técnico, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde⁽¹⁰⁾.

Acentua-se, também, a demanda elevada como um dos principais pontos atribuídos ao manejo ineficaz da dor na instituição. A ênfase dada ao grande número de atendimentos vai de encontro à realidade de muitas instituições de saúde, em que estas reproduzem certa forma de lidar com o trabalho que privilegia a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam

que o seu objeto de trabalho é a doença ou o procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento⁽¹⁹⁾.

No âmbito do SUS, pode-se atribuir causas à existência dessa elevada demanda e o desafio em atendê-la. Uma delas é a dificuldade de efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho em alguns serviços; outras causas seriam o comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde; diferentes estilos de gestão das equipes, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde com os poderes locais e na relação entre o serviço de saúde e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda⁽²⁰⁾.

É imprescindível, portanto, valorizar a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; reorganizar o serviço, a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção da equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário; elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos; e promover mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas⁽¹⁹⁾.

Ações desse tipo devem ser desenvolvidas pelos sujeitos envolvidos no processo de assistir, desde os gestores e profissionais da saúde ao paciente, família e comunidade. Dessa forma, pode-se vislumbrar atendimento individualizado, pautado na integralidade da atenção à saúde.

A discussão sobre demanda gera outras reflexões, principalmente no tocante à integralidade das ações em saúde, o que foi aprofundado na subcategoria que versou sobre referência e contrarreferência. Os relatos apontaram falhas na referência e contrarreferência entre especialistas e os serviços que atendiam à clientela acometida por HIV/aids.

A atenção à saúde no SUS encontra-se organizada em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os níveis primário, secundário e terciário, por meio de mecanismos formais de referência e contrarreferência.

Na prática, representa postura prescritiva, presa à racionalidade formal, que não considera as necessidades e os fluxos reais das pessoas no sistema de saúde e, por isso, termina não se concretizando. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas⁽²¹⁾. O ideal seria a entrada do usuário no primeiro nível de atendimento do sistema de saúde e, posteriormente, este relatado aos demais, conforme necessidades.

A realidade apresentada nos discursos dos profissionais, que envolve o tratamento e acompanhamento dos pacientes com dor, foi consideravelmente prejudicada pela fragilidade do sistema de referência e contrarreferência, entendendo que, nesses casos, o problema se agrava pela necessidade urgente de melhora da dor no paciente como principal queixa.

Apesar do avanço principalmente relacionado ao tratamento com antirretrovirais, muitos desafios ainda persistem no âmbito da prevenção e assistência⁽²²⁾. Esses indivíduos continuam convivendo e enfrentando numerosas consequências advindas da soropositividade, relacionadas ao estigma e preconceito, com impacto nas relações sociais, familiares, afetivas e sexuais.

Investimentos devem ser realizados na formação do profissional, no processo de restauração da saúde do cliente, na melhoria das condições de vida, nas orientações quanto ao autocuidado, na simplificação e segurança dos procedimentos, como também no resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro das ações de enfermagem.

Mudança importante seria, portanto, desenvolver práticas gerenciais eficazes integradas entre as instituições que possam atender pessoas com HIV/aids e dor, fazendo com que o sistema de referência funcione, a contrarreferência seja eficiente e que os serviços possuam comunicação adequada para oferecer continuidade ao acompanhamento desse paciente na instituição de origem.

CONCLUSÃO

Identificou-se, com clareza, a estrutura gerencial de um serviço especializado para o manejo da dor em pa-

REFERÊNCIAS

1. Coughlan M. Pain and palliative care for people living with HIV/AIDS in Asia. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2004;17(1):91-104.
2. Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. *S Afr Med J*. 2004;94(6):450-4.
3. Breitbart W, Dibiase L. Current perspectives on pain in AIDS. *Oncology (Williston Park)*. 2002;16(7):964-8.
4. Nair SN, Mary TR, Prarthana S, Harrison P. Prevalence of pain in patients with HIV/AIDS: a cross-sectional survey in South Indian state. *Indian J Palliat Care*. 2009;15(1):67-70.
5. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(2):124-9.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-15.
7. Gadelha MIP. Tratamento da dor como política pública. In: Alves Neto O, organizador. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 141-2.
8. Pimenta CAM, Kurita GP, Silva EM, Cruz DALM. Validity and reliability of the Survey of Pain Attitudes (SOPA-28 items) in the portuguese language. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Mar 18];43(n.esp.):1071-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a11v43ns.pdf
9. Bressan FR, Alves Neto O, Nóbrega MS, Tribbis Júnior N. Estratégia para a implementação de um Serviço de Tratamento da Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. *Rev Dor*. 2010;11(1):45-9.

cientes com aids hospitalizados. Nesse contexto, a estrutura do hospital pôde ser devidamente analisada quanto a pontos favoráveis e desfavoráveis. Inicialmente, verificou-se, como condições favoráveis, a disponibilidade de recursos materiais, humanos e organizacionais, além do fato de a instituição ser referência, o que denotava a existência de equipe capacitada para atender às abundantes queixas levantadas pelos doentes nos atendimentos diários.

Como principais fatores impeditivos ao adequado manejo da dor na instituição, constatou-se o grande número de pacientes, a inexistência de atendimento específico ou protocolos para gerenciar as decisões relacionadas à dor e as frequentes falhas interinstitucionais quanto a referência e contrarreferência.

Foi possível perceber que, apesar de ser considerada instituição de referência, mostrou atendimento fragilizado, em que os profissionais até conseguiam visualizar as facilidades e dificuldades encontradas no cotidiano para atender à sintomatologia da dor. No entanto, realizavam assistência informal, baseada em percepções individuais, não fazendo uso de modelos preconizados para a área do atendimento à dor, como uso de escalas ou instrumentos destinados à avaliação mais acurada.

Constatou-se a necessidade de repensar o atual manejo da dor na instituição, o que implica reestruturar o modelo de gerenciamento do cuidado ao paciente hospitalizado, aprimorar os recursos organizacionais, materiais e humanos atuantes, capacitando-os para a avaliação da dor como rotina, além de desenvolver cultura de análises e registros acurados desse sintoma, para que terapêuticas sejam mais bem implementadas e garantam satisfação analgésica ao paciente.

10. Oliveira RM, Silva LMS, Leitão IMTA. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2010 [citado 2012 mar. 18];4(3):53-61. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/995>
11. Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 25];18(1):3-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_02.pdf
12. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;(6):422-7.
13. Ferreira KASL, Teixeira MJ. Princípios gerais do tratamento da dor. In: Alves Neto O, organizador. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 943-56.
14. Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):300-7.
15. Breitbart W, Kaim M, Rosenfeld B. Clinician's perceptions of barriers to pain management in AIDS. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(3):203-12.
16. Sánchez-Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava J. Management of pain in nursing studies. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12(1):81-85.
17. Spirig R, Nicca D, Voggensperger J, Unger M, Werder V, Niepmann S. The advanced nursing practice team as a model for HIV/AIDS caregiving in Switzerland. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004;15(3):47-55.
18. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Ciênc Cult* [Internet]. 2011 [citado 2012 mar. 16];63(2):32-7. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252011000200011&script=sci_arttext
19. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília; 2009.
20. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):438-46.
21. Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 27-41.
22. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Quality of life in women with HIV/aids in a municipality in the state of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 18];45(1):230-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_32.pdf