

Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca**Pain assessment in postoperative cardiac surgery**Evaluación del dolor en posoperatorio de cirugía cardíaca***Érica Vieira de Andrade¹, Maria Helena Barbosa², Elizabeth Barichello³****RESUMO**

Objetivos: Avaliar a intensidade da dor, em pacientes no pós - operatório de cirurgia cardíaca; identificar possíveis associações entre alterações fisiológicas (taquicardia, taquipnéia, elevação da pressão arterial, sudorese, palidez cutânea, náuseas, vômitos) e dor pós-operatória; e descrever a analgesia utilizada. **Métodos:** Estudo prospectivo que avaliou 30 pacientes de um hospital público de ensino, do pós-operatório imediato ao 4º pós-operatório. Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* para análise dos dados. **Resultados:** A maioria (26 / 86,7%) dos pacientes apresentou dor, sendo 19 (63,3%) no 1º pós-operatório. Verificou-se predominância de dor leve em todos os tempos avaliados. Houve correlação ($p < 0,001$) entre dor e presença de alterações fisiológicas, sendo mais freqüentes, taquipnéia e aumento de pressão arterial. A analgesia utilizada foi medicamentosa, sendo opióides e analgésicos simples os mais prescritos. **Conclusão:** A dor esteve presente em todos os períodos avaliados, de intensidade leve, e influenciou principalmente na ocorrência de taquipnéia e elevação de pressão arterial. Somente fármacos foram utilizados para analgesia.

Descritores: Dor pós-operatória; Procedimentos cirúrgicos cardíacos; Medição da dor

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the intensity of pain in patients after cardiac surgery; the study aimed to: 1- identify possible associations between physiological alterations (tachycardia, tachypnea, increased blood pressure, sweating, paleness, nausea and vomiting) and postoperative pain, and 2- describe the used analgesia. **Methods:** This prospective study evaluated 30 patients in a public teaching hospital, from the immediately postoperative period till the 4th postoperative day. To analyze the data was used the software Statistical Package for Social Sciences. **Results:** Most (26/86.7%) patients had pain, being 19 (63.3%) in the 1st postoperative day. It was found a predominance of mild pain during all occasions of evaluation. Also was found a correlation ($p < 0.001$) between pain and the presence of physiological alterations, most frequently, tachypnea and increased blood pressure. The analgesia was treated with drugs, being the opiates and simple analgesics the most prescribed. **Conclusion:** A mild pain was present during all periods which influenced mainly the occurrence of tachypnea and high blood pressure. Only drugs were used for analgesia.

Keywords: Postoperative pain; Cardiac surgical procedures; Pain measurement

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la intensidad del dolor en pacientes en posoperatorio de cirugía cardíaca; identificar posibles asociaciones entre alteraciones fisiológicas (taquicardia, taquipnea, elevación de la presión arterial, sudoresis, palidez cutánea, náuseas, y vômitos) y dolor posoperatorio; y, describir la analgesia utilizada. **Métodos:** se trata de estudio prospectivo que evaluó 30 pacientes de un hospital público de enseñanza, en el posoperatorio inmediato y en los cuatro días siguientes. Se utilizó el *software Statistical Package for the Social Sciences* para analizar los datos. **Resultados:** La mayoría (26/86,7%) de los pacientes presentó dolor, siendo 19 (63,3%) en el 1º posoperatorio. Se verificó la predominancia de dolor moderado en todos los instantes evaluados. Hubo correlación ($p < 0,001$) entre dolor y presencia de alteraciones fisiológicas, siendo más frecuentes la taquipnea y el aumento de presión arterial. La analgesia utilizada fue medicamentosa, siendo opiáceos y analgésicos simples los más prescritos. **Conclusión:** El dolor estuvo presente en todos los períodos evaluados, fue de intensidad moderada, e influyó principalmente en la ocurrencia de taquipnea y en la elevación de la presión arterial. Solamente fármacos fueron utilizados en la analgesia.

Descriptores: Dolor postoperatorio; Procedimientos quirúrgicos cardíacos; Dimensión del dolor

* Pesquisa realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (MG), Brasil.

¹ Enfermeira graduada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba (MG), Brasil.

² Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da UFTM, Uberaba (MG), Brasil.

³ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da UFTM, Uberaba (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO

Apesar do avanço das drogas analgésicas, de suas diferentes vias de administração e das técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor, esta ainda é considerada um importante problema no período pós-operatório.

A dor pós-operatória é um fenômeno comum, que, além de causar sofrimento, pode expor os pacientes a riscos desnecessários⁽¹⁾. É uma das formas predominantes de dor aguda e representa um problema social, econômico e de saúde, sendo aliviada em menos de 30% a 50% de pacientes adultos e pediátricos⁽²⁾.

A cirurgia cardíaca provoca alteração de diversos mecanismos fisiológicos, contato com medicamentos e materiais que podem causar danos ao organismo, além de gerar grande estresse orgânico⁽³⁾. Embora a dor seja freqüente após essa cirurgia, entre 50% e 75% dos pacientes não recebem tratamento analgésico apropriado⁽⁴⁾.

Controlar a dor é indispensável para a assistência global ao paciente, pois estímulos dolorosos prolongados possivelmente causam sofrimento e complicações no pós-operatório⁽⁵⁾, que se relacionam com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória⁽²⁾.

A dor pode causar, no organismo, diversas alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrintestinais e urinárias, além de prejudicar a movimentação e a deambulação precoces e interromper o sono, gerando cansaço, fadiga e menor motivação para colaborar com o tratamento⁽¹⁾.

A dor no pós-operatório é um indicador importante para se avaliar os danos físicos e psicológicos dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca⁽⁶⁾. Sendo assim, a analgesia é um aspecto relevante neste período, indispensável para o bem-estar do paciente e para a obtenção de sua cooperação⁽⁷⁾.

Visto que a dor pós-operatória pode influenciar na recuperação do paciente, o seu controle implica em adequar o tratamento analgésico às necessidades de cada indivíduo⁽⁸⁾.

Por isso, os instrumentos utilizados para avaliar a dor facilitam a comunicação entre paciente e profissional, tornando possível determinar a incidência, a duração, a intensidade e o alívio da dor alcançado, decorrente das diversas técnicas analgésicas utilizadas⁽⁹⁾.

Considerando o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, e que desempenha papel fundamental para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, inclusive no manejo da dor pós-operatória, propôs-se a realização deste estudo, com os seguintes objetivos:

Avaliar a intensidade da dor, em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca; identificar possíveis associações entre alterações fisiológicas (taquicardia, taquipnéia, elevação da pressão arterial, sudorese, palidez cutânea, náuseas, vômitos) e dor pós-operatória; e descrever a analgesia utilizada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público, de ensino, que atende pacientes de alta complexidade, localizado no município

de Uberaba – Minas Gerais.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob Protocolo n° 995/2007, iniciou-se a coleta dos dados.

Os dados foram coletados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI Coronariana) e Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC) da referida instituição, campo de estudo.

A população alvo foi constituída por 39 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período de dezembro de 2007 a abril de 2008. Destes, 30 pacientes atenderam aos critérios de inclusão do estudo: adultos com idade de 18 anos ou mais, em pós-operatório de cirurgia cardíaca; conscientes e que verbalizaram; e aceitação de participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constituindo-se na amostra desta pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se um instrumento específico para este fim, constituído de três partes. A primeira parte referia-se aos dados sócio-demográficos; a segunda aos aspectos relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico; e a terceira, à avaliação da intensidade da dor, às alterações fisiológicas identificadas e ao esquema analgésico prescrito.

Utilizaram-se os registros dos escores da American Society of Anesthesiologists (ASA) da avaliação clínica pré-anestésica, realizada pelo anestesiolologista no período pré-operatório imediato. Estes dados, juntamente com aqueles referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico e ao esquema analgésico utilizado foram obtidos das fichas de perioperatório e da prescrição médica nos prontuários dos pacientes.

A avaliação da dor pós-operatória foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista com o paciente, o qual foi questionado sobre a presença de dor no momento atual da avaliação. Para quantificar este sintoma, utilizou-se a Escala Numérica Verbal graduada de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor já sentida. A intensidade da dor foi então classificada em sem dor (0), dor leve (1 a 4), dor moderada (5 a 7) e dor intensa (8 a 10)⁽¹⁰⁾.

A localização da dor foi obtida por indicação ou relato verbal do paciente, sendo classificada em incisão cirúrgica na região do esterno, incisão cirúrgica no membro inferior, tórax anterior, tórax posterior e outros locais.

Para identificar as alterações fisiológicas (taquicardia, taquipnéia, elevação da pressão arterial, sudorese, palidez cutânea, náuseas e vômitos) que podem estar associadas à dor^(1,11-12), a pesquisadora realizou, após a entrevista, a avaliação clínica do paciente, verificando a presença ou não destas alterações.

Os seguintes parâmetros foram considerados para a identificação das alterações: taquicardia (> 100 bpm), taquipnéia (>20 irpm)⁽¹³⁾ e aumento de pressão arterial (valor acima de 139 x 89 mmHg), considerado limítrofe segundo as V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial⁽¹⁴⁾.

A avaliação dos pacientes foi realizada uma vez ao dia, em cada um dos cinco tempos analisados neste estudo, a saber: pós-operatório imediato (POI) - até 24 horas após a cirurgia; 1° pós-operatório (1°PO) - de 24 a 48 horas após a cirurgia; 2° pós-operatório (2°PO) - de 48 a 72 horas após a cirurgia;

3º pós-operatório (3ºPO) - de 72 a 96 horas após a cirurgia e 4º pós-operatório (4ºPO) - de 96 a 120 horas após a cirurgia.

No total foram realizadas 146 avaliações, considerando que dos 30 pacientes, deste estudo, 4 (13,3%) não foram avaliados no 4ºPO, pois receberam alta hospitalar antes deste período.

Os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônico, programa Excel XP® da Microsoft® e transportados para o software "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) para processamento e análise. Para verificar se houve associação entre as alterações fisiológicas identificadas nos pacientes avaliados e a presença de dor, utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado. Para analisar a força de associação entre estas variáveis, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos em nível de significância de 5% ($p < 0,05$), conferindo-se a estes, 95% de confiança de que estejam corretos. Os dados são apresentados em tabelas e figuras.

RESULTADOS

Com relação às variáveis sócio-demográficas analisadas, observou-se que 14 (46,7%) pacientes eram aposentados, e 18 (60,0%) eram do sexo masculino. A média de idade foi de 58,8 anos com variação de 21 a 80 anos.

Quanto à avaliação do estado clínico destes pacientes no pré-operatório, 14 (46,7%) apresentaram escore 3, segundo índice da ASA; 7 (23,3%) escore 2 e 9 (30,0%) não apresentaram o registro desta informação na ficha anestésica.

Em relação ao procedimento cirúrgico, todos os pacientes avaliados foram submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, por esternotomia mediana longitudinal, com o uso de circulação extracorpórea, e não houve registro de complicações durante o período intra-operatório nas fichas analisadas.

A média de duração das cirurgias foi de 4,9 horas com variação de 3,5 a 8,0 horas e as cirurgias realizadas foram: 13 (43,3%) revascularização do miocárdio, 12 (40,1%) trocas valvares, 2 (6,7%) fechamento de comunicação interatrial, 1 (3,3%) aneurismectomia de ventrículo esquerdo e 2 (6,6%) trocas valvares associadas a outros procedimentos (implante de marcapasso e revascularização do miocárdio).

Com relação a dor, observou-se que a maioria dos pacientes (26 /86,7%) apresentou este sintoma em, pelo menos, um dos tempos avaliados, enquanto apenas 4 (13,3%) pacientes não manifestaram dor durante o período de pós-operatório analisado nesta pesquisa. Ressalta-se que no 4º PO, 4 (13,3%) pacientes não foram avaliados por terem recebido alta hospitalar anterior a este período.

Verificou-se que a maioria dos pacientes avaliados relatou dor do POI ao 2º PO, com diminuição desta queixa após este período. A maior incidência de dor ocorreu no 1ºPO em 19 (63,3%) pacientes.

Quanto à intensidade da dor, observou-se que a média de intensidade da dor diminuiu ao longo dos tempos de pós-operatório avaliados, com o escore médio de 2,6 no POI e 2,4 no 1ºPO (Figura 1).

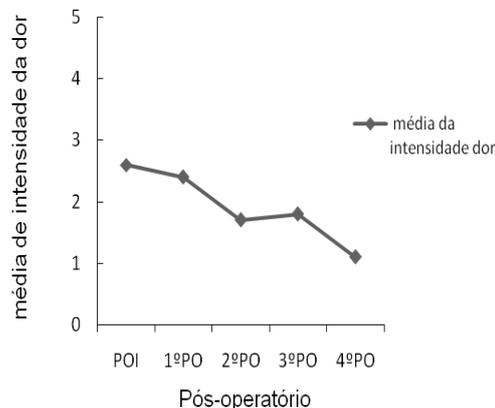


Figura 1 - Escores médios de intensidade da dor nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca segundo o tempo de pós-operatório. Uberaba-MG, 2007/2008

Verificou-se em todos os tempos avaliados que houve predomínio de dor leve entre os pacientes que sentiram dor. A dor intensa, embora com menor frequência, somente não foi verificada no 2ºPO (Figura 2).

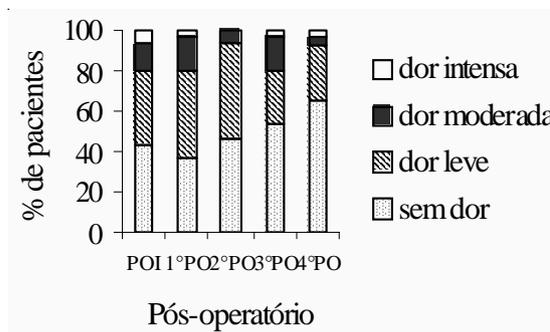


Figura 2 - Intensidade da dor no pós-operatório de cirurgias cardíacas segundo o tempo de pós-operatório. Uberaba-MG, 2007/2008

Com relação à localização da dor, verificou-se, em todos os tempos avaliados, que a incisão cirúrgica na região do esterno foi o local mais referido pelos pacientes, exceto no 2ºPO, em que o tórax anterior foi a região dolorosa predominante.

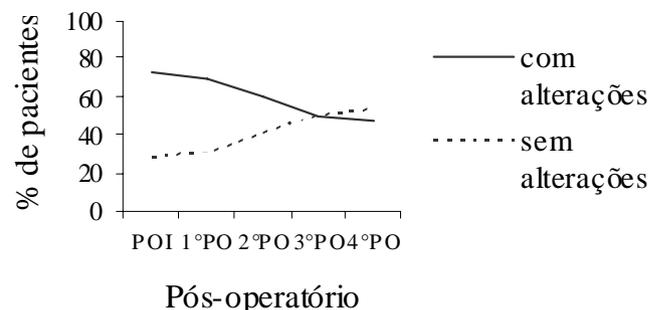


Figura 3 - Incidência de alterações fisiológicas nos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca segundo o tempo de pós-operatório. Uberaba-MG, 2007/2008

Quanto às alterações fisiológicas identificadas, observou-se a presença na maioria dos pacientes avaliados entre o POI e o 2º PO, diminuindo a incidência após este período de avaliação (Figura 3).

As alterações fisiológicas mais freqüentes foram taquipnéia e aumento da pressão arterial, as quais representaram, respectivamente, 45,0% e 24,5% das alterações identificadas. A média de alterações por paciente foi maior no POI e 1º PO, com 1,6 alterações/ paciente.

Verificou-se uma associação significativa ($p < 0,001$) e correlação positiva (coeficiente de correlação de Pearson = 0,90) entre a dor e a presença de alterações fisiológicas nos pacientes avaliados (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação entre dor e presença de alterações fisiológicas identificadas nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Uberaba-MG, 2007/2008

| Dor | Alterações fisiológicas | | | | Total | |
|--------------|-------------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|
| | Não | | Sim | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Não | 33 | 56,9 | 38 | 43,2 | 71 | 48,6 |
| Sim | 25 | 43,1 | 50 | 56,8 | 75 | 51,4 |
| Total | 58 | 100,0 | 88 | 100,0 | 146* | 100,0 |

$p < 0,001$

Coefficiente de correlação de Pearson = 0,90

*Foram realizadas 146 avaliações nos períodos de POI ao 4º PO, sendo que 4 pacientes não foram avaliados neste último tempo.

Com relação à analgesia, observou-se que esta ocorreu somente por meio da administração de drogas analgésicas.

Do POI ao 4º PO, totalizaram-se 344 prescrições de analgésicos, sendo que 127 (36,9%) eram analgésicos simples, 120 (34,9%) opióides e 97 (28,2%) antiinflamatórios não-esteroidais (AINE).

Observou-se, também, que 181 (52,6%) analgésicos estavam sob esquema “a critério médico”, 122 (35,5%) eram de horário fixo e 41 (11,9%) estavam sob o regime de administração “se necessário”.

Tabela 2 - Analgésicos prescritos aos pacientes de cirurgia cardíaca segundo tempo de pós-operatório. Uberaba-MG, 2007/2008

| Analgésico | POI | | 1º PO | | 2º PO | | 3º PO | | 4º PO | |
|--------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Opióide | 35 | 54,7 | 30 | 35,7 | 29 | 37,6 | 17 | 25,8 | 9 | 17,0 |
| AINE* | - | - | 25 | 29,8 | 23 | 29,9 | 28 | 42,4 | 21 | 39,6 |
| Analgésico simples | 29 | 45,3 | 29 | 34,5 | 25 | 32,5 | 21 | 31,8 | 23 | 43,4 |
| Total | 64 | 100,0 | 84 | 100,0 | 77 | 100,0 | 66 | 100,0 | 53 | 100,0 |

* Antiinflamatório não - esteroides

que afirmam que a maioria dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca apresenta pouca dor⁽⁷⁾. Entretanto em outros estudos, a intensidade de dor moderada^(4,6,15) e leve a moderada⁽¹⁶⁾ foram as mais identificadas.

Tal fato aponta para a necessidade de considerarem-se os aspectos psico-emocionais e as crenças individuais. Sabe-se que em alguns casos, mesmo quando o paciente não possui dificuldade na verbalização, ele pode não relatar a presença de dor, por questões relacionadas à própria personalidade passiva,

A média de analgésicos prescritos por paciente variou de 2,8 no 1º PO a 2,0 analgésicos/paciente no 4º PO.

Notou-se que, com o passar do tempo de pós-operatório, houve um acentuado declínio no número de opióides prescritos e um aumento no número de AINE (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A dor é um sintoma freqüente e de elevada incidência entre os pacientes que realizam cirurgia cardíaca⁽¹⁵⁾.

Observou-se, no presente estudo, que a incidência de queixa dolorosa foi alta, já que 86,7% dos pacientes queixaram-se deste sintoma em pelo menos um dos tempos avaliados (do POI ao 4º PO). Em estudo com metodologia similar, também se verificou a elevada incidência de dor no momento da entrevista⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, a maior incidência de dor ocorreu no 1º PO, identificada em 19 (63,3%) pacientes avaliados. Estes dados divergem dos encontrados em outro estudo, no qual se verificou maior incidência de dor no 2º PO⁽⁴⁾. Isto talvez possa estar relacionado ao esquema analgésico adotado neste período, considerando que o estudo encontrado não abordava detalhes sobre este aspecto.

Ressalta-se, no presente estudo, que apenas 4 pacientes (13,3%) não manifestaram dor durante os tempos avaliados, corroborando com outro estudo em que pequeno número de pacientes não sentiu dor durante o período de pós-operatório analisado⁽⁴⁾.

Sabe-se que a dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca pode ser decorrente de inúmeros fatores, principalmente daqueles relacionados à lesão da parede torácica e de costelas, das incisões, dos drenos, da retração das bordas esternais, podendo causar fratura ou microfratura dos arcos costais e distensão dos músculos intercostais⁽¹⁷⁾.

Quanto à intensidade da dor, verificou-se, independente do tempo avaliado, um predomínio de dor leve entre os pacientes que sentiram dor, concordando com outros autores

bem como por questões culturais⁽¹⁷⁾, o que pode estar relacionado aos achados desta investigação, na qual a maioria dos pacientes relatou dor de intensidade leve.

Outro aspecto importante deve ser ressaltado, a intensidade e incidência da dor variam, não somente de acordo com as características individuais, mas também com o tipo de operação e com a qualidade do tratamento analgésico⁽¹⁸⁾.

Quanto à localização da dor, verificou-se neste estudo, que a incisão cirúrgica na região esternal e a região anterior do

tórax foram os locais mais citados pelos pacientes, em concordância com achados de outro estudo⁽¹⁵⁾. Em outra pesquisa, também foi observado que a dor localizou-se inicialmente na região da esternotomia e posteriormente estendia-se ao membro inferior relacionado à safenectomia⁽⁴⁾.

A dor na região da esternotomia pode estar relacionada à extensão da incisão e ao atrito do esterno pela instabilidade torácica⁽⁴⁾, e algumas cirurgias podem causar mais dor que outras, como as que necessitam de incisões no tórax ou no abdome superior^(15,18). Já a queixa de dor no tórax anterior, pode ser atribuída à presença de drenos torácicos comumente usados nesse tipo de cirurgia⁽¹⁵⁾.

Quanto à investigação das possíveis alterações fisiológicas decorrentes da dor, verificou-se que mesmo com a predominância de dor leve entre os pacientes avaliados neste estudo, houve associação ($p < 0,001$) e correlação ($r = 0,90$) entre a dor e a presença destas alterações, no paciente n o que pode ser explicado pela fisiopatologia da dor.

A informação dolorosa leva ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios, que quando liberados de forma intensa e prolongada, produzem alterações no organismo tais como taquicardia, vasoconstrição periférica, aumento do consumo de oxigênio e da pressão arterial, taquipnéia, alterações na coagulação e redução da resposta imune. Também pode ocorrer redução do tônus intestinal, diminuição do esvaziamento gástrico e predisposição a náuseas e vômitos. A dor ainda diminui a movimentação e a deambulação precoces do paciente, aumentando o risco de ocorrer pneumonia e trombose venosa^(1,18).

Embora a presença das alterações fisiológicas avaliadas neste estudo possa estar relacionada à dor, sabe-se que a cirurgia cardíaca ocasiona repercussões na fisiologia do organismo que podem resultar em alterações cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, neurológicas, entre outras⁽⁷⁾.

Após a cirurgia torácica, considerando a variação individual e a permanência dos drenos de tórax, a intensidade da dor é maior nas primeiras 48 a 72 horas⁽¹⁹⁾, o que pode explicar a elevada incidência de dor e de alterações identificadas até o 2ºPO, nos pacientes avaliados neste estudo.

Quando analisada a analgesia, observou-se que somente a administração de drogas analgésicas foi utilizada, sendo que o controle da dor pós-operatória pode abranger além do uso de analgésicos morfínicos e antiinflamatórios não hormonais por diferentes vias, o uso de técnicas cognitivo-comportamentais, como relaxamento, técnicas educativas, de distração e imaginação dirigida, e o uso de terapias físicas como massagem, aplicação de calor ou frio e estimulação elétrica transcutânea⁽¹⁾.

Neste estudo, os opióides e os analgésicos simples representaram 71,8% dos analgésicos prescritos e os AINE, 28,2%. Já em outro estudo que avaliou as doses de analgésicos administradas, os AINE constituíram a maioria, comparados aos opióides e analgésicos simples⁽¹⁶⁾.

Verificou-se que o número de opióides prescritos diminuiu acentuadamente com o decorrer do tempo de pós-operatório enquanto a prescrição de AINE aumentou, o que está de acordo com o preconizado para o tratamento da dor aguda.

É recomendado que o tratamento analgésico seja realizado em três degraus, sendo que o primeiro corresponde à dor leve, o segundo, à dor moderada e o terceiro, à dor intensa. Para o degrau um é indicado o uso de AINE, para o dois, a associação de AINE a opióides fracos e para o três, a associação de AINE a opióides fortes. Como a dor pós-operatória tende a diminuir com o tempo, o seu tratamento deve ser iniciado pelo terceiro degrau⁽¹⁷⁾.

Observou-se, também neste estudo, que a maioria dos analgésicos prescritos estava sob esquema “a critério médico” e apenas 11,9%, sob o regime de administração “se necessário”.

Cabe ressaltar, que o maior número de opióides foi prescrito do POI ao 2ºPO, tempos estes, em que a maioria dos pacientes referiu dor. Tal fato pode estar relacionado à não administração de todos os medicamentos prescritos ou à inadequação do esquema, considerando que, neste estudo, não foi avaliado se o medicamento foi ou não administrado em todos os horários prescritos.

As prescrições analgésicas devem ser regulares e em esquema “se necessário”, para manter o nível plasmático constante e possibilitar a oferta para episódios de dor⁽⁵⁾, embora exista uma tendência em administrar os analgésicos prescritos sob esquema “se necessário”, com menor frequência⁽¹⁶⁾. A prescrição em esquema misto (horário fixo + “se necessário”) é mais adequada às necessidades dos pacientes⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram evidenciar que a intensidade da dor foi predominantemente leve em todos os tempos avaliados, e houve associação ($p < 0,001$) e correlação positiva (coeficiente de correlação = 0,90) entre a dor e a presença de alterações fisiológicas avaliadas, sendo que as mais frequentes foram taquipnéia (45,0%) e aumento de pressão arterial (24,5%).

A maioria dos pacientes do POI ao 2ºPO referiu dor, sendo que a maior incidência ocorreu no 1ºPO, no qual 63,3% dos pacientes relataram queixa dolorosa.

A média de intensidade da dor diminuiu ao longo dos tempos avaliados, com os escores médios de 2,6 no POI; 2,4 no 1ºPO; 1,7 no 2º PO; 1,8 no 3º PO e 1,1 no 4ºPO.

Quanto à analgesia, somente a administração de drogas foi utilizada, sendo que os opióides e os analgésicos simples representaram 71,8% dos analgésicos prescritos e os AINE, 28,2%, e a maioria (52,6%) das drogas estava sob esquema “a critério médico”.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de avaliação sistemática da dor em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, tendo em vista o seu controle, contribuindo na pronta recuperação destes pacientes.

Ressalta-se que algumas limitações do presente estudo podem ser apontadas, como o fato da amostra ter sido não probabilística e composta por 30 pacientes, o que pode ser considerado um número reduzido quando comparado a grandes centros especializados. Contudo, tais limitações não comprometem os resultados obtidos nesta pesquisa, pois os testes estatísticos adotados asseguram a fidedignidade destes achados.

REFERÊNCIAS

- 1- Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):180-3.
- 2- Chaves LD. Dor pós-operatória: aspectos éticos e assistência de enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD, organizadoras. *Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 2a ed. São Paulo: Martinari; 2007. p. 184-211.
- 3- Vasconcelos Filho PO, Carmona MJC, Auler Júnior JOC. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente idoso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2004;54(5):707-27.
- 4- Giacomazzi CM, Lagni VB, Monteiro MB. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2006;21(4):386-92.
- 5- Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):215-9.
- 6- Borges JBC, Ferreira DLMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2006;21(4):393-402.
- 7- Senra DF, Iasbech JA, Oliveira SA. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1998;8(3):446-54.
- 8- Martínez Flores FE. Evaluación analgésica posquirúrgica con Ketorolaco vs. Diclofenaco vs. Metamizol [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002. [citado 2007 Jun 10]. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bivirtualdata/Tesis/Salud/Martinez_FF/T_completo.pdf
- 9- Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Latinoam Enferm*. 1998;6(3):77-84.
- 10- Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(5):692-9.
- 11- Drummond JP. Neurofisiologia. In: Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-25.
- 12- Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. *Rev Med (São Paulo)*. 1995;74(2):55-64.
- 13- Barros E, Albuquerque GC, Pinheiro CTS, Czepielewski MA. *Exame clínico: consulta rápida*. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 14- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo; 2006.
- 15- Corrêa CG. *Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.
- 16- Pimenta CAM, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. *Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal*. *Rev Paul Enferm*. 1992;11(1):3-10.
- 17- Silva MAS. *Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
- 18- Bassanezi BSB, Oliveira Filho AG. Analgesia pós-operatória. *Rev Col Bras Cir*. 2006;33(2):116-22.
- 19- Fonseca NM, Mandim BL, Amorim CG. Analgesia pós-toracotomia com associação de morfina por via peridural e venosa. *Rev Bras Anesthesiol*. 2002;52(5):549-61.