

Postoperative analgesia: pain control scenario*

Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor

Luciane Moreira¹, Yvelise de Menezes Truppel², Francisco Guilherme de Paula Kozovits², Valéria Aparecida Santos², Viviane Atet²

*Recebido do Hospital da Cruz Vermelha do Paraná (Hospital Escola da Universidade Positivo). Curitiba, PR.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Postoperative pain control, although of recognized importance, is still described as inadequate. So, this study aimed at exposing the scenario of postoperative pain control in patients hospitalized for general abdominal surgery.

METHOD: This is a transversal, quantitative, observational, descriptive and non randomized study carried out through a questionnaire applied to patients hospitalized up to 48 h after abdominal surgery. The questionnaire addresses the following variables: age, gender, surgical procedure, postoperative hours, presence of pain and intensity by the visual analog scale (VAS).

RESULTS: Participated in this study 165 patients of whom 40 have referred pain, being 26 females (28,57%) and 14 males (18,92%). Procedures to which patients were submitted were classified in open and closed, being closed the most common procedures. Open surgeries were among the most painful procedures (colectomy, hiatal hernia repair, choledochotomy, colostomy, gastrostomy) with 100% of pain and laparotomy with approximately 60%. Less painful closed procedure was cholecystectomy (88,33%), and just 11,67% had mild to moderate pain. There has been predominance of mild to moderate pain among males and of moderate to severe pain among females.

CONCLUSION: Pain prevalence and intensity observed in the postoperative period have shown that the control is adequate for laparoscopic procedures; however, it has to be adjusted for patients submitted to open procedures, for senescence and for females.

Keywords: Abdominal surgery, Analgesia, Pain measurement, Postoperative pain.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O tratamento da dor no pós-operatório, apesar de ter importância reconhecida, continua sendo descrito como inadequado. Assim, este estudo teve como objetivo expor o panorama do controle da dor pós-operatória em pacientes internados para cirurgia abdominal geral.

MÉTODO: Estudo transversal, quantitativo, observacional, descritivo e não randomizado, realizado por meio da aplicação de questionário em pacientes internados até 48h após cirurgia abdominal. O questionário abrange as variáveis: idade, sexo, procedimento realizado, horas de pós-operatório, presença de dor e intensidade por meio da escala analógica visual (EAV).

RESULTADOS: Foram entrevistados 165 pacientes; destes, 40 referiram dor, sendo 26 mulheres (28,57%) e 14 homens (18,92%). Os procedimentos aos quais os pacientes foram submetidos classificaram-se em abertos e fechados; os mais realizados foram os fechados. Dentre os mais dolorosos, destacam-se as cirurgias abertas (colectomia, hernioplastia hiatal, coledocotomia, colostomia, gastrostomia), com 100% de dor, e a laparotomia com aproximadamente 60%. Dentre os procedimentos fechados, o que gerou menos dor foi a colecistectomia (88,33%), e apenas 11,67% apresentaram dor leve a moderada. Observou-se a prevalência de dor leve nos adolescentes e de dor intensa na senescência. Houve um predomínio de dor leve a moderada em homens e moderada a intensa nas mulheres.

CONCLUSÃO: A prevalência e a intensidade de dor verificadas no pós-operatório demonstraram que o controle desta está adequado para procedimentos laparoscópicos; entretanto se faz necessária a adequação em pacientes submetidos a procedimentos abertos, na senescência e nas mulheres.

Descritores: Analgesia, Cirurgia abdominal, Dor pós-operatória, Medição da dor.

INTRODUÇÃO

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências”. Essa definição demonstra que a dor é uma experiência que vai além de aspectos físicos, devendo ser considerada a forma como o paciente vivencia a sua dor. Devido a sua característica subjetiva, em 1989, definiram a dor como “o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir”¹.

A gravidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de

1. Professora Titular de Clínica Cirúrgica da Universidade Positivo; Médica Oftalmologista do Hospital de Olhos do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

2. Internos do Curso de Medicina da Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil.

Apresentado em 14 de fevereiro de 2013.

Aceito para publicação em 04 de junho de 2013.

Endereço para correspondência:
Dra. Yvelise de Menezes Truppel
Rua Alameda Doutor Muricy, 819 - Centro
80020-040 Curitiba, PR.
E-mail: lisetruppel@gmail.com

tecido lesado, muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma, como fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade pela doença, sentimentos de falta de esperança e amparo. No Projeto Brasil sem Dor é descrito o conceito de “Dor Total”, que é constituída pelos componentes: físico, mental, social e espiritual. Diante dessa natureza pluridimensional, o uso de analgésicos é apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ações sobre as angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada paciente¹.

Muito comum nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, a dor vem sendo interpretada como algo natural nesses pacientes, apesar de ser frequentemente o sintoma que mais os incomoda. Dessa forma, é priorizado o cuidado de outras complicações cirúrgicas, como fístulas, infecção, sangramento, dentre outros².

Para que seja possível um adequado manejo da dor e se ofereça um atendimento de qualidade ao paciente, é essencial que a dor seja avaliada sistematicamente em intervalos regulares, permitindo os ajustes necessários ao tratamento. A terapia antálgica deve ser sempre multimodal, com a associação de dois ou mais agentes ou técnicas analgésicas periféricas ou centrais, incluindo os métodos não farmacológicos, pois o sinergismo entre as diferentes técnicas permite o uso de menores quantidades de fármacos, minimizando seus efeitos colaterais e aumentando a sua atividade analgésica³.

Visando aperfeiçoar o controle da dor no pós-operatório, a analgesia pode e deve começar antes mesmo do ato cirúrgico. A utilização de analgesia preemptiva ou preventiva consiste em administrar fármacos ou usar técnicas analgésicas antes da incisão, favorecendo uma resposta mais rápida do paciente e o reestabelecimento precoce de suas funções orgânicas, visto que a dor, nestas situações, pode levar a complicações no pós-operatório. O melhor controle da sensação dolorosa em resposta à terapia analgésica preventiva ocorre ao se impedir a gênese ou condução dos estímulos dolorosos até o sistema nervoso central, evitando assim a sensibilização medular³.

Diante do exposto, esse estudo se justifica à medida que o tratamento da dor no pós-operatório, apesar de ter importância reconhecida e da existência de diversos fármacos e técnicas com esse fim, continua sendo descrito como inadequado em algumas situações. É essencial saber a magnitude do problema para que seja possível um adequado manuseio da dor e se ofereça um tratamento de qualidade ao doente. O objetivo deste estudo foi expor o panorama do controle da dor pós-operatória em pacientes internados para cirurgia abdominal geral.

MÉTODO

Numa abordagem quantitativa, transversal, observacional, descritiva e não randomizada, realizou-se este estudo com os pacientes internados, pós-cirurgia abdominal, no Hospital da Cruz Vermelha do Paraná, na cidade de Curitiba, no período de julho a setembro de 2012.

A amostra foi o conjunto de pacientes entrevistados nesse período, constituindo um total de 165. Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes internados até as primeiras 48h do pós-operatório de cirurgia abdominal. Foram excluídos os pacientes com déficit neurológico ou visual que os impedisse de responder a escala analógica visual (EAV) ou o entendimento das questões.

Nesse hospital, é utilizada analgesia preemptiva que consiste na administração de dipirona, fentanil, paracoxibe e dexametasona du-

rante a indução anestésica, sendo as doses ajustadas de acordo com cada paciente. Além disso, na sala de recuperação, diante da queixa de dor, é administrado o tramadol ao paciente. Posteriormente à sala de recuperação, é prescrito dipirona a cada 6h e cloridrato de nalbufina, outro derivado opioide, se dor forte.

Os pacientes foram questionados, por meio de um instrumento de coleta de dados, pelos pesquisadores quanto a: idade; sexo; procedimento realizado, diferenciando entre aberto (laparoscópico) e fechado (videolaparoscópico); quantas horas de pós-operatório; se no momento da entrevista estava sentindo dor e qual a intensidade, estratificando em leve, moderada e intensa, de acordo com a EAV. Junto a esse instrumento, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados obtidos foram analisados percentualmente e interpretados de forma universal e separada.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo, processo nº 062/2011.

RESULTADOS

Entre os meses de julho a setembro de 2012, foram entrevistados 165 pacientes. Destes, 74 eram homens e 91 eram mulheres, correspondendo a 44,85% e 55,15% respectivamente.

Das 91 mulheres entrevistadas, 28,57% (26) referiram-se a dor no pós-operatório, enquanto 71,43% (65) não a relataram. Já dos 74 homens entrevistados, 18,92% (14) mencionaram algum tipo de dor após o ato cirúrgico e 81,08% (60) não a relataram.

A idade dos entrevistados variou entre 18 e 86 anos, com média de 40 anos. Após a coleta dos questionários, foi possível distribuir os entrevistados de acordo com a divisão da vida utilizada em psiquiatria, determinando as fases da vida: adolescência entre 12 e 19 anos, fase adulta – que é dividida em adulto jovem (20 a 45 anos) e meia-idade (46 a 65 anos) – e, por fim, a senescência que corresponde a indivíduos maiores que 65 anos. Ao todo foram 5 (3,03%) adolescentes, 93 (56,36%) adultos jovens, 52 (31,52%) de meia-idade e 15 (9,09%) senescentes.

Paralelamente, relacionou-se essa distribuição por fases da vida com a presença ou não de dor após o ato cirúrgico (Gráfico 1). A maior porcentagem de dor foi observada nos pacientes senescentes, 73,33% (11), enquanto a menor taxa foi verificada entre os adultos jovens (15,05% ou 14 pacientes).

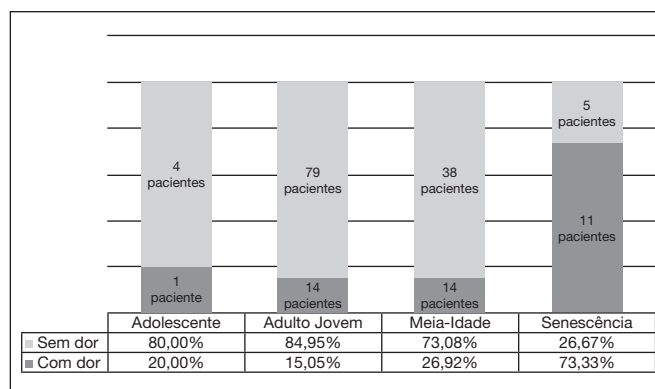


Gráfico 1 – Fases da vida versus dor.

A tabela 1 exhibe os 11 procedimentos (distribuídos em 7 categorias) aos quais os pacientes entrevistados foram submetidos, correlacionando a porcentagem desses procedimentos e a média de horas de pós-cirúrgico de cada um deles para a entrevista.

Tabela 1 – Tipos de procedimentos realizados e média horária pós-procedimento.

Procedimentos	Tipos	n e %	Média de Horas de Pós-Operatório
Colecistectomia	Fechado	60 (36,36)	22
Apendicectomia	Fechado	50 (30,30)	22
Bariátrica	Fechado	29 (17,57)	24
Laparotomia	Aberto	8 (4,85)	27
Laparoscopia	Fechado	6 (3,64)	26
Refluxo gastroesofágico	Fechado	4 (2,42)	27
Outros procedimentos: colectomia, hernioplastia hiatal, coledocotomia, colostomia, gastrostomia.	Aberto	8 (4,86)	24

Considerando todos os procedimentos juntos, verificou-se que a média de horas de pós-operatório no momento da entrevista foi de 24,5h, tendo como o mínimo de 4h e o máximo de 48h. Ainda considerando os procedimentos, os mais realizados foram os fechados, dentre eles a colecistectomia com 36,36% (60); e os menos realizados foram os abertos, totalizando 9,7%.

Dentre os procedimentos mais dolorosos, demonstrados na tabela 2, destacam-se as cirurgias abertas (colectomia, hernioplastia hiatal, coledocotomia, colostomia, gastrostomia), com 100% de dor, e a laparotomia com aproximadamente 60%. Paralelamente, dentre os procedimentos fechados, o que gerou menos dor foi a colecistectomia (88,33% ou 53 pacientes), sendo que apenas 11,67% (7) apresentaram dor leve a moderada após a cirurgia. Da mesma forma, apenas 14% dos pacientes (7) que realizaram apendicectomia e 16,66% (1) que realizaram laparoscopia, mencionaram dor na entrevista, variando entre leve e moderada. Entretanto, dentre os procedimentos fechados que mais geraram dor, destacam-se a cirurgia do refluxo gastroesofágico com 50% (2 pacientes) e a cirurgia bariátrica com 34,48% (10 pacientes).

Ainda na tabela 2 é possível verificar a intensidade da dor que foi caracterizada pelos 40 pacientes que a relataram no momento da entrevista. Assim, correlacionando intensidade da dor e tipo de cirurgia, observa-se que a maior parte dos procedimentos abertos desencadeou dor nos pacientes durante o pós-operatório: na laparotomia, 62,5% dos pacientes (5) referiram-se a dor, sendo que 4 a caracterizaram como leve e 1 como moderada; nos outros procedimentos abertos, 100% (8) dos pacientes se queixaram de dor, sendo que 3 a caracterizaram como moderada e 5 como intensa.

Analisando sexo e intensidade da dor, observa-se que a diferença percentual e numérica é pouca; entre os 14 homens e 26 mulheres que a relataram, conforme demonstrado na tabela 3. Entretanto,

Tabela 2 – Tipos de procedimentos realizados e a presença ou não de dor.

Procedimentos	Pacientes SEM dor		Pacientes COM dor	
	n (%)	n (%)	Intensidade da Dor	
Colecistectomia	53 (88,33)	7 (11,67)	Leve – 4	Moderada – 3
Apendicectomia	43 (86)	7 (14)	Leve – 5	Moderada – 2
Bariátrica	19 (65,52)	10 (34,48)	Leve – 4	Moderada – 5
Laparotomia	3 (37,5)	5 (62,5)	Leve – 4	Moderada – 1
Laparoscopia	5 (83,34)	1 (16,66)	Leve – 0	Moderada – 1
Refluxo gastroesofágico	2 (50)	2 (50)	Leve – 1	Moderada – 1
Outros procedimentos: colectomia, hernioplastia hiatal, coledocotomia, colostomia, gastrostomia.	0 (0)	8 (100)	Leve – 0	Moderada – 3
			Intensa – 5	

Tabela 3 – Intensidade da dor relacionada ao gênero (n e %).

Dor leve	Homens – 8 (57,14)
	Mulheres – 10 (38,46)
Dor moderada	Homens – 5 (35,32)
	Mulheres – 11 (42,30)
Dor intensa	Homens – 1 (7,14)
	Mulheres – 5 (19,23)

houve um predomínio de dor leve a moderada em homens e moderada a intensa nas mulheres.

O gráfico 2 relaciona a intensidade da dor e a fase da vida dos pacientes entrevistados. Nele, verifica-se que a fase que mais refere dor leve é a adolescência, correspondendo a 100% (1 paciente); seguida dos adultos jovens e meia-idade com 57,14% cada (8 pacientes cada) e, por fim, da senescência com 9,1% (1 paciente). Além disso, é possível observar que a frequência da dor intensa foi diretamente

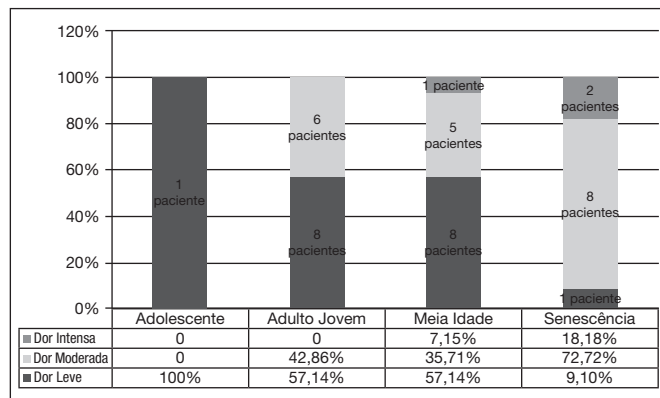


Gráfico 2 – Intensidade da dor versus fases da vida.

proporcional à idade. Entre adolescentes e adultos jovens não há relato de dor intensa, mas na meia-idade esse tipo de dor corresponde a 7,15% (1 paciente) e na senescência esse valor aumenta para 2 pacientes ou 18,18%.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de dor no pós-operatório, nas primeiras 48h, foi de 24,24% (40 pacientes), diferentemente da literatura em que prevalências maiores são encontradas como as descritas por Ashburn (77%)⁴, Bassanezi e Oliveira Filho (80%)² e Couceiro e col. (46%)⁵.

O serviço do hospital em questão possui um protocolo para tratamento da dor pós-operatória bem estabelecida, o que pode explicar a baixa prevalência encontrada, corroborando com os achados de Moizo e col.⁶, com prevalência ainda menor (2,2%) em um serviço que também possui condutas estabelecidas.

É descrito que mulheres apresentam menor limiar e tolerância dolorosa, contudo questiona-se se isso não ocorre devido a melhor verbalização do sexo feminino e as diferenças no sistema opioide endógeno feminino, que possivelmente possui uma sensibilidade menor quando comparado ao sexo masculino, apoiando nossos resultados em que 28,57% das mulheres referiram dor no pós-operatório contra 18,92% dos homens⁵. As mulheres também referem dor de maior intensidade, assim como encontrado por outro estudo⁷.

A correlação entre idade e dor pós-operatória mostra-se, na literatura, inversamente proporcional⁸, resultado diferente do encontrado no presente trabalho, em que o extremo superior de idade referiu mais dor, quando comparado à média de idade (40 anos). Talvez este fato possa ser justificado pela maior incidência de depressão na população senescente, que pode aumentar a frequência e intensidade das queixas de dor, assim como demonstrado em estudo de mensuração da dor no idoso⁹. Com relação às outras faixas etárias, 100% dos adolescentes e aproximadamente 58% dos adultos jovens e de meia-idade queixaram-se de dor leve, novamente indo contra a literatura, uma vez que o extremo inferior e a média de idade geralmente apresentam escores de dor menores.

Autores¹⁰ realizaram uma pesquisa sobre dor no Hospital das Clínicas de Goiás em 40 pacientes que realizaram colecistectomia. Nesse estudo, 16 apresentaram dor intensa, 15 dor moderada e 9 dor leve; no presente trabalho, foram 60 procedimentos para retirada da vesícula e apenas 4 pacientes referiram dor leve, 3 com dor moderada e nenhum com dor intensa, caracterizando o procedimento que menos gerou dor (88%)¹⁰. Diante desses achados e das comparações cabíveis, é possível estabelecer um paralelo entre os tipos de procedimentos realizados. No primeiro hospital citado, as colecistectomias foram todas convencionais, isto é, procedimento aberto; já no estudo atual os procedimentos foram todos videolaparoscópicos, o que vem para corroborar a literatura, em que a dor pós-operatória é menor em procedimentos fechados¹¹. Da mesma forma, outros procedimentos abertos acrescentaram aos resultados 8 pacientes com dor; destes, 3 com dor intensa e 5 com dor moderada.

Frente a esse mesmo tópico, não se pode excluir a possibilidade de que os diferentes tipos de procedimentos, abertos/laparoscópicos ou fechados/videolaparoscópicos, podem ter sido um fator de interferência na avaliação global da dor.

Outro fator influente em relação ao controle da dor é a questão do ensino médico, e pelo Hospital da Cruz Vermelha do Paraná ser um hospital escola, no qual atuam acadêmicos e residentes, faz-se necessária esta discussão. Estudos mostram que estudantes de medicina e médicos recém-formados podem possuir pouco conhecimento a respeito de dor aguda, uma ausência de educação continuada, falta de experiência quanto a protocolos e rotinas para tratamento da dor, além de não serem bem orientados quanto à escolha dos métodos analgésicos. Assim, costumam buscar pelo fármaco mais frequentemente prescrito, e não pelo que é mais indicado ao paciente, o que pode resultar no retardo da recuperação e ocorrência de dor crônica pós-cirúrgica, causando interferência na qualidade de vida dos pacientes^{5,9,12}. Ao mesmo tempo, a dor crônica é um fator limitante de funções que pode aumentar a agitação, o risco de estresse emocional e a mortalidade, principalmente no grupo dos idosos⁹.

Há controvérsias sobre qual é a forma ideal de controle da dor pós-operatória, mas pelos dados obtidos neste trabalho, verifica-se que este controle pode variar de acordo com a idade e o sexo. Ainda neste contexto, uma abordagem multidisciplinar (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e enfermeiras) é oportuna, pois oferece auxílio ao paciente antes e depois da realização do procedimento cirúrgico, podendo trazer benefícios, principalmente àqueles ligados à ansiedade da dor e do procedimento, bem como suas possíveis complicações. Na medida em que esse paciente é instruído e escutado adequadamente, acontece um melhor controle dos fatores que podem interferir na intensidade da dor¹².

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, o panorama de controle da dor foi exposto e pode-se concluir que está adequado para os procedimentos laparoscópicos. Pode ser necessária a adequação do cuidado com a analgesia nos pacientes submetidos a procedimentos abertos, para a senescência e no sexo feminino, visto que nesses grupos foram encontradas maior prevalência e intensidade de dor no pós-operatório.

A falta de conhecimento do médico sobre a dor aguda e a ausência de uma educação continuada podem ser causas de conduta inadequada. Assim, um maior cuidado com a educação médica e a formação de equipes multidisciplinares podem contribuir para melhora da qualidade de atendimento, redução de complicações relacionadas à dor e diminuição do sofrimento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [homepage na internet]. Projeto Brasil sem Dor [acesso em 18 de março de 2012]. Disponível em: www.dor.org.br.
2. Bassanezi BSB, Oliveira Filho AG. Analgesia pós-operatória. *Rev Col Bras Cir*. 2006;33(2):116-22.
3. Garcia JBS, Issy AM, Sakata RK. Analgesia preemptiva. *Rev Bras Anestesiol*. 2001;51(5):448-63.
4. Ashburn MA. Future challenges in anesthesia-based acute postoperative pain management. *ASA Refresher Courses Anesthesiol*. 1999;27.
5. Couceiro T, Valença M, Lima LC, et al. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. *Rev Bras Anestesiol*. 2009;59(3):314-20.
6. Moizo E, Berti M, Marchetti C, et al. Acute pain service and multimodal therapy for postsurgical pain control: evaluation of protocol efficacy. *Mínerva Anestesiol*. 2004;70(11):779-87.
7. Uchiyama K, Kawai M, Tani M, et al. Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2006;20(3):448-51.
8. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta*

- Anaesthesiol Scand. 2002;46(10):1265-71.
9. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FA. Pain measurement in the elderly: a review. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(2):271-6.
 10. Sousa CF, Alves Neto O. O uso pré-operatório de gabapentina diminui a dor pós-operatória em pacientes submetidos à colecistectomia convencional. Rev Dor. 2009;10(3):246-9.
 11. Rodrigues MA, Oliveira VFF, Poveda VB. Vantagens e desvantagens da colecistectomia por videolaparoscopia. Janus. 2008;5(7):119-28
 12. Pereira LV, Sousa FA. Estimation of categories in the description of postoperative pain. Rev Lat Am Enfermagem. 1998;6(4):41-8.