

Avaliação da dor em pacientes pós-cirúrgicos de um hospital de referência

Pain evaluation in post-surgical patients of a reference hospital

Willian Rosa Boff, Franciele do Nascimento Santos Zonta, Jacqueline Vergutz Menetrier

Universidade Paranaense - Unidade Universitária de Francisco Beltrão - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência:

Willian Rosa Boff

Universidade Paranaense, Unidade Francisco Beltrão.

Rua: Av. Júlio Assis Cavalheiro - nº2000 – Centro, CEP 85601-000.

Francisco Beltrão, PR, Brasil. Telefone: (46) 3520-2800

E-mail: willian.boff@edu.unipar.br

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar e descrever a intensidade da dor em clientes pós-operatórios na primeira hora e 24 horas após processo cirúrgico. Trata-se de um estudo de campo, longitudinal, documental e quantitativo, sendo os dados coletados na primeira e vigésima quarta hora após o procedimento cirúrgico, em um hospital de referência no estado do Paraná, investigando os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos durante variável temporal de 30 dias. Foi possível identificar que os pacientes apresentavam idade média de 42,3 ± anos, a maioria (70,5%) não apresentava qualquer doença crônica, a especialidade cirúrgica mais evidente foi a ortopedia em 42,6% do total de procedimentos e como procedimento anestésico prevaleceu a raquianestesia em 67,2% dos pesquisados. O estudo também possibilitou identificar que a ausência de dor foi notória na primeira hora pós-operatória em 83,6% dos clientes e na 24ª hora em 59% deles. Como forma de tratar a dor, a terapia farmacológica foi unânime, sendo utilizada em 100% dos casos, tanto no pós-operatório imediato quanto no mediato, sendo as classes farmacológicas mais prescritas os opióides, analgésicos simples, anti-inflamatórios, corticoides, dentre outros. Os resultados mostraram que o controle da dor foi efetivo na primeira e vigésima quarta hora pós-operatória, porém, não foram utilizadas terapias não farmacológicas para alívio da dor.

Palavras-chave: Dor, Avaliação da dor, Enfermagem cirúrgica, Analgesia.

Abstract

The objective of this study was to evaluate and describe the intensity of pain in postoperative clients in the first hour and 24 hours after surgery. Study longitudinal, documentary and quantitative field. Data were collected in the first hour and 24 hours after the surgical procedure in state of Paraná a referral hospital, investigating patients undergoing surgical procedures during a temporal variable 30 days. It was possible to identify that most of the respondents were female 50,8% with a mean age of 42,3 ± years, most 70,5% had no chronic disease, evident surgical specialty was orthopedics in 42,6 % of the total procedures, such as anesthetic procedure, prevailed spinal anesthesia in 67,2%. Also possible to identify

that the absence of pain was noticeable, in the first postoperative hour in 83, 6% and in the 24th hour in 59% of patients, as a way of treating pain, pharmacological therapy was unanimous was used in 100% cases, both in the immediate postoperative and in the mediate, being the most prescribed pharmacological classes opioids, simple analgesics, anti-inflammatory drugs, corticosteroids, others. The results showed that pain control was effective, but non-pharmacological therapies for pain relief were not used.

Keywords: Pain, Pain assessment, Surgical nursing, Analgesia.

INTRODUÇÃO

A dor pode estar associada a lesões reais ou potenciais, trata-se de um sinal fisiológico, entretanto, é considerada uma experiência individual devido às inúmeras reações orgânicas que pode causar, além de ser subjetiva, só podendo ser descrita pela pessoa que a sente, normalmente considerada uma sensação ruim ou anormal ⁽¹⁾.

A experiência dolorosa ocorre em diversas situações. A dor passou a ser considerada como o quinto sinal vital pela *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO), sendo prioridade investigar sua localização e mensuração, baseada em escalas validadas, como o questionário Mc Gill de Dor e a escala numérica ⁽²⁾.

Apesar de fisiológica, a sensação dolorosa pode afetar e modificar os padrões normais do corpo, reduzindo a qualidade da saúde, alterando aspectos físicos, espirituais, psicológicos e sociais. O tratamento é parte fundamental do cuidado e deve solucionar o foco do problema, implementando terapias multimodais, com aplicação de protocolos específicos para cada tipo de dor, atendendo a singularidade de cada indivíduo, podendo a terapia de escolha sofrer adaptações, conforme a necessidade do paciente ⁽³⁾.

As vias dolorosas estão relacionadas ao sistema nervoso sensorial, sendo assim, no pós-operatório em diversos procedimentos cirúrgicos que envolvem direse e movimentação de tecidos, ocorre a perda da homeostase corpórea, que por sua vez, ativa mediadores inflamatórios, prostaglandinas e nervos sensoriais, em especial na ferida cirúrgica, o que pode resultar em uma experiência dolorosa. Por mais que a sensibilidade dolorosa pós procedimento cirúrgico seja habitual, o controle deste sinal é fundamental, pois a mesma pode interferir na evolução do quadro clínico do cliente ^(3,4).

Para seu manejo e controle se faz importante a padronização da assistência, tornando possível aplicar o conhecimento sobre a entidade clínica, que se faz tão importante quanto a analgesia. Nesse aspecto, a avaliação adequada deste sinal fisiológico é fundamental, e para isso deve-se ter registro regular de todos os seus aspectos, avaliar a intensidade por meio de escalas, em especial as quantitativas, respeitando a singularidade de cada cliente. Deve-se ainda, registrar efeitos relacionados ao quadro doloroso, fatores de piora, fatores de melhora, caracterização do evento e eficácia da medida de controle ^(5,6).

O controle doloroso deve ser instituído de forma rápida e eficaz, fator primordial para o bem-estar do cliente e para a evolução clínica. Comumente são usados agentes anestésicos, analgésicos, opióides e anti-inflamatórios não-esteroidais ⁽³⁾.

O envolvimento de profissionais qualificados no tratamento da sensibilidade dolorosa é indispensável para melhorar a qualidade do serviço prestado. A equipe de enfermagem deve considerar a dor como o quinto sinal vital e avaliá-la como tal, sendo capaz de identificá-la de forma precoce, além de prevenir um evento que possa sensibilizá-la durante um procedimento, podendo conhecer medidas de melhora ou que venham evitar a ocorrência da sensação desagradável ^(6,7,8).

A equipe de enfermagem tem maior contato com o cliente, por isso deve estar apta a reconhecer alterações e sinais dolorosos, afinal é corresponsável pela implementação do tratamento deste sinal por meio de ações que visem prevenir e controlar a mesma ⁽⁸⁾.

O uso de medidas para controle da dor aguda com métodos não farmacológicos de forma isolada ou em complementação às terapias farmacológicas são, por sua vez, uma estratégia bem-sucedida que demonstra eficácia na redução do estímulo doloroso, seja em adultos ou idosos. Neste evento agudo as medidas que podem ser aplicadas pela enfermagem e que apresentaram resultados positivos são exercícios de alongamento muscular, posicionamento do paciente, relaxamento, crioterapia, além da musicoterapia e suporte emocional, como bônus, ao utilizar essas técnicas tem-se de forma comprovada, redução da intensidade dolorosa e redução de custos para a instituição ⁽⁹⁾.

Quando a redução da dor se dá de forma adequada, tem-se como resultado uma recuperação mais rápida, redução no tempo de internação, o que incorre em menor exposição a fatores de risco como a infecção, além de uma maior aceitação do paciente quanto ao manejo clínico. Ademais, é válido ressaltar que quando o manejo do evento é realizado de forma inadequada pode levar ao aumento da morbimortalidade ⁽²⁾.

Sabe-se que a sensação dolorosa pós-operatória é o tipo mais frequente de dor aguda, que quando não tratada de forma efetiva pode trazer consigo uma série de complicações, gerando impacto negativo na recuperação, atuando nas respostas neurovegetativas do cliente e contribuindo para aumento na morbimortalidade, além de causar impactos desfavoráveis à instituição. Com base nesses achados da literatura, o estudo foi desenvolvido com o intuito de adequar e direcionar os protocolos às realidades locais, contribuir para atendimento mais humanizado e empoderar a classe da enfermagem.

Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo avaliar e descrever a intensidade da dor em clientes pós-operatórios na primeira hora e 24 horas após processo cirúrgico em um hospital de referência no estado do Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, longitudinal, documental de caráter quantitativo, realizado em um hospital de referência no estado do Paraná. Os dados foram coletados entre os dias 27 de junho e 27 de julho do ano de 2019, totalizando 30 dias de coleta.

Foram incluídos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, além disso, foi considerado como critério de inclusão o instrumento Mini Exame do Estado Mental, utilizado com o intuito de identificar se o cliente estava apto a responder o questionário de avaliação da dor. O resultado foi obtido por meio de pontuação que varia conforme o grau de alfabetização. Foram incluídos os pacientes que apresentaram nota sugestiva de comportamento cognitivo adequado. Delimitou-se como pontos de corte até quatro anos de escolaridade ≥ 18 pontos e mais anos de estudo ≥ 23 pontos, considerando nota máxima de 30 pontos.

Posteriormente, foram coletadas as variáveis clínicas do paciente e aspectos clínicos do procedimento cirúrgico, por meio de um checklist semiestruturado e laborado pelos pesquisadores.

(Em relação às variáveis sociodemográficas, identificou-se idade, escolaridade e sexo).

Referente ao quadro do paciente pesquisou-se patologias pré-existentes, tipo de cirurgia, tipo de anestesia (geral, raquidiana, peridural e local).

Para avaliar os aspectos da dor, utilizou-se a escala numérica unidimensional validada, sendo essa, graduada de 0 a 10, no qual 0 é descrito como ausência de dor, de 1 a 3 como dor leve, 4 a 6 como dor moderada e 7 a 10 como dor intensa. Foi utilizada com intuito de identificar a intensidade da dor (localização, sintomas associados, medidas farmacológicas e não farmacológicas) na 1ª e 24ª horas pós procedimento.

Vale destacar que as medidas farmacológicas foram prescritas após o procedimento cirúrgico.

A coleta de dados na primeira hora foi realizada na sala de recuperação pós-anestésica, já a coleta da 24ª hora foi realizada na ala de internamento do clínica cirúrgica, ambas realizadas pelo mesmo pesquisador.

Os dados foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel® versão 2016, e em seguida passaram por análise estatística no programa Software *Statistical Package of Social Sciences*® (SPSS) versão 21.0.

Para a realização desta pesquisa foram respeitados todos os aspectos éticos de acordo com as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, obteve-se a declaração de permissão para utilização de dados e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paranaense - UNIPAR sob o parecer nº 3.367.982.

RESULTADOS

Por tratar-se de um estudo com participação por conveniência em uma análise temporal de 30 dias, a amostra foi constituída por 73 pacientes que passaram por processo cirúrgico, e destes, 9 (12,3%) não estavam aptos a responder o questionário.

Dos pacientes considerados aptos a responder o questionário, ou seja, 64 (87,7%), apenas 61 (95,3%) puderam ser avaliados na 1ª hora e 24ª hora do pós-operatório.

Dentre os participantes do estudo, 31 (50,8%) eram do sexo feminino e 30 (49,2%) do sexo masculino, com idade média de $42,3 \pm$ anos, sendo que a idade mínima foi de 19 anos e a máxima de 84 anos. Em relação ao grau de escolaridade, observou-se que 38 (62,3%) tinham mais de quatro anos de estudo, 20 (32,8%) tinham até quatro anos de estudo e apenas 3 (4,9%) eram analfabetos.

Referente aos participantes do estudo (n=61), 43 (70,5%) não apresentavam qualquer doença crônica preexistente, entretanto, dentre as patologias que os 18 (29,5%) dos pesquisados apresentavam, 8 (13,1%) sofriam de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 2 (3,3%) eram portadores de cardiopatias, 2 (3,3%) de hipotireoidismo, 3 (4,9%) além da HAS também eram diabéticos, 1 (1,6%) apresentava HAS e cardiopatia e 1 (1,6%) era portador de HAS, diabetes mellitus (DM) e cardiopatia.

Quanto aos aspectos referentes ao procedimento cirúrgico, em sua maioria foram cirurgias eletivas, totalizando 53 (86,9%), as cirurgias ortopédicas prevaleceram com um número de 26 (42,6%), e quanto à anestesia, foram 41 raquimedular (67,2%), como demonstra a tabela 1.

TABELA 1. Resultados referentes à especialidade cirúrgica, anestesia e classificação da cirurgia de pacientes que passaram por processo cirúrgico em um hospital de referência do Paraná, 2019.

VARIÁVEIS	n (61)	%
Especialidade		
Cesária	20	32,8
Ortopedia	26	42,6
Urologia	2	3,3
Vascular	7	11,5
Geral	5	8,2
Otorrinolaringologia	1	1,6
Anestesia		
Geral	11	18
Peridural	1	1,6
Raquimedular	41	67,2
Local	7	11,5
Geral e Peridural	1	1,6
Classificação		
Eletiva	53	86,9
Urgência	3	4,9
Emergência	5	8,2

A figura 1 demonstra a intensidade da dor na 1ª e na 24ª hora. Dos 61 pesquisados, 51 (83,6%) não apresentaram dor na 1ª hora, e na 24ª tal índice caiu para 59%. A dor leve foi encontrada em 11 deles (18%) na 24ª hora, valendo salientar que esta não foi identificada na primeira hora em qualquer pesquisado. A dor de intensidade moderada esteve presente em 6 clientes (9,8%) na primeira hora, na 24ª teve um pequeno aumento, manifestando-se em 10 (16,4%) dos clientes, e, quanto à dor intensa, pode-se perceber que os valores se mantiveram estáveis tanto na 1ª hora quanto na 24ª hora, podendo ser percebida em 4 (6,6%) dos pesquisados.

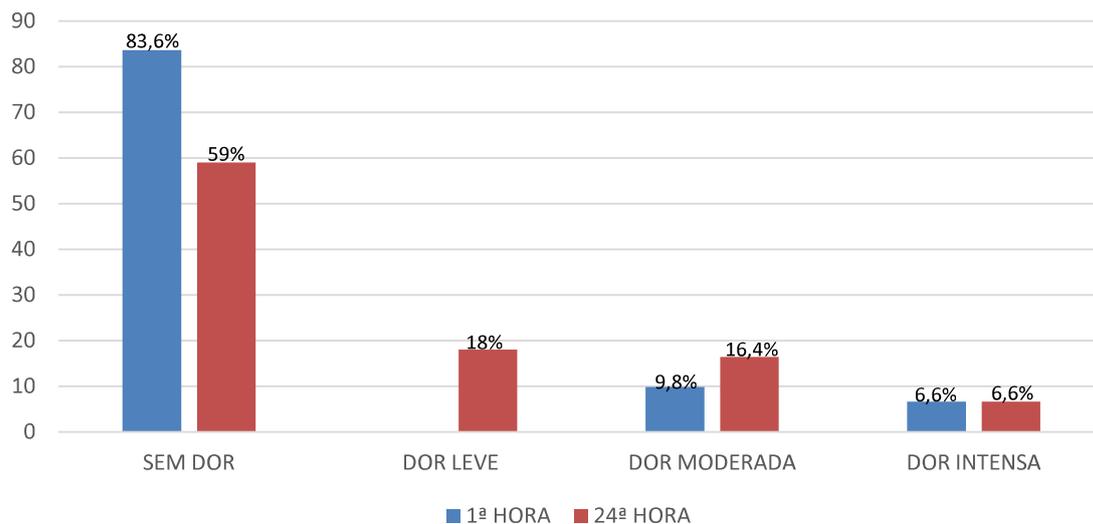


Figura 1. Intensidade da dor categorizada tanto na primeira hora pós-operatória quanto na 24ª hora, em um hospital de referência do Paraná, 2019.

A figura 2 expõe a localização da sensibilidade dolorosa na 1ª hora pós-operatória e na 24ª hora, sendo que dos 10 (16,4%) clientes que sentiram dor na primeira hora, 9 (90%) deles sentiram dor na incisão cirúrgica, e 1 (10%) em outro local. Na 24ª hora, dos 25 (41%) pacientes operados que sentiram dor, 23 (92%) tiveram como localização da dor a incisão cirúrgica e apenas 2 (8%) apresentaram dor em local diverso da ferida operatória.

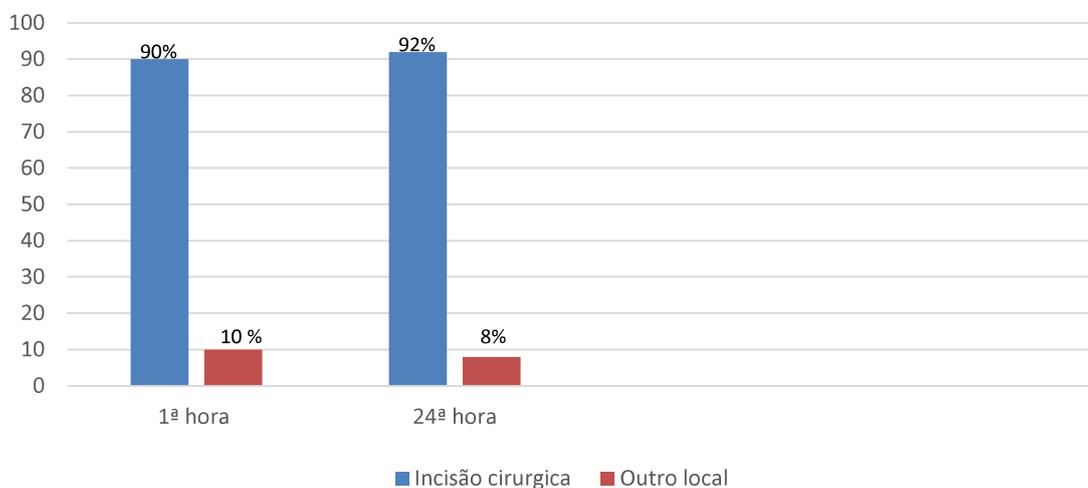


Figura 2. Localização da dor Pós-operatória na 1ª hora e 24ª hora após o processocirúrgico em um hospital de referência do Paraná, 2019.

A tabela 2 apresenta os sinais e sintomas que os pacientes apresentaram na 1ª hora pós-operatória, a qual evidencia que 44 (72,1%) não apresentaram qualquer sinal ou sintoma. Entretanto, dos que apresentaram, os mais frequentes foram a palidez em 6 (9,8%) dos casos, seguida por hipertensão em 5 (8,2%), além de náusea, vômito, taquicardia e tontura, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Sinais e sintomas apresentados pelos clientes na 1ª hora pós-operatória em um hospital de referência do Paraná, 2019.

VARIÁVEIS	n (61)	%
Sinais e Sintomas na 1ª hora		
Apresentaram	17	27,9
Não apresentaram	44	72,1
Descrição dos sinais e sintomas		
Náusea e Vômito	1	1,6
Náusea e Palidez	1	1,6
Taquicardia	1	1,6
Taquicardia e Palidez	1	1,6
Hipertensão	5	8,2
Tontura	2	3,3
Palidez	6	9,8
Nenhum	44	72,1

Ainda referente aos sinais e sintomas, a tabela 3 expressa essa variável na 24ª hora pós-operatória, em que 54 (88,5%) dos clientes não apresentaram sintomatologia concomitante à dor, já nos que apresentaram, evidenciou-se a náusea em 3 (4,9%) dos investigados, hipertensão em 2 (3,3%) dos casos, como evidenciado na tabela abaixo.

Tabela 3. Sinais e sintomas apresentados pelos clientes na 24ª hora pós-operatória em um hospital de referência do Paraná, 2019.

VARIÁVEIS	n (61)	%
Sinais e Sintomas na 24ª hora		
Apresentaram	7	11,5
Não apresentaram	54	88,5
Quais		
Náusea	3	4,9
Hipertensão	2	3,3
Outros	2	3,3
Nenhum	54	88,5

A figura 3 apresenta a proporção em que as medidas farmacológicas e não farmacológicas são utilizadas para alívio da sensibilidade dolorosa tanto na primeira quanto na 24ª hora.

Percebemos que a medida farmacológica é unânime, sendo utilizada em 100% dos pacientes que passam por processo cirúrgico nos dois momentos avaliados, ao passo que as medidas não farmacológicas como alternativa para alívio doloroso não foram relatadas em nenhum momento pós-cirúrgico.

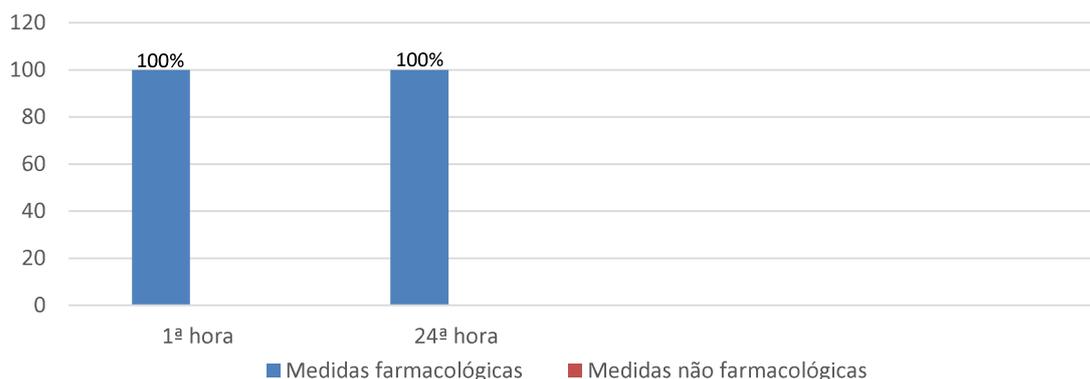


Figura 3. Demonstra a proporção do uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas em pacientes de um hospital de referência do estado do Paraná no ano de 2019, após passarem por processo cirúrgico.

As medidas farmacológicas foram ainda classificadas de acordo com as prescrições, na 1ª hora os fármacos administrados foram 100% prescritos como de horário.

Na 24ª hora as prescrições eram em sua grande maioria mistas, compostas por fármacos prescritos como de horário e se necessário (SN) em 31 (50,8%) dos casos, seguidos de fármacos prescritos como de horário em 30 (49,2%) das prescrições, como exposto na tabela 4.

Tabela 4. Classificação de acordo com horário de administração dos fármacos aos clientes na 1ª hora e 24ª hora pós-operatória em um hospital de referência do Paraná, 2019.

VARIÁVEIS	n (61)	%
1ª hora		
De Horário	61	100
24ª hora		
De Horário	30	49,2
SN/ De Horário	31	50,8

Verificou-se também, quais os fármacos mais utilizados. Na primeira hora observaram-se as medicações que foram administradas desde a entrada no centro

cirúrgico (pré-operatório) até a alta da sala de recuperação pós-anestésica, que têm relação ao processo anestésico e controle da dor propriamente dito. Já na 24^a hora foram identificados os fármacos para controle da dor e que estavam prescritos.

Tabela 5. Frequência da prescrição de fármacos na primeira hora e 24^a hora pós-operatória em um hospital de referência do Paraná, 2019.

VARIÁVEIS	n (61)	%
1^a hora		
Morfina	33	54,1
Dexametasona	27	44,3
Dipirona	26	42,6
Bupivacaína	25	41,0
Cetoprofeno	23	37,7
Midazolam	21	34,4
Fentanil	18	29,5
Propofol	12	19,7
Tenoxicam	11	18,0
Lidocaína	5	8,2
Neocaína	4	6,6
Cetamina	3	4,9
Levobupivacaina	2	3,3
Rocurônio	2	3,3
Dextrocetamina	2	3,3
Sevoflurano	1	1,6
Tramadol	1	1,6
Succinilcolina	1	1,6
Diazepam	1	1,6
24^a hora		
Dipirona	56	91,8
Cetoprofeno	46	75,4
Tramadol	25	41
Morfina	14	23
Paracetamol	7	11,5
Codeína	1	1,6
Clonazepam	1	1,6

Como exposto na Tabela 5 os fármacos da primeira hora foram todos administrados desde a chegada no Centro cirúrgico até a alta da sala de recuperação pós-anestésica. Esse número elevado ocorre devido às associações feitas no processo anestésico e algumas vezes quando a dor é relatada pelo paciente durante a recuperação pós-anestésica. Já na 24^a hora os medicamentos foram avaliados pela presença da prescrição no prontuário, ou seja, não quer dizer que todas foram administradas, porém de acordo com a prescrição todas poderiam ter sido utilizadas, caso necessário.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes avaliados não apresentou dor, ao mesmo tempo, fica evidente a predominância do tratamento farmacológico nos casos pós-cirúrgicos.

Algumas peculiaridades foram observadas, e dentre elas, as variáveis sociodemográficas, apontando que a maioria dos pesquisados (50,8%) era do sexo feminino, e a média de idade de $42,3 \pm$ anos, prevalecendo como idade mínima 19 anos e a máxima de 84 anos, achados esses que corroboram outras pesquisas, como estudo realizado em Minas Gerais por Barbosa et al. ⁽¹⁰⁾ que identificou média de idade de 48,25 anos, sendo a idade mínima de 18 e máxima de 93 anos. No entanto, em relação ao sexo, a presente pesquisa divergiu deste autor, cujo estudo teve predominância do sexo masculino, com cerca de 59,7%, e se assemelha ao resultado de Dordetto; Pinto; Rosa ⁽¹¹⁾ no qual o percentual maior foi para o sexo masculino, com cerca de 56%, perfil este que se mostra unânime em outros estudos nos quais a maioria dos pesquisados era do sexo masculino ⁽¹²⁾.

No estudo em questão, os resultados sugeriram uma maior proporção do sexo feminino em relação ao masculino, e isto pode ser devido ao fato de o hospital avaliado no estudo ser referência para gestações de alto risco, implicando assim em um número elevado de procedimentos obstétricos, principalmente as cesarianas.

Observou-se ainda, que a maioria (62,3%) dos pacientes tinham mais de 4 anos de estudos, dados que corroboram com outros estudo sem que a maioria dos participantes tem como grau de escolaridade ensino fundamental incompleto ou completo ^(2,11,12).

Quanto aos fatores crônicos, ou seja, às patologias das quais os pesquisados eram portadores, pode-se notar que 70,5% não apresentavam nenhuma doença crônica preexistente. Porém, para aqueles que apresentavam patologias prévias, houve destaque para a HAS, que apareceu em 13,1% dos indivíduos, além da hipertensão prévia, cardiopatias, DM e em 1,6% houve associação de HAS, DM e cardiopatia.

Em uma pesquisa evidenciou que 22 % da amostra foi percebido a HAS e, concomitante a essa proporção a DM também se fez presente, patologias essas que são tidas como fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ainda, segundo Robleda et al. ⁽¹³⁾ a presença de comorbidades é um fator de alto risco cirúrgico, contudo, nenhum dos estudos em questão trouxe essas comorbidades como risco ou contribuinte para desenvolvimento da dor pós-operatória ⁽¹¹⁾.

Por tratar-se de um hospital que atende a uma grande demanda e oferta atendimento médico de múltiplas especialidades, realizando uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos foi evidente o número substancial de condutas anestésicas, contudo em hospitais desse porte é mais comum que as cirurgias gerais sejam mais executadas ⁽¹⁴⁾. No entanto, referente ao perfil da especialidade cirúrgica com maior número de procedimentos, verificou-se que a ortopedia se destacou com 42,6% do total de procedimentos realizados entre os pesquisados, e essa maior proporção também pôde

ser observada em estudo realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, o qual evidenciou maior número de procedimentos ortopédicos⁽¹⁵⁾.

Tal cenário justifica-se pelo fato de o hospital onde foram coletados os dados do estudo ser referência para traumatologia, não apenas no município onde está localizado, como para os demais municípios da regional de saúde correspondente, tendo uma ampla demanda de atendimentos, principalmente traumatológicos.

Dentre as cirurgias ambulatoriais, a especialidade ortopédica é uma das especialidades responsáveis pelo maior número de acometimentos dolorosos em pacientes pós-operatórios, principalmente de intensidades mais severas, e isto está relacionado a mecanismos dolorosos desencadeados pelo processo cirúrgico. Levando em conta essa informação, deve-se ter maior atenção em relação à avaliação e controle do quinto sinal vital nesse tipo de especialidade cirúrgica^(2,10).

Em relação ao procedimento anestésico houve predomínio da raquianestesia (67,2%), em comparação às anestésias geral, peridural e local. Também pode-se notar que grande maioria das cirurgias foram eletivas (86,9%), dados semelhantes a outros estudos, como o realizado em um hospital universitário em minas gerais, no qual pôde-se constatar ainda, que em casos de raquianestesia houve menor incidência dolorosa pós-operatória^(10,14).

A dor é um sinal clínico esperado no pós-operatório, no entanto, deve ser tratada a fim de minimizar os índices de morbimortalidade, afinal, ela influencia de forma negativa na recuperação do cliente, alterando parâmetros fisiológicos e contribuindo para agravamento clínico^(2,12).

O evento doloroso pós-operatório está relacionada a fatores intrínsecos do indivíduo (psicológicos, ansiedade) e próprios do processo cirúrgico como a extensão cirúrgica e localização⁽⁸⁾. Nesta pesquisa, daqueles pacientes analisados na primeira hora ainda na sala de recuperação pós-anestésica, a grande maioria (83,6%) referiu não sentir dor alguma, número expressivo que teve uma redução notável com o passar das horas, no pós-operatório, referido por 59% na 24ª hora.

Apesar do número de pacientes sem acometimento doloroso após processo cirúrgico ser alto, ele reduz com o passar das horas. Alguns achados na literatura essa proporção é antagônica, pois a maioria dos pesquisados apresentou dor na 1ª hora e na 24ª hora pós-cirúrgica^(2,0,13).

Tal discordância pode ter relação com métodos analgésicos inadequados, contudo, é evidente a necessidade de melhora nas terapias de controle do evento, pelo fato de a analgesia estar diretamente atrelada aos resultados pós-operatórios. Nesse sentido, se faz necessário atenção por parte da equipe de enfermagem para a avaliação e implementação de medidas de controle doloroso, pois a mesma atua de forma mais estreita junto ao cliente^(2,16).

O manuseio adequado da dor é considerado um quesito de qualidade e segurança do atendimento, sendo avaliada como o quinto sinal vital, e assim como os outros sinais, sua mensuração deve ser padronizada. A descrição e expressão do paciente é de suma importância para tal análise, assim como a utilização de escalas validadas como a numérica, analógicas, ilustradas e nominais⁽⁵⁾.

Vale destacar, que dos indivíduos que apresentaram sensibilidade dolorosa no pós-operatório, a grande maioria (92%) referiu-ana incisão cirúrgica, dados semelhantes a outros estudos que também apontam como local mais frequente a inserção da ferida operatória^(4,10).

O processo cirúrgico deflagra várias alterações nos tecidos, principalmente na incisão cirúrgica e tecidos adjacentes, e esse processo desencadeia a liberação de mediadores inflamatórios e sensibiliza os nociceptores do tecido periférico, cujos

estímulos são posteriormente transformados em sensação dolorosa, sendo então tal evento predominante na incisão, resultante da agressão cirúrgica ⁽³⁾.

A dor pode alterar parâmetros fisiológicos, e sinais e sintomas pré-operatórios podem ser preditores de dor pós-cirúrgica ^(10,13). Destes sinais e sintomas, a ansiedade destacou-se, na literatura, entretanto, no presente estudo a ausência de sinais e sintomas prevaleceu tanto na primeira hora como na 24^a hora pós-cirúrgica, e dos percentuais que apresentaram algum sintoma, a ansiedade não estava presente em qualquer dos momentos.

Uma pesquisa relata sinais e sintomas que puderam ser observados em seu estudo, sendo no pós-operatório imediato a sudorese (7,3%), a palidez cutânea (48,8%), as náuseas (16,9%), os vômitos (8,9%), as alterações de valores pressóricos (29,9%). Também no primeiro pós-operatório (24 horas) observaram sudorese (6,6%), palidez cutânea (42,9%), náuseas (15,7%), vômitos (9,9%), alteração de valores pressóricos (27,2%). Foram então, elencados alguns desses sinais fisiológicos por serem achados frequentes na avaliação dolorosa, contudo, no estudo em questão a palidez cutânea mostrou-se estatisticamente preditora do evento pós-operatório em todos os períodos avaliados ⁽⁸⁾.

Achados encontrados na pesquisa são divergentes aos expostos acima, pois a maioria dos participantes não apresentou sensibilidade dolorosa na primeira hora (83,6%). A porcentagem de sinais e sintomas encontrados como palidez (9,8%), palidez/náuseas (1,6%), palidez/vômito (1,6%) não sugerem associação estatística com o evento doloroso. Mais evidente ainda na 24^a hora, em que 41% dos clientes sentiram dor, mas mesmo assim, a palidez cutânea não foi aparente nesse período do pós-cirúrgico.

Dentre as formas de controle, as medidas farmacológicas foram unânimes, ou seja, as medidas não farmacológicas de alívio da dor não foram descritas em nenhum momento pelos pacientes avaliados. Utilizar medidas farmacológicas sendo estas eficazes como demonstra o próprio estudo, no qual a maioria não refere episódio doloroso é um ponto positivo, pois propicia uma série de benefícios, dentre eles, a recuperação mais rápida. Em contrapartida, o emprego exacerbado de fármacos também tem efeitos negativos, visto que a dor é um sinal fisiológico e um sintoma subjetivo, portanto, alterações importantes como complicações operatórias podem se manifestar como sensibilidade dolorosa, contudo, estas complicações podem ser mascaradas devido excesso de analgesia farmacológica.

Por conseguinte, a associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de forma consciente e eficaz propicia melhora assistencial, com redução de danos. Outro ponto importante a ser lembrado é que a utilização de medidas não farmacológicas demonstra capacitação por parte da enfermagem, indica ainda qualidade da assistência e conseqüentemente, atribui autonomia à enfermagem.

O manejo adequado envolve avaliação, mensuração e, além do tratamento estipulado, a reavaliação. Para tanto, a enfermagem é fundamental, devido ao fato de ter maior contato com o cliente ⁽⁵⁾.

Com relação ao horário que as medidas farmacológicas estavam prescritas, na primeira hora 100% foram prescritas como de horário, já na 24^a hora 50,8% estavam prescritas como SN/Horário. O ideal seria uma prescrição com horário fixo, dificultando assim o equilíbrio plasmático dos fármacos, coibindo assim, picos dolorosos. O autor ainda traz uma discussão sobre a importância de protocolos clínicos para padronização dos procedimentos cirúrgicos, o que facilitaria a avaliação da dor, inclusive a prescrição medicamentosa ⁽¹⁷⁾.

O uso da analgesia de forma preventiva acaba por reduzir a sensibilidade dolorosa pós-operatória e conseqüentemente os efeitos adversos. No presente estudo pôde-se observar na primeira hora o uso de uma infinidade de fármacos, dentre os quais se destacam os opióides, anestésicos locais, anti-inflamatórios, analgésicos e antitérmicos, além de benzodiazepínicos⁽¹⁷⁾.

Tal variedade de classe medicamentosa utilizada na primeira hora pode ser explicada pelo fato de a maior parte dos medicamentos estar envolvida no próprio processo anestésico, seja como indutor anestésico, como relaxante muscular ou mesmo sedativo. Grande parte deles são empregados de maneira preventiva no controle doloroso, como é o caso dos anti-inflamatórios, analgésicos e corticoides.

Já na 24^a hora a prescrição prevalente era de fármacos anti-inflamatórios, analgésicos e analgésicos opióides. Em estudo realizado por Barbosa et al.⁽⁴⁾ o uso associado de fármacos anti-inflamatórios, analgésicos simples e opiáceos também foi predominante. O uso da terapia farmacológica demonstrou-se eficaz, evidenciado pelo baixo número da incidência dolorosa, contudo deve-se manter atenção pois quando há excesso do uso de fármacos tem-se efeitos adversos tão severos quanto a própria dor pós-operatória.

Dentre os efeitos adversos menos severos que podem ser causados pelas medicações durante todo o período perioperatório, têm-se as náuseas, vômitos, sonolência, que são efeitos adversos esperados, porém, ainda podem ocorrer efeitos mais acentuados quando há uso de medicação em doses excessivas ou por interação medicamentosa, que resultam algumas vezes em síndromes tóxicas que variam de leves a graves^(17,18).

A terapia farmacológica acarreta em despesas, que podem ser dobradas quando tem-se prescrição de opióides. Os mesmos autores afirmam que a terapia farmacológica por si só é insuficiente, podendo ser completada pelas terapias não farmacológicas, que quando combinadas mostram importantes resultados na redução da sensibilidade dolorosa, além do mais, acarreta em redução de custos⁽⁹⁾.

Diante do exposto, fica evidente a importância do papel da enfermagem, que devido ao maior contato com o cliente deve estar capacitada para identificar e intervir de forma efetiva no quinto sinal vital, devendo avaliar, diagnosticar e implementar ações necessárias para o controle do evento. O conhecimento sobre fisiologia humana e proximidade com o cliente são facilitadores para que as alterações sejam identificadas de forma precoce⁽⁷⁾.

O primeiro passo para uma intervenção por parte da enfermagem é identificar a sensibilidade dolorosa, para posteriormente implantar ações cabíveis. Ademais, o tratamento adequado, seja ele farmacológico ou não, vai além das questões orgânicas, sendo também uma ação humanizada e fator econômico positivo, acarretando em valorização para a classe trabalhista^(8,9).

A terapia não farmacológica para controle da dor é essencial, pois pode ser usada pela enfermagem e se faz muito importante no controle do evento, além de propiciar maior autonomia com redução de efeitos adversos.

Do ponto de vista prático, espera-se que esse estudo contribua no sentido de ampliar o conhecimento dos profissionais para melhoria da prática clínica, possibilitando maior autonomia da enfermagem, que pode ser desenvolvida por meio da avaliação, manejo e tratamento adequado e efetivo da dor. Acredita-se que tais dados possam ser referência para elaboração de protocolos de analgesia que permitam melhorar a terapia farmacológica, fazendo-a mais segura, contribuindo para minimizar a morbimortalidade e tempo de internação do cliente.

Sumariamente, conclui-se com esta pesquisa que a dor na primeira e vigésima quarta hora pós- operatória não foi identificada como um sinal frequente. Observaram-se em sua maioria cirurgias ortopédicas, e tanto na primeira quanto na 24ª hora o tratamento farmacológico foi predominante. Em consequência do número de prescrições farmacológicas com inúmeras ações e horários variados, observou-se também que não houve nenhuma forma de controle doloroso não-farmacológico.

Entende-se que a dor pode ser um sinal subjetivo e depende de inúmeras circunstâncias relacionadas ao perfil do paciente e também intervenção realizada no mesmo. Mas vale destacar que o monitoramento e controle da dor faz parte do processo assistência e faz toda diferença na recuperação e evolução do paciente.

Espera-se que este estudo contribua para ampliar o conhecimento dos profissionais, para melhoria da prática clínica possibilitando assim mais autonomia da enfermagem, por meio do manejo adequado e efetivo da dor, além de ser referência para realização de novos estudos e elaboração de protocolos de analgesia para assim melhorar a terapia farmacológica, fazendo-a mais segura, contribuindo para minimizar a morbimortalidade e tempo de internação do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A.P., Freitas, P.T. Pain and analgesia in critical illness. Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.2(2): p.17-20, nov., 2014.
- 2.Meier, A.C., Siqueira, F.D., Pretto, C.R., Colet, C.F., Gomes, J.S., Dezordi, C.C.M., Stumm, E.M.F. Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care. Revista Gaúcha de Enfermagem.38(2): p.1-8, mar., 2017.
- 3.Teixeira, P.A.P., Amaral, L.T., Almeida, L.R.M., Protasio, J.C.R., Oliveira Filho, A.M. Postoperative pain management: a bibliographic review. Revista de Medicina e Saúde de Brasília.3(1): p.85-93, mar., 2014.
- 4.Barbosa, M.H., Corrêa, T.B., Araújo, N.F., Silva, J.A.J., Moreira, T.M., Andrade, É.V., Barichello, E. Cardoso, R.J., Cunha, Paim D.F. Physiological alterations and analgesia in patients submitted to medium-sized surgeries. Revista Eletrônica de Enfermagem. 16(1): p.142-150, mar., 2014.
- 5.Nascimento, L.A., Cardoso, M.G., Oliveira, S.A., Quina, E., Sardinha, D.S.S. Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. Revista Dor.17(2): p. 76-80, abr./jun., 2016.
- 6.Valente, R., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., Fonseca, S. Portuguese Society of Anesthesiology Recommendations for the Treatment of Acute Pain 2018. Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.28(2): p. 102-109, jun., 2019.
- 7.Santos, M.L., Costa, A.L.K., Pissaia, L.F., Moreschi, C. Performance of the nursing professional with pain in a post -anesthetic recovery room. Revista Multidisciplinar do Amapá. 1(1): p.128-138, jan./jun., 2018.

- 8.Souza, V.S., Corgozinho, M.M. Nursing in evaluation and control of postoperative pain. *Revista Científica Sena Aires*.5(1): p.70-78, dez., 2016.
- 9.Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V., Fonseca, C. Non-Pharmacological Measures in the Person with Pain: Sensitive Results of Nurses' Intervention. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*.3(3): p. 1198-1216, dez., 2017.
- 10.Barbosa M.H., Araújo N.F., Silva J.A.J., Corrêa T.B., Moreira T.M., Andrade E.V. Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1): p.143-147, mar. 2014.
- 11.Dordetto, P.R., Pinto, G.C., Rosa, T.C.S.C. Patients submitted to cardiac surgery: sociodemographic characteristics, clinical epidemiological profile and complications. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*.18(3): p. 144-149, mar., 2016.
- 12.Santos, F.D.R.P., Nunes, S.F.L., Silva, J.P., Silva, R.M.O., VIANA, R.P., Pereira, V.O., Pascoal, L.M. Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. *Revista Ciência em Extensão*.10(3): p. 99-107, mar., 2014.
- 13.Robleda, G., Sillero-Sillero, A., Puig, T., Gich, I., Baños, J.E. Influência do estado emocional pré-operatório na dor pós-operatória após cirurgias ortopédicas e traumatológicas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 22(5): p. 785-791, set./out., 2014.
- 14.Franco, L.V.S., Sugai, R.F.B., Silva, S.C., Silva, T.C., Silva, R.B.V., Guimarães, R.S.S., Cerdeira, C.D., SANTOS, G.B. Postoperative pain at a university hospital: perspectives toward health promotion. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 30(4): p. 1-8, out./dez., 2017.
- 15.Costa Junior, A.S. Assessment of operative times of multiple surgical specialties in a public university hospital. *Revista Einstein*.15(2): p. 200-205, jan., 2017.
- 16.Kawai, V.F.A., Cortez, P.J.O., Valenti, V.E., Oliveira, F.R., Vitorino, L.M. Pre and postoperative analgesia for orthopedic surgeries. *Revista Dor*.16(3): p. 166-170, jul./set., 2015.
- 17.Panazzolo, P.S., Siqueira, F.D., Portella, M.P., Stumm, E.M.F., Colet, C.F Pain evaluation at the post-anesthetic care unit of a tertiary hospital. *Revista Dor*. 18(1): p. 38-42, mar., 2017.
- 18.Nobrega, H.O.S., Costa, A.M.P., Mariz, S.R., Fook, S.M.L. Intoxicações por medicamentos: uma revisão sistemática com abordagem nas síndromes tóxicas. *Revista Saúde e Ciência*. 4(2): p. 109-119, out., 2015.