

Avaliação da dor em criocirurgia de ceratoses actínicas *

Pain evaluation in the cryosurgery of actinic keratoses

Claudia Schermann Poziomczyk¹
Marcel de Almeida Dornelles³

Bruna Köche²
Sérgio Ivan Torres Dornelles⁴

Resumo: FUNDAMENTOS: a ceratose actínica é lesão pré-maligna frequente, que ocorre em áreas expostas à luz solar, em pessoas idosas ou adultas de meia-idade e pele clara. A criocirurgia com nitrogênio líquido é a modalidade mais comum para o tratamento de ceratoses actínicas. Objetivos: o objetivo primário deste estudo foi medir a intensidade da dor durante a criocirurgia, por meio da Escala Visual Análoga. Também buscou-se identificar o nível de dor considerado adequado pelo paciente, avaliar a proporção de pacientes que consideram necessária a diminuição da dor sentida e verificar a necessidade ou não de analgesia suplementar. Métodos: Estudo transversal com pacientes encaminhados para terapêutica criocirúrgica de ceratoses actínicas no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Foram avaliados 112 pacientes, após tratamento de ceratoses actínicas, aplicando-se um questionário com perguntas sobre a intensidade da dor sentida durante o procedimento cirúrgico, assim como a dor considerada confortável ou adequada ao procedimento. Resultados: participaram 48 homens (42,8%) e 64 mulheres (57,2%). A média da dor referida durante o procedimento cirúrgico, medida em milímetros na Escala Visual Análoga, foi de 32,85 mm; a média da dor considerada adequada pelos pacientes foi de 23,01 mm. A diferença entre as duas médias foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Em questionário objetivo e direto, a percentagem de pacientes que referiu ser necessária a diminuição da dor foi 30,4%. Conclusões: embora a dor considerada adequada seja menor estatisticamente do que a sentida, não alcança níveis suficientes para que seja atribuída a necessidade de método de analgesia suplementar neste tipo de intervenção.

Palavras-chave: Ceratose actínica; Criocirurgia; Medição da dor

Abstract: BACKGROUND: Background: Actinic keratosis is a frequently-encountered premalignant lesion occurring in areas exposed to sunlight in fair-skinned elderly or middle-aged people. Cryosurgery with liquid nitrogen is the most common method for treating the lesions.

OBJECTIVES: The primary objective of this study was to measure the intensity of pain during cryosurgery by using the Visual Analog Scale (VAS). We also sought to identify the pain level deemed appropriate by the patient, to assess the proportion of patients who considered it necessary to reduce the pain and, finally, to gauge whether or not additional analgesia was required.

METHODS: Cross-sectional study with patients referred for cryosurgical treatment of actinic keratoses to the Sanitary Dermatology Outpatient Clinic. We applied a questionnaire to 112 patients [48 men (42.8%) and 64 women (57.2%)] after their treatment for actinic keratoses, asking them to assess the intensity of pain experienced during surgery and the pain that they considered to be bearable or appropriate for the procedure.

RESULTS: The mean referred pain during surgery was 32.85 mm on the Visual Analog Scale, while the mean pain deemed appropriate by the patients was 23.01 mm. The difference between the two means was statistically significant ($p < 0.05$). 30.4% of the patients reported in the direct and objective questionnaire that they needed the pain to be reduced.

CONCLUSIONS: Although the level of pain considered to be appropriate by the patients was statistically lower than the referred pain, it did not reach the level at which it would be judged necessary to provide additional analgesia in this type of intervention.

Keywords: Actinic keratosis; Cryosurgery; Pain measurement

Recebido em 09.04.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 07.10.10.

* Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) - Secretaria da Saúde - Porto Alegre (RS), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro / *Financial funding:* Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul - Escola de Saúde Pública - Porto Alegre (RS), Brasil

¹ Dermatologista - Consultório no Hospital São Lucas da PUC-RS; mestranda em Patologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) - Porto Alegre (RS), Brasil.

² Médica - Clínica privada - Caxias do Sul (RS), Brasil.

³ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Mestre em Clínica Médica - Preceptor do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) Secretaria da Saúde - Porto Alegre (RS), Brasil.

INTRODUÇÃO

A ceratose actínica (CA), solar ou, impropriamente, senil, é lesão pré-maligna frequente, que ocorre em áreas expostas à luz solar, em pessoas idosas ou adultas de meia-idade e pele clara, sendo seu aparecimento dependente da exposição à radiação ultravioleta.^{1,2}

As lesões têm curso crônico. Em geral, são múltiplas, caracterizam-se por pequenas lesões (alguns milímetros a pouco mais de 2 centímetros de diâmetro), muitas vezes podem apresentar-se discretamente salientes, de coloração acastanhada ou eritematosas, com superfície áspera ao tato; às vezes, o aspecto é de lesão atrófica e eritematosa com descamação.² O aparecimento de halo eritematoso, mesmo nas lesões pequenas, e de infiltração na base podem indicar transformação carcinomatosa.^{2,3}

A histopatologia mostra hiperqueratose e paraqueratose, com áreas de atrofia e acantose na camada malphigiana. As células malphigianas mais profundas apresentam atipias com disposição desordenada, porém, com a camada basal intacta.^{1,2}

As CAs (ceratoses actínicas) podem ser tratadas por razões cosméticas ou alívio dos sintomas associados, mas a principal razão para o tratamento é a prevenção de carcinomas espinocelulares.³ As opções de tratamento incluem terapias ablativas (destrutivas) ou terapias tópicas em pacientes com múltiplas lesões.³

A criocirurgia (CR) com nitrogênio líquido (NL) é a modalidade mais comum para o tratamento de ceratoses actínicas. Este procedimento destrutivo é altamente efetivo, com taxas de cura entre 75 e 99%. A CR é facilmente aplicada em consultório, promove um excelente resultado cosmético e é bem tolerada.³

A criocirurgia é o uso do frio para provocar destruição de tecidos com finalidade terapêutica.^{1,3}

O objetivo da CR é causar necrose seletiva do tecido, com sua extensão dependendo do tipo de lesão e do volume de congelamento necessário. As alterações biológicas ocorrem por causa da perda rápida de calor, quando o criógeno toca a pele, e, havendo congelamento, ocorrerá destruição tecidual.¹

O mecanismo deste processo provoca dois efeitos: cristalização da água intra e extracelular, que conduz à morte da célula e à trombose vascular, gerada pelo congelamento dos vasos da região que complementam a necrose tissular. Isto produz a destruição do tecido e o estroma promove trama para reparação posterior da ferida.¹

As formas de aplicação do NL podem ser por jato aberto, quando o spray é aplicado livre sobre a pele, através de sondas fechadas, pontas fechadas que, estando congeladas, são comprimidas sobre as lesões, ou através de *sticks*, que são aplicadores de contato. A forma de aplicação depende da origem e da forma da lesão a ser tratada.⁴

De acordo com Thai et al, o tempo de congelamento ideal para o tratamento da ceratose actínica por meio da técnica de spray fica entre 10 e 15 segundos. Este tempo de congelamento apresenta alta eficácia (taxa de cura de, no mínimo, 80%) e poucos efeitos adversos locais (dor, sensação de queimação, eritema, edema, formação de bolhas e infecção cutânea).⁵

Na prática, o procedimento de criocirurgia para o tratamento de ceratoses actínicas é um procedimento doloroso para muitos pacientes. A dor varia com o tempo de congelamento, com o número e a localização das lesões e com a percepção pessoal da dor.

A criocirurgia faz parte da rotina dos atendimentos em Dermatologia, mesmo na atenção primária. O campo da cirurgia dermatológica expandiu-se consideravelmente, principalmente durante os últimos 30 anos, com a incorporação de novas possibilidades terapêuticas e melhorias técnicas.⁶ Apesar disso, a observação clínica nos mostra ainda a presença do desconforto trazido pela dor, apesar dos avanços na abordagem neste tipo de procedimento.

As conceituações para a dor são diversas. A Associação Internacional para Estudos da Dor define-a como “uma experiência sensório-emocional desagradável associada a um dano real ou potencial”.^{7,8} Atualmente, há uma tendência em considerar a dor como baseada em dois extremos: dor como emoção e dor como sensação específica. A dor pode, então, ser vista dualisticamente, como dor puramente psicogênica ou puramente física.⁸ Ela não é qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade, mas, sim, experiência multidimensional que comporta aspectos afetivo-emocionais, sendo uma experiência interna, complexa e pessoal.

O estímulo doloroso pode ser desencadeado por dano mecânico, extremos de temperatura ou substâncias químicas irritantes. Na pele, as terminações nervosas livres são responsáveis pela sensação de dor. A densidade destes receptores varia conforme os diferentes locais e tecidos.^{9,10} Os estímulos são transmitidos ao Sistema Nervoso Central (SNC) por dois tipos de neurônios: as fibras mielínicas finas A-delta (rápidas) e as fibras amielínicas C (lentas). Estas fibras chegam ao tálamo e ao córtex sensorial, que são os locais responsáveis pela percepção da dor e pelo componente emocional a ela associado. A transmissão da dor, desde os tecidos periféricos até o SNC, depende de um complexo balanço entre sistemas neuronais excitatórios e inibitórios.⁸

A mensuração da dor é fundamental para que se tomem atitudes para o seu adequado manejo, porém, uma avaliação mais objetiva também tem sido um desafio. São instrumentos utilizados para mensu-

ração da dor as escalas: verbal, escala numérica, escala visual análoga e a escala de faces.

A Escala Visual Análoga tem sido o instrumento de medida mais utilizado e validado pelo meio científico. Operacionalmente, consiste em uma linha horizontal, de 100 mm de comprimento, ancorada por descritores em cada um dos lados. No extremo da esquerda, considera-se ausência total de dor, enquanto no extremo da direita, considera-se uma dor insuportável ou a pior dor imaginável. O paciente assinala na linha o ponto que ele acredita melhor representar sua percepção da intensidade da dor. O escore é determinado pela distância em milímetros do ponto inicial à esquerda da linha até o ponto marcado pelo paciente.^{5,10}

Thaiza Xavier *et AL*, em estudo que aborda aspectos qualitativos e quantitativos da dor de pacientes submetidos à toracotomia póstero-lateral, compararam o comportamento da dor em homens e mulheres submetidos à toracotomia póstero-lateral, utilizando como instrumentos a escala numérica da dor e o questionário para dor McGill e não observaram diferenças estatísticas significantes entre as respostas quantitativas da dor de homens e mulheres.^{10,11}

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com amostra composta por voluntários de ambos os sexos, com mais de 18 anos de idade, portadores de ceratoses actínicas e encaminhados para criocirurgia no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul.

O objetivo primário deste estudo foi medir a intensidade da dor durante a criocirurgia de pacientes com ceratoses actínicas, por meio da Escala Visual Análoga. Os objetivos secundários foram: identificar o nível de dor considerado adequado pelo paciente; avaliar a proporção de pacientes que considera necessária a diminuição da dor sentida; verificar a necessidade ou não de analgesia suplementar.

Seguiu-se a rotina de atendimento dado a todos os pacientes submetidos à criocirurgia de ceratoses actínicas.

Visto que não há dados adequados e significativos sobre a avaliação da dor na criocirurgia de ceratoses actínicas, baseamos o cálculo do tamanho da amostra na prevalência do desfecho, considerando-se um poder estatístico de 80% e um nível de significância de 0,05. O tamanho amostral encontrado foi de 110 voluntários.

A análise estatística foi realizada pela obtenção de frequências, médias, desvios padrões, medianas, quartis e pelos testes “t” para amostras pareadas e qui-quadrado. Utilizou-se o programa SPSS 15.

Os critérios de inclusão utilizados foram: todos os pacientes maiores de 18 anos encaminhados para criocirurgia de ceratoses actínicas.

A coleta dos dados foi feita por meio da aplicação de um questionário com perguntas objetivas e abertas, aplicado no momento da abordagem inicial no Ambulatório de Cirurgia Dermatológica, pelo próprio avaliador. Os dados foram coletados de março a outubro de 2009.

Logo após o procedimento, foi aplicada a Escala Visual Análoga (EVA) e anotada sua interpretação da intensidade da dor sentida, medindo-se a distância, em milímetros, desde o ponto extremo à esquerda (nenhuma dor) até o local marcado pelo paciente. A intensidade da dor considerada adequada pelo paciente também foi medida, por meio da EVA.

Os pacientes foram questionados, após o procedimento, se havia ou não a necessidade de diminuição da dor, com opções de respostas objetivas “sim” ou “não”.

Outros dados coletados (variáveis independentes) foram: idade, escolaridade, renda, ocupação, situação conjugal, história de procedimentos cirúrgicos dermatológicos prévios, local da pele onde foi realizado o procedimento cirúrgico, número de lesões e medicamentos em uso.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Os voluntários foram comunicados dos objetivos da pesquisa, preenchendo o termo de consentimento informado e garantindo-se a eles sigilo completo durante os processos de coleta, armazenamento e análise dos dados. Todos os pacientes tiveram a garantia de que, se não quisessem participar do estudo, receberiam, igualmente, todo o atendimento necessário.

RESULTADOS

Uma amostra de 112 voluntários foi incluída na análise. A média da dor referida durante o procedimento cirúrgico, medida em milímetros na Escala Visual Análoga, foi de 32,85 mm, com desvio padrão (DP) de 21,56 mm. Já a média da dor considerada adequada (“confortável”) pelos mesmos pacientes foi de 23,01 mm, com DP de 16,44 mm. Quanto à necessidade de diminuição da dor (respostas “sim” ou “não” do questionário), 34 pacientes (30,4%) responderam que havia necessidade de diminuição da dor para maior conforto durante o procedimento, enquanto 78 (69,6%) responderam que ela não era necessária. Comparando-se estas respostas pelo teste do qui-quadrado, obteve-se um $p < 0,05$, ou seja, os grupos dos voluntários que responderam “sim” (30,4%) e “não” (69,6%) mostraram-se estatisticamente diferentes. Os dados podem ser observados nas tabelas 1 e 2.

TABELA 1: Valores referentes à intensidade da dor referida e dor adequada (milímetros) com base no número total dos voluntários

	Intensidade da dor referida (mm)	Intensidade da dor adequada (mm)
Média	32,85	19,78
Mediana	35,00	20,00
Desvio padrão	21,56	16,44
Q1 (10 quartil)	12,35	10,00
Q3 (30 quartil)	50,00	40,00
Mínimo	0	0
Máximo	95	60

Uma importante informação sobre o tamanho que representa as diferenças dos valores dos escores das dores analisadas (sentida e adequada) pode ser obtida pelo método de Cohen, que calcula o *effect size* correspondente. O cálculo do índice estatístico “d” de Cohen (Cohen’s *d*), que é realizado utilizando-se a média e o desvio padrão dos escores das dores referidas nos grupos, foi de 0,50. Segundo o autor do teste e interpretações, publicadas pelo *National Survey of Student Engagement (NSSE)*, este tamanho de efeito é considerado de média magnitude (0,50).^{12,13}

A amostra ficou constituída por 48 homens (42,8%) e 64 mulheres (57,2%). A análise por sexo mostrou que o masculino teve a média do escore de dor sentida de 26,46 mm (DP 16,46 mm) e dor adequada de 22,21 mm (DP 15,18 mm). Por outro lado, o sexo feminino mostrou a média do escore para dor sentida de 37,67 mm (DP 23,72 mm) e dor adequada de 23,61 mm (DP 17,42 mm), conforme observado na tabela 3.

A média de idade foi 66,98 anos, com um mínimo de 40 e um máximo de 87 anos. Sessenta e seis (66) pacientes eram casados (58,9%), dez (10) eram solteiros (8,9%), trinta e um (31) eram viúvos (27,6%) e cinco (5) (4,6%) enquadravam-se na categoria “outros”. A média da renda mensal dos voluntários foi R\$ 724,97, variando de R\$ 0 a R\$ 2.500,00.

A escolaridade foi medida por anos cursados em escola, tendo como média 5,12 anos e desvio padrão de 3,42. Setenta e oito pacientes (78) tinham história de cirurgia dermatológica prévia (69,6%). A

TABELA 2: Distribuição das repostas à pergunta: “Há necessidade de diminuição da dor sentida?”

	Sim	Não	Total
Número	34	78	112
Porcentagem	30,4	69,6	100

TABELA 3: Valores da dor referida e adequada, medida em milímetros, de acordo com o sexo

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Número de voluntários	48	64
Média da dor referida (mm)	26,46	37,64
Média da dor adequada (mm)	22,21	23,61
Mediana da dor referida (mm)	27,50	40,00
Mediana da dor adequada (mm)	20,00	20,00
Desvio padrão dor referida (mm)	16,46	23,72
Desvio padrão dor adequada (mm)	15,18	17,42
Q1 (10 quartil) - dor referida (mm)	10,25	15,00
Q3 (30 quartil) - dor referida (mm)	40,00	50,00
Q1 (10 quartil) - dor adequada (mm)	10,00	8,00
Q3 (30 quartil) - dor adequada (mm)	38,50	40,00

média de idade e a escolaridade entre os sexos masculino e feminino não mostraram diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$). Quanto ao estado civil, a condição de viuvez mostrou diferença importante quando comparada por sexo (4 homens para 27 mulheres).

A dor foi analisada também de acordo com as áreas afetadas. Cento e dois (102) voluntários possuíam lesões na face, com uma média de 4,42 lesões. O número de pacientes com lesões no couro cabeludo foi de 10 (média de lesões de 4,6). Quarenta e dois (42) indivíduos apresentavam lesões nos braços, com média de 5,47 lesões; cinquenta e sete (57) possuíam lesões nas mãos, com média de 2,08 lesões. As médias da dor referida e da dor adequada entre as diferentes áreas afetadas estão demonstradas na tabela 4. Pelo teste de comparação múltipla de Games-Howell não se observou diferença significativa ($p > 0,05$) entre as regiões afetadas, tanto na análise dos valores da dor referida (sentida pelo paciente) quanto na análise da dor adequada. Na comparação entre os sexos, também não se observou diferença estatística (teste do qui-quadrado) quanto ao número de lesões nas regiões anatômicas (exceção ao couro cabeludo que não foi incluído nessa análise por ausência de diagnósticos no sexo feminino).

Avaliaram-se lesões em couro cabeludo, face, mãos, antebraços, pernas e pés. O número de regiões afetadas em um mesmo paciente variou dentro da amostra estudada. Quarenta e dois (42) voluntários apresentavam lesões em somente 1 região; trinta e cinco (35) pacientes possuíam lesões em 2 regiões concomitantes; vinte e quatro (24) voluntários em 3 regiões. Apenas nove (9) voluntários possuíam lesões em 4 regiões, um (1) voluntário em 5 regiões e um (1) paciente em 6 regiões. As médias da dor referida e da dor adequada, de acordo com o número de regiões afetadas, estão demonstradas na tabela 5.

TABELA 4: Valores da dor referida e adequada (em milímetros), de acordo com as regiões tratadas

	Face	Couro cabeludo	Mãos	Antebraços
Número de pacientes	102	10	57	42
Média dor referida (mm)	34,21	32,20	36,23	35,19
Mediana dor referida (mm)	35	37,50	35,00	35,00
Desvio padrão dor referida (mm)	21,68	17,40	21,65	22,17
Q1 dor referida	14,50	11,50	19,00	15,00
Q3 dor referida	50,00	50,00	50,00	50,00
Média dor adequada (mm)	23,96	24,00	22,39	22,76
Mediana dor adequada (mm)	20,00	17,50	20,00	20,00
Desvio padrão dor adequada (mm)	16,49	19,12	15,40	16,46
Q1 dor adequada	10,00	8,75	10,00	10,00
Q3 dor adequada	40,00	42,50	37,50	40,00

Apesar de terem sido observados valores crescentes da dor referida (dor sentida) pelos pacientes, concomitante ao aumento do número de regiões tratadas, não houve diferença significativa entre elas pelo teste de Games-Howell.

DISCUSSÃO

Neste estudo transversal, procuramos avaliar a intensidade da dor relatada pelos pacientes submetidos à criocirurgia, o nível de dor que seria considerado adequado para tal procedimento e a necessidade ou não de diminuição da dor sentida.

Ao comparar as médias dos escores da dor sentida e da dor adequada, utilizando-se o teste “t” para amostras pareadas, observou-se que as médias das amostras foram diferentes ($p < 0,05$). Com este dado, estimamos que a dor sentida é relevante a ponto de determinar diferença entre as amostras.

Ao comparar as médias dos escores da dor sentida e da dor adequada nas amostras por sexo, utilizando-se o teste “t” para amostras pareadas, observou-se que no sexo masculino o valor de “p” foi maior que

0,05, ou seja, não houve diferença entre os grupos. No caso do sexo feminino, obteve-se um $p < 0,05$, demonstrando que as amostras são diferentes. Pode-se estimar que, no sexo feminino, a dor considerada adequada para o procedimento é menor do que a referida (sentida pelas voluntárias), podendo-se supor que o grupo do sexo feminino teve um limiar menor para a dor nesta terapêutica. Os resultados encontrados vão contra os resultados do estudo realizado por Thaiza Xavier *et al* no estudo “Aspectos qualitativos e quantitativos de pacientes submetidos à toracotomia póstero-lateral”, no qual não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos na quantificação da dor pós-operatória.¹⁰

Comparando-se as respostas “sim” e “não”, com relação à necessidade ou não de medidas de analgesia prévia, pelo teste do qui-quadrado, obteve-se um $p < 0,05$, ou seja, as amostras do grupo do “sim” (30,4%) e do “não” (69,6%) mostraram-se estatisticamente diferentes. Desta maneira, por este método objetivo de avaliação, poderíamos interpretar que não há necessidade de diminuição da dor (Tabela 2).

Observou-se que a média da dor referida cresceu com o número de regiões tratadas, com exceção de locais que envolveram pequeno número de voluntários, fato que pode ter comprometido a análise. Este fato pode ser explicado pelo aumento do estímulo doloroso e conseqüente percepção da dor, em função do somatório de regiões submetidas ao tratamento.

CONCLUSÃO

No presente estudo, a média da dor sentida foi estatisticamente maior do que a referida como adequada. No entanto, o número de pacientes que relatou em questionário objetivo que seria necessária a diminuição da dor foi pequeno. De certa forma, os resultados podem ser interpretados como contraditórios; entretanto, considerando que a percepção da dor é considerada um fenômeno com aspectos afetivo-emocionais, envolvido por múltiplos mecanismos, isso pode refletir que, embora a dor considerada adequada seja menor estatisticamente do que a sentida, quando comparadas nas amostras analisadas não alcança níveis suficientes para que seja atribuída a

TABELA 5: Valores da dor referida e adequada (em milímetros) de acordo com o número de regiões tratadas

Número de regiões afetadas	Número de pacientes	Média/Mediana dor referida (mm)	Média/Mediana dor adequada (mm)	Q1/Q3 Dor referida	Q1/Q3 Dor adequada
1 região	42	28,10 / 27,50	22,86 / 20,50	8,00 / 42,75	6,75 / 40,00
2 regiões	35	32,77 / 34,00	21,83 / 20,00	12,00 / 50,00	10,00 / 34,00
3 regiões	24	37,83 / 40,00	24,46 / 20,00	20,50 / 50,00	10,25 / 40,00
4 regiões	9	42,67 / 50,00	29,56 / 30,00	22,00 / 57,50	13,00 / 47,50

necessidade de método de analgesia suplementar neste tipo de intervenção. Soma-se a isto o cálculo do *effect size* de Cohen, que não indicou estarmos diante de evento de alta magnitude, na comparação da dor sentida com aquela que os voluntários referiram como confortável (adequada).

Demonstrou-se também que existe diferença estatisticamente significativa entre a avaliação da dor sentida entre homens e mulheres, sendo que os voluntários do sexo masculino acusaram uma média menor, mostrando nesta amostra que esses tiveram um maior limiar à dor.

É importante mencionar que alguns fatores observados neste estudo podem caracterizar viés de aferição como, por exemplo, a dificuldade de entendi-

mento por parte dos pacientes em relação à utilização da Escala Visual Análoga, o provável constrangimento de alguns pacientes em relatar o desconforto sentido durante o procedimento ao médico que o estava tratando e a relutância dos entrevistados em referir a dor associada à necessidade de analgesia suplementar, pois acreditam que a dor é inevitável e consequente ao procedimento cirúrgico, em concordância com outros estudos relatados na literatura.^{10,14}

A partir dos resultados encontrados, sugerimos que novos estudos sejam realizados com a finalidade de avaliar a real necessidade de medidas analgésicas complementares, buscando o bem-estar do paciente cirúrgico-ambulatorial. □

REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 2001. p. 834-835.
2. Azulay RD, Azulay DR. *Oncologia Dermatológica*. In: Azulay RD, Azulay DR, editores. *Dermatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 385-444.
3. McIntyre WJ; Downs MR; Bedwell SA. Treatment options for actinic keratoses. *Am Fam Physician*. 2007;76:667-71.
4. Moraes AM, Velho PENFV, Magalhães RF. Criocirurgia com nitrogênio líquido e as dermatoses infecciosas. *An Bras Dermatol*. 2008;83:285-98.
5. Thai KE, Fergin P, Freeman M, Vinciullo C, Francis D, Spelman L, et al. A prospective study of the use of cryosurgery for the treatment of actinic keratoses. *Int J Dermatol*. 2004;43:687-92.
6. Duncan KO, Geisse JK, Leffel DJ. Epithelial Precancerous Lesions. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1007-15.
7. Manica J, cols. *Anestesiologia: Princípios e Técnicas*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 1139-55.
8. Nielson WR. The concept of pain. *Clin J Pain*. 2001;17(Suppl 4):S5-S7.
9. Kelly DJ, Ahmad M, Brull SJ. Preemptive analgesia II: recent advances and current trends. *Can J Anaesth*. 2001;48:1091-1101.
10. Xavier TT, Torres GV, Rocha VM. Qualitative and quantitative aspects of pain in lateral posterior thoracotomy patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14:708-12.
11. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. *Rev Esc Enf USP*. 1996;30:473-83.
12. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2th ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. p. 531-4.
13. NSSE.iub. National Survey of Student Engagement [Internet]. Contextualizing NSSE Effect Sizes: Empirical Analysis and Interpretation of Benchmark Comparisons. [cited 2009 dec 12]. Available from: <http://www.nsse.iub.edu/>
14. Kamming D, Chung F, Williams D, McGrath BM, Curti B. Pain management in ambulatory surgery. *J Perianesth Nurs*. 2004;19:174-182.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Claudia Schermann Poziomczyk
Rua dos Andradas, 1.646 - Conjunto 73, Centro
90020-012 Porto Alegre (RS) – Brasil
E-mail: claudiapoz@hotmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Poziomczyk CS, Köche B, Dornelles MA, Dornelles SIT. Avaliação da dor em criocirurgia de ceratoses actínicas. *An Bras Dermatol*. 2011;86(4):645-50.