

Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato



Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care
Análisis de intensidad, aspectos sensoriales y afectivos del dolor de pacientes en posoperatorio inmediato

Alcione Carla Meier^a
 Fernanda Duarte Siqueira^a
 Carolina Renz Pretto^b
 Christiane de Fátima Colet^a
 Joseila Sonogo Gomes^a
 Cátia Cristiane Matte Dezordi^a
 Eniva Miladi Fernandes Stumm^b

Como citar este artigo:

Meier AC, Siqueira FD, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Stumm EMF, et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e62010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62010>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62010>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a dor de pacientes em pós-operatório imediato, na admissão, uma hora após e na alta de uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica quanto a intensidade, aspectos sensoriais e afetivos.

Métodos: Analítico, transversal, com 336 pacientes, formulário sociodemográfico e clínico, escala numérica da dor e McGill reduzida. Dados coletados em setembro-outubro de 2015 em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), hospital geral do Noroeste do Rio Grande do Sul. Estatística descritiva, analítica, com significância para $p < 0,05$.

Resultados: 57,3% não referiram dor, 47% dor da admissão à alta, estatisticamente significativas. Pacientes submetidos a cirurgias oncológicas e traumatológicas relataram mais dor ($p < 0,01$). Na admissão e manutenção prevaleceu dor moderada e intensa; na alta, dor leve e moderada.

Conclusões: Percentual elevado de pacientes com dor no pós-operatório imediato, desde a admissão na unidade até a alta. Resultados podem instigar pesquisadores e profissionais de saúde às investigações, inclusive com maior número de participantes que permitam inferências.

Palavras-Chave: Dor. Dor pós-operatória. Medição da dor. Assistência perioperatória. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the pain of patients in the immediate postoperative period during admission, an hour after admission, and at discharge of the post-anesthesia care unit in terms of intensity, and sensory and affective aspects.

Methods: Analytical, cross-sectional study with 336 patients. Data were collected using a sociodemographic and clinical form, the Numeric Pain Rating Scale, and the short-form McGill Pain Questionnaire. Data collection occurred from September to October 2015 at the post-anesthesia care unit of a general hospital in the north-west of Rio Grande do Sul, Brazil. The significance level of the descriptive and statistical analyses was set at $p < 0.05$.

Results: According to the data, 57.3% of the patients did not report pain and 47% felt pain from admission to discharge. Patients submitted to cancer and trauma surgeries reported more pain ($p < 0.01$). At admission and maintenance, there was a prevalence of moderate and intense pain, and at discharge, a predominance of mild and moderate pain.

Conclusions: The results showed a high percentage of patients with pain in the immediate postoperative period from admission to discharge. These findings can encourage researchers and health workers to conduct further investigations with the larger number of patients to allow for inferences.

Keywords: Pain. Pain, postoperative. Pain measurement. Perioperative care. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el dolor de pacientes en posoperatorio inmediato, en admisión, una hora después y en el alta de una unidad de cuidados posanestesia en intensidad y aspectos sensoriales y afectivos.

Métodos: Analítico, transversal, con 336 pacientes, formulario sociodemográfico y clínico, escala numérica del dolor y McGill reducida. Datos recogidos en septiembre-octubre de 2015, en unidad de cuidados posanestesia, hospital general del Noroeste de Rio Grande do Sul. Estadística descriptiva y analítica, con significación para $p < 0,05$.

Resultados: el 57,3% no informó dolor, 47% dolor de admisión hasta el alta, estadísticamente significativos. Pacientes sometidos a cirugía oncológica y traumatológica reportaron más dolor ($p < 0,01$). En la admisión y mantenimiento prevaleció el dolor moderado y grave, en el alta, leve y moderada.

Conclusiones: Elevado porcentaje de pacientes con dolor en posoperatorio inmediato, del ingreso hasta el alta. Resultados pueden instigar investigadores, profesionales de salud para investigaciones con mayor número de participantes que permitan inferencias.

Palabras clave: Dolor. Dolor posoperatorio. Dimensión del dolor. Atención perioperativa. Atención de enfermería.

^a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Departamento de Ciências da Vida. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Programa de Pós-graduação em Atenção Integral à Saúde (UNICRUZ-UNIJUI). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, sempre subjetivas⁽¹⁾. Caracteriza-se como experiência multidimensional, tanto em qualidade quanto em intensidade, com aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais⁽²⁾.

A dor se constitui em um fenômeno comum, sentido por todos os seres humanos, expressa de formas diferentes, portanto, sua avaliação e mensuração são importantes parâmetros de controle e cuidado para com o paciente⁽³⁾. Importantes avanços ocorreram em relação à avaliação da dor nos últimos anos. Um desses é a padronização da dor como quinto sinal vital pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, que a considera prioridade na avaliação, intervenção e reavaliação durante o cuidado integral na hospitalização do paciente. Para a JCAHO, a avaliação da dor inclui sua localização e intensidade baseada em escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos⁽⁴⁾.

No organismo, as células ao sofrerem qualquer tipo de agressão liberam prostaglandinas, que atraem outras, especializadas na fagocitose, que favorecem a sensibilidade. As terminações nervosas indiferenciadas captam os estímulos dolorosos. A exposição intensa e prolongada a esses estímulos provoca alterações cardiovasculares, taquipnéia, retenção hídrica, elevação dos níveis glicêmicos, alterações na coagulação e redução da resposta imune⁽⁵⁾.

A dor pode ser classificada em aguda, crônica, nociceptiva, somática, visceral e neuropática. Ao considerá-la no pós-operatório imediato em uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), é classificada como aguda, produzida por lesão na pele, estruturas somáticas profundas ou viscerais⁽⁶⁾. Resulta da incisão cirúrgica e manipulação de tecidos e órgãos, frequente neste período, principalmente em cirurgias de médio e grande porte⁽⁶⁾.

O pós-operatório imediato (POI) é o período subsequente ao procedimento anestésico/cirúrgico, inicia-se na sala cirúrgica, quando ocorre reversão da anestesia e se estende até duas a três horas após o término da mesma. Contudo, pode perdurar até 24 horas após o término do procedimento cirúrgico⁽⁶⁾.

O POI compreende uma etapa clínica na qual os pacientes sentem dor e o manejo adequado é de responsabilidade dos profissionais envolvidos no cuidado⁽⁶⁾. O cuidado com a sensação dolorosa é essencial na evolução pós-cirúrgica do paciente⁽³⁾ e constitui-se em um desafio, que exige sensibilidade, instrumentos padronizados e julgamento clínico cuidadoso⁽¹⁾. O controle inadequado da dor pode favorecer

complicações como pneumonia, trombose venosa profunda, infecções, dor crônica e depressão, e repercutir em maior tempo de internação e custos hospitalares⁽⁷⁾.

Geralmente, o controle inadequado da sensação dolorosa está relacionado à falta de critérios e de métodos de avaliação e registros⁽³⁾. A educação e a instrumentalização da equipe de saúde são essenciais para a avaliação da dor, aliadas ao uso de escalas validadas, de maneira a garantir excelência e segurança no cuidado ao paciente⁽³⁾. Salienta-se que a aplicação de medidas para o controle da dor pós-operatória possam compreender mudanças que envolvem paciente, equipe de saúde e organizações hospitalares, que em determinados casos, já possuem legislação específica, apenas requerem implementação⁽⁷⁾.

Em muitos casos, a dor pós-operatória resulta de falhas no tratamento, retarda a recuperação e reabilitação. A adesão a protocolos, melhora, qualifica a assistência e aumenta a satisfação do paciente⁽⁷⁾. O inadequado alívio da dor no pós-operatório ainda é um problema na prática clínica. O seu tratamento parece ter evoluído pouco nos últimos anos, por mais que se tenham introduzido novos agentes e técnicas para manejo da dor aguda; realizadas experiências para o controle da dor em unidades específicas; e a Associação Internacional para o Estudo da Dor desenvolveu atividades educacionais sobre o problema⁽⁸⁾.

Compreende-se que a sensação de dor não pode ser determinada objetivamente por instrumentos físicos de padrão único e invariável, contudo, no ambiente clínico, sua avaliação é importante com vistas a adotar conduta terapêutica adequada, verificar necessidade de um tratamento, observar eficácia ou possibilidade de interrupção. Com avaliação apropriada da dor há as condições de determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico, permite escolher o melhor e mais seguro método terapêutico, aperfeiçoar escolhas. A avaliação da intensidade e das respostas afetivas associadas à dor permitem a compreensão global do fenômeno e a avaliação da eficácia das intervenções⁽²⁾.

O presente estudo justifica-se por instigar enfermeiros e demais profissionais de saúde, a refletir acerca do cuidado de pacientes com dor, em pós-operatório imediato. Isso pode ser realizado com a implementação de protocolos de avaliação e manejo adequado da dor e, dessa forma, qualificar a assistência ao paciente. Neste interim, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: como pacientes em pós-operatório imediato avaliam e caracterizam sua dor, ao serem admitidos na URPA, uma hora após e ao receberam alta da respectiva unidade? Parte-se da hipótese de que os pacientes não sentem dor ao serem admitidos e ao receberem alta da URPA. Com a pesquisa, objetiva-se:

avaliar a dor de pacientes em pós-operatório imediato, na admissão, uma hora após e na alta de uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica quanto à intensidade, aspectos sensoriais e afetivos.

■ MÉTODO

Estudo analítico e transversal, que teve origem a partir do trabalho de conclusão de curso de graduação intitulado “Avaliação da dor de pacientes na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, uma intervenção de enfermagem”⁽⁹⁾, realizado com pacientes em uma URPA de uma Instituição hospitalar filantrópica, porte IV, da região do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A mesma disponibiliza 10 leitos e a equipe de enfermagem é composta por um enfermeiro assistencial e oito técnicos de enfermagem, com apoio de 10 anestesistas.

A rotina na URPA é caracterizada pela admissão do paciente, acompanhada da passagem de plantão. Durante a passagem de plantão são informados aspectos relacionados ao histórico do paciente, idade, diagnóstico médico, procedimento ao qual foi submetido, tipo de anestesia, intercorrências, sinais vitais, permeabilidade de vias aéreas, punção venosa, sondas e drenos, medicação utilizada, alergias, posicionamento a ser mantido, entre outros. Após ser admitido o paciente é acomodado no leito, as sondas e drenos são ajustadas, busca-se promover conforto e proteção do paciente, são elevadas as grades laterais das camas. Os pacientes são monitorizados, avaliados quanto ao nível de consciência, necessidade de aspiração e oxigenioterapia. Os sinais vitais são verificados a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora, após, verifica-se de hora em hora. Os profissionais que atuam na unidade estão atentos às complicações, em especial circulatórias (hemorragias), respiratórias (obstrução de via aérea), gastrointestinais (náuseas, vômito) e hipotermia. A avaliação e controle da dor são realizados a partir de questionamentos aos pacientes quanto à presença de dor e intensidade, naqueles com nível de consciência reduzido, alteração nos sinais vitais, gestos e agitação são percebidos como sinais de dor, que requerem manejo. Não há na unidade um protocolo ou escala validada para avaliar a dor. A alta do paciente da URPA ocorre após a recuperação anestésica e estabilização hemodinâmica.

A média mensal de cirurgias é de 463, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A amostra foi de 302 pacientes, com 10% de margem de segurança amostral. Participaram da pesquisa 336 pacientes em pós-operatório imediato, assistidos na URPA.

Os critérios de inclusão foram: estar na URPA, em POI e orientado auto e alo psiquicamente. Foram excluídos os pacientes menores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2015, durante a permanência do paciente na URPA, realizada pela pesquisadora e duas bolsistas, após realização de estudo piloto. As bolsistas foram treinadas pela pesquisadora, quanto ao uso dos instrumentos, manuseio de prontuários e abordagem dos pacientes nos três momentos de avaliação da dor. O estudo piloto foi desenvolvido a partir da aplicação do questionário McGill de Dor – forma reduzida em 30 pacientes em pós-operatório imediato com a finalidade de testar a aplicabilidade prática do instrumento nos períodos os quais a avaliação da dor seria realizada no estudo principal, para identificar dúvidas decorrentes da coleta de dados e saná-las antes da aplicação na pesquisa.

Utilizou-se de um formulário para coleta de variáveis sociodemográficas e clínicas, diretamente dos prontuários: sexo, idade, data de nascimento, nível educacional, situação conjugal, profissão, tipo de cirurgia, especialidade, tempo de duração de cirurgia, tipo de anestesia e tempo de duração de anestesia. A avaliação da dor ocorreu com o uso de escala numérica e questionário McGill de Dor – forma reduzida, validado para a língua portuguesa⁽¹⁰⁾. Esta avalia a dor percebida no momento de sua aplicação e divide-se em: Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor (AGD)⁽¹⁰⁾.

O PRI-S é composto por 11 descritores da experiência de dor sensorial que compreendem dor do tipo palpitante, tiro, punhalada, aguda, cólica, mordida, calor-queimação, dolorida, em peso, sensível e rompendo. O PRI-A constitui-se de descritores da experiência de dor afetiva: cansativa-exaustiva, enjoada, amedrontada e castigante-atormentante. Cada descritor possui indicadores referentes à intensidade da dor e valores de 0 a 3: (0) nenhuma; (1) branda; (2) moderada; e (3) severa. Em cada descritor assinala-se a intensidade de cada tipo de dor.

A intensidade de dor presente (PPI) é a que o paciente gradua sua dor em intervalos de 0 a 10, na qual 0 significa ausência de dor, 1 a 3 dor leve, 4 a 6 dor moderada, 7 a 9 dor intensa e 10 é a pior dor imaginável. Na avaliação global da experiência de dor, são apresentadas seis palavras que descrevem uma experiência dolorosa: “nenhuma dor”, “branda”, “desconfortável”, “afletiva”, “horível” e “martirizante”. O paciente responde aquela que mais se aproxima da intensidade dolorosa no momento da avaliação.

O instrumento de McGill é amplamente aceito como fidedigno, válido, sensível e preciso. Avalia a dor nas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa e é baseado em palavras que os pacientes selecionam para descrever sua própria dor⁽⁹⁾.

A avaliação da dor foi realizada com os pacientes em POI, em três momentos. O primeiro foi na admissão na URPA (momento 1), pela Avaliação da Intensidade da Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência da Dor (AGD), após verificação se o paciente estava desperto e orientado, a partir da aplicação de três perguntas, como nome, idade e município de residência, conferidas no prontuário; o segundo na fase de manutenção (momento 2), em torno de uma hora após a admissão do paciente na URPA com a utilização da PPI e AGD; o terceiro momento (momento 3), ocorreu por ocasião da alta dos pacientes da URPA, com o uso da escala McGill – forma reduzida.

Os dados foram analisados com estatística descritiva e analítica, com o uso do SPSS versão 21.0, teste de ANOVA,

teste t de *Student* para amostra dependente. Considerou-se p significativo < 0,05.

Quanto aos aspectos éticos, todos os participantes da pesquisa aceitaram participar do estudo e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Compromisso para uso de dados. Eles foram convidados a integrar o mesmo no pré-operatório. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer Consubstanciado nº 1.197.070.

RESULTADOS

Dos participantes da pesquisa, verificou-se maior percentual de pessoas do sexo feminino, 68,8% (231), acima de 60 anos 75,9% (255), casadas 65,2% (219), com filhos

Tabela 1 – Dados cirúrgicos dos pacientes em pós-operatório imediato, quanto à dor relatada na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica no período de setembro a outubro. Ijuí/RS, 2015

Característica	N	%	
Tipo de cirurgia			
Aberta	258	77,6	
Fechada	78	22,4	
Tipo de anestesia			
Geral	153	45,2	
Raque + Raque com bloqueio	134	40,4	
Sedação	19	5,6	
Local	10	2,9	
Outras	20	5,9	
Média ± SDa (CVb) – horas			
Média de tempo de cirurgia	1,4 ± 0,89 (0,79)		
Média de tempo de anestesia	1,07 ± 1,10 (1,22)		
Especialidade	N	%	pc
Oncologia	89	26,5	< 0,01*
Traumatologia	59	17,6	< 0,01*
Geral	53	15,8	0,11
Obstetrícia	38	11,3	0,5
Urológica	33	9,8	0,39
Ginecologia	33	9,8	0,9
Vascular	16	9,8	< 0,01*
Hemodinâmica	5	1,5	< 0,01*
Outras	10	3	1.11
Total	336	100	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Notas: a= desvio padrão; b=coeficiente de variação; c= p – diferença de dor entre os pacientes considerando o tipo de cirurgia avaliando o PPI de chegada na URPA, teste de ANOVA, seguido por teste t de *Student* para amostra dependente, considerou-se p significativo < 0,05.

Tabela 2 – Avaliação da Intensidade de Dor Presente e Avaliação Global da Experiência da Dor dos pacientes em pós-operatório imediato nos três momentos de avaliação. Ijuí/RS, 2015

	Média ± SD ^a (CV ^b)	p ^c
PPI 1 DOR^d	0,97 ± 1,31 (1,73)	< 0,01*
PPI 2 DOR	0,88 ± 1,09 (1,19)	< 0,01*
PPI 3 DOR	0,64 ± 0,80 (0,64)	< 0,01*
AGD 1 DOR^e	0,96 ± 1,28 (1,64)	< 0,01*
AGD 2 DOR	0,92 ± 1,06 (1,13)	< 0,01*
AGD 3 DOR	0,76 ± 0,87 (0,76)	< 0,01*

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Notas: a= desvio padrão; b=coeficiente de variação; c= p – diferença de dor entre os pacientes avaliando o PPI de chegada na URPA, teste de ANOVA, seguido por teste t de *student* para amostra dependente, considerou-se p significativo < 0,05. d=Intensidade de Dor Presente (PPI); e =Avaliação Global da Experiência de Dor (AGD).

86% (289) e que cursaram o ensino fundamental completo 53,6% (180). Evidencia-se também maior percentual de aposentados 28,3% (95), seguido de autônomos 21,5% (74) e de agricultores 20,5% (69).

Observa-se na tabela 1 os dados cirúrgicos dos participantes da pesquisa. A maioria foi submetida à cirurgia aberta 77,6% (258), com anestesia geral, raqui-anestesia ou raqui-anestesia com bloqueio. Quanto ao tempo médio de cirurgia em horas, totalizou 1,4 horas, desvio padrão 0,89 (CV=0,79), e média do tempo de anestesia, 1,7 ± 1,10 (1,22) horas.

Quanto à caracterização das cirurgias conforme especialidade, os maiores percentuais são de pacientes submetidos às cirurgias oncológicas 26,5% (89), seguido de traumatológicas, gerais, obstétricas, urológicas, ginecológicas e vasculares. Pacientes submetidos às cirurgias oncológicas, traumatológicas, vasculares e hemodinâmicas relataram dor em maior intensidade, ao serem admitidos na URPA, estatisticamente significativa (p < 0,01), comparadas as demais.

No que diz respeito à intensidade da dor, na admissão do paciente, evidencia-se que a “pior dor imaginável” foi relatada por 4,8% (16) deles, “intensa” por 7,1% (24), “dor moderada” por 24,1% (81) e “leve” por 4,8% (16). Ressalta-se que 58,6% (197) dos participantes não referiram dor. Na fase de manutenção, a “pior dor imaginável” foi mencionada 1,2% (4), “intensa” por 7,1% (24), “dor moderada” por 25,9% (87), “leve” por 11,0% (37) e 54,8% (184) dos pacientes não referiram dor. Na alta, avalia-se que a “pior dor imaginável” foi relatada por 0,3% (1) dos sujeitos, dor “intensa” 1,2% (4), “moderada” 15,2% (51), “leve” 29,8% (100) e 53,6% (180) dos entrevistados não referiram dor.

Em relação à avaliação global da dor, na admissão do paciente na URPA, 0,6% (2) dos pacientes a descreveram

Tabela 3 – Avaliação dos Índices de Estimativa de Dor Sensorial e Afetiva dos pacientes em pós-operatório imediato. Ijuí/RS, 2015

	Média ± SD ^a (CV ^b)
PRI-S^c	1,80 ± 2,50 (6,26)
PRI-A^d	0,60 ± 0,99 (0,99)
PRI-A + PRI-S ^e	2,41 ± 3,17 (10,09)
AGD ^f	0,94 ± 1,25 (1,58)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Notas: a= desvio padrão; b=coeficiente de variação; c=Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), d=Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), e=média do Índice de Estimativa Afetiva mais o Índice de Estimativa Sensorial e f=Avaliação Global da Experiência de Dor (AGD).

como dor “martirizante”, 4,8% (16) “horível”, 7,1% (24) “afli-tiva”, 24,1% (81) “desconfortável”, 4,8% (16) dor “branda” e 58,6% (197) não referiram dor. Na fase da manutenção não houve relato de dor “martirizante”, 1,5% (5) a caracterizou como “horível”, 2,4% (8) “afli-tiva”, 37,2% (125) “desconfortável”, 5,1% (17) dor “branda” e 54,8% (184) não informaram dor. Na alta, nenhum dos participantes relatou dor “martirizante” e “horível”, porém, 0,3% (1) mencionaram dor “afli-tiva”, 28,3% (95) “desconfortável”, 18,8% (63) dor “branda” e 52,7% (177) não referiram dor.

Cabe destacar que 57,3% dos participantes da pesquisa não referiram dor nos três momentos de avaliação. Por outro lado, 47% relataram dor desde a admissão até a alta da URPA. A tabela 2 mostra diferenças estatísticas significativas (p < 0,01) quanto à PPI e AGD nos pacientes, nos três momentos em que a dor foi avaliada. Pacientes relataram diminuição de dor, quanto ao PPI ao longo das avaliações, os valores médios de PPI1 foram de 0,97, com redução para 0,64 no PPI3. Observou-se também uma diminuição dos valores médios da AGD da admissão até a alta dos pacientes, com diferença estatística significativa (p < 0,01).

Na tabela 3 estão apresentadas as médias referentes à Avaliação dos Índices de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S) e Afetiva (PRI-A) dos participantes da pesquisa. Além da PPI e da AGD, foi avaliada a PRI-S e PRI-A. Na PRI-S e na PRI-A, 44,9% dos pacientes não relataram dor, com médias de 1,80 ± 2,50 (6,26) e de 0,60 ± 0,99 (0,99), respectivamente.

Ainda em relação à PRI-S, 7,7% (26) dos participantes relataram dor palpante, 9,5% (32) dor em tiro, 7,4% (25) em forma de punhalada, 10,1% (34) aguda, 7,1% (24) em cólica, 3,6% (12) mordida, 1,8% (6) em forma de calor-queimação, 0,9% (3) dolorida, 2,7% (9) em peso, 1,2% (4) sensível, 0,9% (3) dor rompendo. Na avaliação da PRI-A, 0,9% (3) deles referiram dor cansativo-exaustiva, 0,3% (1) enjoada, 0,3% (1) amedrontada, 0,3% (1) dor castigante-atrimentante.

Verifica-se, também na tabela 3, que a média do Índice de Estimativa Afetiva mais o Índice de Estimativa Sensorial foi de $2,41 \pm 3,17$ (10,09) e que a AGD apresentou média de $0,94 \pm 1,25$ (1,58).

■ DISCUSSÃO

A dor no pós-operatório é esperada e se não tratada de maneira adequada, produz efeitos deletérios no organismo do paciente e aumenta a morbimortalidade⁽³⁾. O fato de a maioria dos participantes da pesquisa ser do sexo feminino, idosos, aposentados, casados, com filhos e com ensino fundamental, vem ao encontro da pesquisa no Hospital da Cruz Vermelha do Paraná, de julho a setembro de 2012, com 165 pacientes em POI, na qual a maior queixa de dor foi em procedimentos abertos⁽¹¹⁾.

Investigação em Zurique, Suíça, avaliou a dor de 12.179 pacientes em POI ao serem admitidos em URPA e na alta, mostrou que na admissão 73% deles não apresentaram dor, 23 dor leve, 4 dor intensa. Na alta, 87 não apresentavam dor, 13 dor leve e 0,1 dor severa, resultados se assemelham no que tange a queixa de dor, porém divergem em termos de percentuais, ou seja, menor percentual de dor tanto na admissão quanto na alta⁽¹²⁾.

O questionário McGill de Dor – forma reduzida, igualmente foi utilizado em pesquisa que avaliou a intensidade da dor em pacientes no PO de cirurgias ortopédicas. Os autores verificaram associação entre alterações fisiológicas e dor PO e descreveram a analgesia utilizada⁽¹³⁾. A dor foi relatada por 65,7% dos pacientes em PO, com predomínio de dor leve sem associação estatisticamente significativa entre alterações fisiológicas. Na pesquisa ora analisada ocorreu associação significativa entre os valores médios da AGD desde a admissão até a alta dos pacientes, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Dos participantes da pesquisa, evidencia-se que pacientes submetidos a procedimentos oncológicos, traumatológicos, vasculares e hemodinâmicos, foram os que mais relataram dor. Neste âmbito, a dor do paciente com câncer que é submetido à cirurgia deve ser avaliada durante toda sua evolução clínica. Pesquisa que buscou refletir sobre o gerenciamento da dor no POI de pacientes com câncer pela equipe de enfermagem perioperatória mostrou que o gerenciamento da dor foi representado pela mensuração das escalas e dos sinais e sintomas durante a permanência na URPA e representado pelas intervenções de enfermagem⁽¹⁴⁾, compatível com esse estudo.

Quanto à sensação dolorosa de pacientes submetidos a cirurgias traumatológicas, estudo de abril a dezembro de 2011, avaliou a intensidade da dor em pacientes no PO de

cirurgias ortopédicas e verificou associação entre alterações fisiológicas e dor pós-operatória. Os autores relataram que estas modalidades de cirurgias se constituem nas principais causas de dor intensa, que necessitam de atenção e cuidado dos profissionais de saúde⁽¹³⁾.

Outra investigação avaliou a dor de pacientes submetidos a procedimentos hemodinâmicos, mostrou que, independente de a ferida operatória ser pequena, as cirurgias causaram dor aguda, desconforto, alterações na pressão sanguínea, associada a fatores lesivos e introdução de cateteres. Esses resultados vêm ao encontro da pesquisa ora analisada⁽¹⁵⁾.

O número expressivo de pacientes que relata dor no pós-operatório imediato mostra que ela deve ser foco de atenção do enfermeiro e equipe multiprofissional. Uma pesquisa na China investigou o manejo pós-operatório da dor em 168 instituições médicas na Província de Shandong e evidenciou inexistência de manejo padronizado da dor pós-operatória com pouco envolvimento do enfermeiro na avaliação da mesma, controle adequado e educação da equipe para o uso de técnicas avançadas de cuidado com a dor⁽¹⁶⁾.

A analgesia pode resultar em uma recuperação rápida com maior colaboração do paciente com o tratamento e melhores resultados pós-cirúrgicos⁽¹²⁾. Nesse sentido, o manejo insuficiente ou inapropriado da dor é em grande parte devido ao conhecimento insuficiente, atitudes, educação e comunicações precárias⁽¹⁷⁾. Os autores se reportam a falta de consciência da equipe sobre disponibilidade e importância de diretrizes que orientem a avaliação e registros da intensidade da dor, uso de analgésicos e ações educacionais a pacientes como indicativos que conduzem ao sub-tratamento da dor. Essa colocação do autor vem ao encontro da presente pesquisa, em especial no que tange ao percentual expressivo de pacientes que recebem alta da URPA com dor. Nesse ínterim, ressalta-se a importância e necessidade de implementação de programas de educação continuada, capacitações e ações direcionadas à avaliação da dor do paciente em pós-operatório imediato.

A utilização da escala de McGill para avaliação da dor dos participantes desta pesquisa mostra que mesmo sem relato de dor por mais da metade dos pacientes em momento algum no POI na URPA, parte considerável dos entrevistados referiu dor tanto na admissão, quanto na fase de manutenção e alta, que diverge de intensidade, leve, moderada e intensa, portanto, requer monitoramento e cuidado contínuo da equipe que atua na respectiva unidade.

Estudo que avaliou o controle da dor de 342 pacientes após cirurgia abdominal, com base em evidências científicas e associação da intensidade da dor com idade, sexo,

etnia e prescritores, mostrou que 38,9% dos pacientes apresentaram dor moderada à intensa⁽¹⁸⁾. Na referida pesquisa a dor foi associada significativamente com mulheres, uso de outras anestésias e esquemas terapêuticos. A maioria dos pacientes não foi orientada quanto à dor pós-operatória, 61% deles sentiram dor e 80% tinha registros de avaliação da dor, mas sem o uso de escalas. Além da associação entre intensidade da dor pós-operatória e esquemas analgésicos, foi estatisticamente significativa a ocorrência de dor moderada e intensa entre pessoas do sexo feminino⁽¹⁹⁾, o que vai ao encontro dos resultados desse estudo que mostram mulheres idosas submetidos a procedimentos abertos com menor limiar de dor.

Uma pesquisa avaliou a satisfação de pacientes em pós-operatório, quanto ao controle da dor, após implantar avaliação da dor como quinto sinal vital. Os participantes foram divididos em grupo intervenção e controle. Ocorreu predomínio do sexo feminino, maioria submetida à cirurgia aberta com dor moderada e intensa. Este resultado, assim como os da presente pesquisa, demonstra que mulheres têm menor limiar de dor e respostas diferentes ao estímulo alérgico que homens. O estudo sugere que vários fatores contribuem para a satisfação do paciente, embora avaliou apenas o aspecto fisiológico da dor⁽¹⁹⁾.

Pesquisa que analisou complicações de 42 pacientes adultos, em recuperação anestésica, submetidos à cirurgia eletiva, com anestesia geral, mostrou como complicações mais frequentes hipotermia, dor e hipoxemia⁽²⁰⁾. A dor foi a segunda complicação mais freqüente, por 45,2% dos pacientes na primeira hora de permanência na URPA⁽²⁰⁾, resultados que assemelham-se aos desta pesquisa. Diante desses dados considera-se importante à atuação do enfermeiro, especificamente no que tange a avaliação da dor e preparação da equipe com vistas à implementação de medidas para manejo adequado da dor no pós-operatório.

Estudo que avaliou a intensidade da dor de 134 pacientes em pós-operatório de cirurgias ortopédicas evidenciou relatos de dor intensos no 2º pós-operatório. Mostrou também que 75% dos pacientes relataram dor leve sem associação estatisticamente significativa entre alterações fisiológicas e dor no PO⁽¹³⁾. O resultado do estudo vem de encontro ao desta pesquisa, na qual a média de avaliação de dor dos pacientes foi maior na chegada na URPA do que nos demais momentos avaliados.

A dor produz efeitos no organismo do paciente como um todo, aumenta a morbimortalidade e está presente no pós-operatório imediato dos pacientes na URPA. Diante disso, considera-se que a atuação da equipe de enfermagem na avaliação e manejo da dor é importante e contribui para a satisfação e sensação de segurança do paciente

aliada a uma melhor recuperação e menor tempo de permanência na URPA.

Avalia-se que a construção desse estudo pode contribuir para a clínica de enfermagem na assistência ao paciente em POI e impactar positivamente na qualidade da assistência, conduzir reflexões, discussões e ações de monitoramento, avaliação e manejo da dor desses pacientes. Pensa-se que entre as limitações desta pesquisa estão a inexistência de um protocolo de avaliação da dor na própria unidade, curto período de coleta de dados e a falta de avaliação dos respectivos pacientes no pré-operatório, lacunas a serem preenchidas com a divulgação dos resultados dessa pesquisa, sensibilização institucional para implantação da avaliação da dor e com outra investigação que contemplem esses objetos de estudo.

■ CONCLUSÕES

Esse estudo possibilitou avaliar a dor de 336 pacientes em POI quanto à intensidade, aspectos sensoriais e afetivos, ao encontro do objetivo traçado. Ressalta-se que a hipótese elaborada antes da realização da pesquisa foi refutada porque praticamente a metade deles referiu dor desde a admissão na URPA até a alta, porém com intensidades variadas e que requerem atenção e ações da equipe responsável pelo cuidado para alívio da mesma.

A avaliação da dor de pacientes em POI é competência da equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde, que atuam em URPA, com o uso de escala validada, como subsídio para monitoramento, escolhas de tratamento e controle da dor.

Considera-se que esses resultados possam ser importantes para instigar pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde no sentido de construir novas investigações inclusive com outras abordagens metodológicas, com maior número de participantes e que permitam fazer inferências. Podem também ser importantes na prática clínica de enfermagem, com ações e intervenções junto a equipe para empoderá-la e juntos implementar ações para avaliação, manejo adequado da dor e conseqüentemente, um cuidado qualificado para com o paciente.

■ REFERÊNCIAS

1. Bottega HF, Fontana TR. A dor como quinto sinal vital: utilização de escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*. 2010 [citado 2015 mar 22];19(2):283-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>.
2. Silva JA, Ribeiro Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor*. 2011 [citado 2015 mar 31];12(2):38-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a11.pdf>.

3. Moro TE, Brilha TG, Mariano RK. Implantação de protocolo para avaliação e manejo da dor aguda na sala de recuperação pós-anestésica de hospital terciário de Sorocaba. *Rev Fac Ciênc Méd.* 2012 [citado 2015 mar 06];14(3):95-9. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/8658/pdf>.
4. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2012 [citado 2015 nov 20];65(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>.
5. Saça SC, Carmo FA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves AS, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *J Health Sci Inst.* 2010 [citado 2015 mar 22];28(1):35-41. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf.
6. Rocha SL, Moraes WM. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Dor.* 2010 [citado 2015 mar 15];11(3):254-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1472.pdf>.
7. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E, et al. Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin.* 2015 [cited 2016 Dec 25];31(11):2131-43. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1185/03007995.2015.1092122?needAccess=true>.
8. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [Internet]. São Paulo: SBED; c2015- . [citado 2015 nov. 16]. Hospital sem dor: diretriz para implantação da dor como 5º sinal vital; [aprox. 10 telas]. Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65&codant=&friurl=_-5o-Sinal-Vital--_#.VktwsNKrTIU.
9. Meier A. Avaliação da dor de pacientes na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, uma intervenção de enfermagem [monografia]. Ijuí (RS): Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2015.
10. Castro CES. A formação linguística da dor: versão brasileira do questionário McGill de dor [tese]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 1999.
11. Moreira L, Truppel YM, Kozovits FGP, Santos VA, Atet V. Postoperative analgesia: pain control cenário. *Rev Dor.* 2013 [cited 2015 Apr 14];14(2):106-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/en_06.pdf.
12. Ganter MT, Blumenthal S, Dübendorfer S, Brunnschweiler S, Hofer S, Klaghofer R, et al. The length of stay in the post-anaesthesia care unit correlates with pain intensity, nausea and vomiting on arrival. *Perioper Med.* 2014 [cited 2016 Dec 25];3(10):1-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256808/pdf/13741_2014_Article_10.pdf
13. Barbosa MH, Araújo NF, Silva JAJ, Corrêa TB, Moreira TM, Andrade EV, et al. Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery. *Esc Anna Nery.* 2014 [cited 2015 Nov 13];18(1):143-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0143.pdf.
14. Macedo APCA, Romanek MRAF, Avelar QCM. Postoperative cancer pain management by the nursing team. *Rev Dor.* 2013 [cited 2015 Nov 14];14(2):133-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/en_12.pdf.
15. Krauzer MI, Brocardo D, Scarsi T. A metodologia de Callista Roy aplicada em clientes submetidos à intervenção hemodinâmica. *R Enferm UFSM.* 2011 [citado 2016 jan. 12];1(2):183-93. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2513/1631>.
16. Liu D, Ma J, Zhang Z, Ailan A, Chen X, Feng C, et al. Management of postoperative pain in medical institutions in Shandong Province in China. *Medicine.* 2016 [cited 2016 Dec 25];95(6):16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753895/pdf/medi-95-e2690.pdf>.
17. Garcia JBS, Bonilla P, Kraychette DC, Flores FC, Valtolina EDP, Guerreiro C. Optimizing post-operative pain management in Latin America. *Rev Bras Anestesiol.* 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2016.04.003>.
18. Gaudard SIMA, Saconato H. Controle da dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia abdominal em dois hospitais públicos de Brasília. *Com Ciênc Saúde.* 2012 [citado 2015 nov 13];23(4):341-52. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_4_6_Controladorposoperatoriapa-cientes.pdf.
19. Luppen SL, Sampaio HF, Stadnik BMC. Patients' satisfaction with the implementation of the concept of pain as the fifth vital sign to control postoperative pain. *Rev Dor.* 2011 [cited 2015 Nov 14];12(1):29-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n1/v12n1a07.pdf>.
20. Nunes CF, Matos SS, Mattia LA. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. *Rev SOBECC.* 2014 [citado 2015 nov 14];19(3):129-35. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/104/pdf>.

■ **Autor correspondente:**

Carolina Renz Pretto

E-mail: carol.renzpretto@gmail.com

Recebido: 02.02.2016

Aprovado: 28.03.2017