

CONTROLE DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

POSTOPERATIVE PAIN

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta*
Erika Maria Monteiro Santos**
Lucimara Duarte Chaves***
Luciana Mendes Martins****
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez*****

PIMENTA, CAM et al. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n. 2, p. 180-3, jun. 2001.

RESUMO

A dor é um fenômeno freqüente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e riscos desnecessários ao paciente. Estudos demonstram o inadequado alívio da dor após a cirurgia e sua relação com falhas na avaliação e falta de conhecimento sobre métodos analgésicos. O artigo discute o manejo da dor pós-operatória que inclui o uso de analgésicos antiinflamatórios não hormonais, opiáceos, intervenções cognitivo-comportamentais e alta tecnologia como cateter peridural e sistemas de analgesia controlada pelo paciente. Além disso, o adequado controle da dor inclui a discussão sobre aspectos éticos e econômicos.

PALAVRAS-CHAVE: Dor. Dor pós-operatória. Analgésicos. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The pain is a frequent symptom during the postoperative period and results in suffering and unnecessary risks for the patient. Studies show the inadequate pain relief after surgery and the relationship with erroneous assessment and non-acquaintance about analgesics methods. The article discuss the postoperative pain management wich includes the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs, opioids, cognitive-behavior interventions and high-tech like epidural catheter and patient-controlled analgesia systems. Besides the adequate pain control includes the discussion about ethical and economic aspects.

KEYWORDS: Pain. Post-operative pain. Analgesic. Nursing care.

1 SUBTRATAMENTO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

O trauma advindo do ato operatório implica em alterações fisiológicas e emocionais que, se não adequadamente controladas, predisõem os doentes a complicações e podem prolongar a internação. Entre as condições que podem afetar a recuperação do indivíduo, a dor merece destaque.

Dor é um fenômeno muito freqüente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e exposição

dos doentes a riscos desnecessários. Há diversos relatos que seu controle é inadequado^{7,10,11}. Estudos realizados em nosso meio também observaram insuficiente alívio da dor^{8,13,16}

Na avaliação de doentes nos 5 primeiros dias do pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal, a queixa de dor no momento da entrevista ocorreu em 46% dos pacientes de cirurgia cardíaca, e em 44%

* Enfermeira. Profª Livre-Docente da Escola de Enfermagem da USE

** Enfermeira do Hospital A C. Camargo.

*** Enfermeira do Grupo de Dor do Hospital Alemão Osvaldo Cruz. Mestranda da Escola de Enfermagem da USE

**** Enfermeira do Hospital Edmundo Vasconcelos. Mestranda da Escola de Enfermagem da USE –

***** Enfermeira do Hospital Universitário da USE Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP.

daqueles no pós-operatório de cirurgia abdominal. Quando se considerou a presença de dor nas últimas 24h estes valores elevaram-se para 76% e 90%, respectivamente. Entre os doentes que haviam se submetido a cirurgia cardíaca, a dor foi avaliada como moderada por 34,2% e 26,4% dos doentes a considerou intensa. Entre os que se submeteram a cirurgia abdominal, a dor foi avaliada como moderada por 46,6% dos avaliados e como intensa por 15,5% dos doentes. Nos doentes que referiram dor no momento da entrevista avaliaram-se o recebimento de analgésico nas últimas 4 horas. Observou-se que todos os doentes tinham algum analgésico prescrito em regime "se necessário" mas, cerca da metade, não o havia recebido. Os que haviam recebido analgésico permaneceram com dor¹³.

Estudo realizado em unidades de internação de um hospital geral avaliou a dor e a satisfação com a analgesia de 110 doentes no pós-operatório imediato (POI), 1º e 2º dias de pós-operatório (PO). Os doentes foram agrupados de acordo com o porte da cirurgia e foram avaliados 3 vezes ao dia. Entre os que se submeteram a cirurgia de grande porte (41), 97,6% referiu dor. No POI a dor foi descrita como intensa por 38,7% dos doentes (entre 8 e 10 na escala numérica de 0 a 10). No 1º PO, 23% dos doentes avaliou a dor como intensa e 38,5% como moderada (5 a 7). As incapacidades advindas da dor foram: 82,6% dos doentes informou que a dor atrapalhou mexer-se na cama; 56,8% referiu que dificultou respirar profundamente; 45,2% relatou prejuízo do sono; 25,2% dos doentes informou prejuízo para andar advindo do quadro algico e 21,3% afirmou que a dor atrapalhou o apetite. A análise das prescrições analgésicas mostrou que 97,6% dos doentes possuía prescrição de antiinflamatórios não hormonais (AINH). Das prescrições, 19,7% continha 1 AINH, 36,1% incluía 2 AINH e 44,2% possibilitava o uso de até 3 AINH. As prescrições de AINH eram no esquema "se necessário" em 58,4% das vezes. Morfínicos fracos representaram 19,5% das prescrições e os potentes 21,9% delas. O regime de administração foi o "se necessário", na quase totalidade das vezes. Inqueridos sobre a satisfação com a analgesia, 67,4% dos doentes informou estar pouco satisfeito ou insatisfeito com a analgesia recebida⁸.

Em estudo desenvolvido em um hospital escola, especializado no tratamento de neoplasias, com 55 doentes que foram submetidos à procedimento cirúrgico observou-se que 78,2% dos pacientes referiu ter experienciado dor nas primeiras 24 horas do período pós-operatório. A média de intensidade de dor foi 5,6 (mediana 6). Dor moderada foi referida por 58,3% dos doentes e intensa por 27,1% dos avaliados. As atividades de vida diária mais prejudicadas pela dor foram a movimentação no leito e o sono/repouso. Observou-se que 44,6% dos doentes apresentou Índice de Manejo da Dor negativo, isto é, a potência do analgésico prescrito foi insuficiente para a intensidade da dor vivenciada. A análise comparativa entre os analgésicos prescritos e os efetivamente recebidos mostrou que a média de dose recebida foi, de 92% para o regime de administração em

horário fixo, 80% para o regime "se necessário" exclusivo e 63% para o regime misto. Contraditoriamente à alta frequência de ocorrência de dor, à intensidade da queixa algica e ao prejuízo da dor para o desempenho das atividades de vida diária observados, a maioria dos doentes (74,4%) mostrou-se muito satisfeita com a analgesia recebida. Talvez o conceito de que a vivência dolorosa no pós-operatório é inevitável tenha influenciado esta apreciação¹⁶.

2 FISIOPATOLOGIA DA DOR

Dor é conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos deste"^{2,17}. A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por uma lesão (fratura, incisão cirúrgica, queimadura). Resulta em conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais, associadas a respostas autonômicas e comportamentais. Associa-se à elevado índice de ansiedade. Na evolução dos quadros algicos agudos, de modo geral, há redução gradual da intensidade da dor, relacionada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada. Especula-se que a dor aguda persistente possa alterar a plasticidade do sistema nervoso, levando à cronificação da dor^{2,17}. Este fato tem sido apontado como mais uma das razões para o adequado controle da dor aguda.

O estímulo nocivo de natureza mecânica, térmica ou química provoca dano tecidual, o que resulta no acúmulo de substâncias algogênicas (histaminas, prostaglandinas, hidrogênio entre outras). Estes substâncias sensibilizam as terminações nervosas livres, geram potenciais de ação e despolarizam a membrana neuronal. A informação dolorosa é transmitida pelas fibras nociceptivas A delta e C que se dirigem ao corno posterior da medula. Após ascender pelos tratos espinotalâmico e espinoreticular, a informação dolorosa chega à formação reticular, tálamo, substância cinzenta periaquedutal, sistema límbico e córtex cerebral. A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autonômico, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada destas substâncias produz alterações cardiocirculatórias (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigênio e da pressão arterial), taquipnéia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tônus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de feic) paralisado, náuseas e vômitos e aumenta o tônus do esfíncter vesical, podendo levar à retenção urinária^{2,17}.

A cirurgia, principalmente quando realizada no tórax ou abdômen, dificulta a ventilação profunda e reduz a eliminação de secreções do trato respiratório.

Estas alterações podem levar a atelectasias e infecções respiratórias¹⁵. Dor resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, que predisõem o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e protéico e redução do volume ventilatório. Dor não controlada pode estar associada à arritmias cardíacas, atelectasias e pneumonias e depleção protéico-calórica, entre outros^{15,17}. A dor também reduz a movimentação e a deambulação precoces, favorecendo o aparecimento de trombose profunda, principalmente em pacientes idosos e naqueles submetidos a cirurgias extensas. Além disso, interrompe o sono, o que pode resultar em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento⁵.

A avaliação da dor objetiva identificar a existência de queixa algica e estabelecer a etiologia do sintoma, caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios, aferir as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, identificar fatores que possam contribuir para manter ou exacerbar a queixa, selecionar as alternativas de tratamento e verificar a eficácia das terapêuticas instituídas. Falhas dos profissionais em identificar a presença de dor ou a negligência com o controle da queixa algica são razões do inadequado alívio da dor no pós-operatório. Avaliações realizadas e registradas de modo sistemático, em que sejam utilizadas escalas específicas para a caracterização e mensuração do quadro algico podem contribuir para a melhora do manejo do sintoma doloroso¹⁴. O controle inadequado da dor pós-operatória pode ser atribuído ainda a fatores como: lacunas de conhecimento sobre os métodos analgésicos disponíveis, informações errôneas relacionadas à farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas analgésicas em geral e, em especial, temores exagerados quanto ao risco de depressão respiratória ou sobre o desenvolvimento de dependência psicológica relacionada ao uso de opiáceos^{11,17}.

3 MÉTODOS PARA O CONTROLE DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO

O controle da dor no pós-operatório envolve basicamente: uso de analgésicos antiinflamatórios não hormonais e morfínicos, por diversas vias; intervenções cognitivo-comportamentais, como técnicas educativas, de relaxamento, distração e imaginação dirigida; uso de agentes físicos como massagens, aplicação de calor ou frio e eletroanalgesia através da Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS). O fenômeno doloroso compreende mecanismos neurais periféricos e centrais. Há, devido ao trauma cirúrgico, a produção de substâncias inflamatórias algio-gênicas. Disto resulta a recomendação de se utilizar analgésicos que contribuam para o controle da inflamação (AINH) e aqueles que inibem a condução da informação dolorosa ao sistema nervoso central (opiáceos)^{1,2,17,18}, associados à técnicas cognitivo-comportamentais que podem modificar a

interpretação da dor (educação, técnicas de distração, música, imaginação dirigida, entre outros). A prescrição de analgésicos em horário fixo evita grandes flutuações no nível plasmático do fármaco e previne picos de dor. Além disso, a prescrição deve prever a possibilidade de doses suplementares do analgésico (SN), para o resgate da analgesia. Sem a possibilidade de doses suplementares (SN) o doente e a equipe de enfermagem ficam limitados para o adequado manejo da dor. Considerando-se estes conceitos, a prescrição em esquema misto (horário fixo + SN) atende de modo mais adequado as necessidades dos doentes^{1,16,17}.

O controle da dor no pós-operatório pode envolver o uso de tecnologia sofisticada como cateteres peridurais e sistemas para a analgesia controlada pelo paciente^{1,17,18}.

A analgesia por cateter peridural compreende a infusão de morfínicos no sistema nervoso central. Uma das extremidades do cateter fica localizada junto à dura-mater e a outra exteriorizada. Pela ponta exteriorizada administra-se o analgésico, que atravessa a dura-mater e liga-se a receptores opiáceos existentes no cordão medular, produzindo analgesia sem bloqueio motor. Com pequenas doses de morfínicos, o que minimiza a ocorrência de efeitos colaterais, pode-se obter analgesia adequada e prolongada. É possível a ocorrência de complicações como infecção, sedação, migração do cateter para o espaço sub-aracnoideo, saída acidental e quebra^{1,12,17}. Há necessidade de estudos que avaliem a relação custo-benefício do método, em nosso meio.

A Analgesia Controlada pelo Paciente (ACP) é conceito fundamentado no princípio do retro-controle. Ao sentir dor, o doente pode dispor de dose adicional de analgésico, de modo independente. Este conceito pode ser utilizado para administrações de analgésicos por via oral, sub-cutânea, endovenosa e intratecal. A ACP tem sido associada ao uso de bombas de infusão eletrônica, específicas para este fim, que possibilitam infusão contínua e, nas situações de exacerbação da dor, o doente aciona dispositivo do sistema que libera dose de analgésico suplementar. Este método possibilita adequar, rapidamente, a dose dos analgésicos às necessidades dos doentes, quando o sistema resgate é acionado, a manutenção da concentração plasmática com o mínimo de droga, o que minimizaria os efeitos colaterais e, a auto-administração do analgésico, forneceria ao doente senso de controle sobre a dor^{1,17}. Em pesquisas realizadas em outros países, onde se comparou a ACP à outros métodos de analgesia (endovenosa, intratecal, intramuscular e por via oral), observaram-se resultados contraditórios nos aspectos de eficiência analgésica, dose e efeitos colaterais dos fármacos, frequência de complicações, custos e satisfação dos doentes^{3,4,5,6,9}. Esta variabilidade de resultados dificulta o processo de tomada de decisão para indicação do método. Há necessidade de estudos em nosso meio que analisem estas variáveis, dentro dos padrões aceitos pela comunidade científica para teste de intervenções.

4 ASPECTOS ÉTICOS E O CONTROLE DA DOR

Há aspectos éticos envolvidos na indicação de métodos utilizados para o manejo da dor. Os profissionais de saúde devem conhecê-los e analisar as complexas, porém fundamentais, inter-relações entre eles. Os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem nortear as decisões terapêuticas, de toda a equipe de saúde ¹⁸.

Autonomia é o direito de outrem de agir de acordo com seus próprios valores e crenças. É o oposto do paternalismo: "eu sei o que é melhor para você" ¹⁸. Doente e profissionais compartilham as decisões e a responsabilidade sobre elas. O doente ao receber qualquer tipo de analgesia deve ser informado de tratamentos alternativos, entender a técnica que se pretende utilizar, conhecer os custos e riscos associados ao tratamento de escolha.

Beneficência representa promover o bem estar, prevenir ou remover danos. O princípio da não-maleficência visa à não infligir mal, causar dano ou injúria. É o contrapeso para o princípio de beneficência e ambos estão profundamente imbricados com a autonomia do doente ¹⁸. Os enfermeiros devem evitar causar prejuízo e esforçar-se para proteger o paciente de complicações. O tratamento da dor visa a trazer conforto e bem estar. Se dele resultar prejuízo à qualidade de vida, efeitos colaterais e complicações significativas, os métodos utilizados devem ser revistos.

O princípio de justiça representa a imparcialidade, o direito de todos acessarem aos serviços, profissionais de saúde e recursos terapêuticos ¹⁸. O uso de tecnologia dispendiosa para o controle da dor, quando métodos mais simples e econômicos são possíveis, fere o princípio de justiça, considerando-se que nem todos conseguem acesso a ela e a distribuição dos recursos econômicos de forma equitativa é impraticável. Ainda, os custos associados com o uso de tecnologia avançada no controle da dor não têm sido bem documentados.

O adequado tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e econômica. Melhor controle da dor evita sofrimento desnecessário, proporciona maior satisfação do doente com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN PAIN SOCIETY. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 3rd ed. Skokie; 1993.
2. BONICA, JJ. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. Anatomic and physiologic basis of nociception and pain; p.28-94.
3. CHAN, VWS; CHUNG, F; MCQUESTION, M; GOMEZ, M. Impact of patient - controlled analgesia on required nursing time and duration of postoperative

recovery. Reg Anesth, 1995. 20(6):506-14.

- CLOSS, SJ. An exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. J Adv Nurs 1990. 15(1):42-9.
4. IRWIN, MG; JONES, RD; VISRAM, AR; KENNY, GN. Patient controlled alfentanil. Target-controlled infusion for postoperative analgesia. **Anaesthesia** 1996. 51(5):427-30.
 5. LEON-CASASOLA, AO; PARKER, BM; LEMA, MJ; GROTH, RI; ORSINI-FUENTES, J. Epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia. Differences in the postoperative course of cancer patients. Reg Anesth 1994; 19(5):307-15.
 6. LYNCH, EP; LAZOR, MA; GELLIS, JE; ORAV, J; GOLDMAN, L; MANCANTONIO, ER. Patient experience of pain after elective noncardiac surgery. **Anesth Analg**, 1997; 85(1):117-23.
 7. MARTINS, LMM; PIMENTA, CAM. Dor e satisfação com a analgesia no pós-operatório. In: Programa oficial do 3^o Simpósio Internacional de Dor; 1997; São Paulo. São Paulo: Grupo de Estudos da Dor do HC/FMUSP; 1997. p.18-9.
 8. VARDER NIEUWENHUYZEN, MC; ENGBERS, FH; BURM, AG; VLETTER, AA; VAN KEEF, JW; BOWL, JG. Computer-controlled infusion of alfentanil versus patient-controlled administration of morphine for postoperative analgesia: a double-blind randomized trial. **Anesth Analg** 1995; 81(4):671-9.
 9. OATES, JD; SNOWDON, SL; JAYSON, DW. Failure of pain relief after surgery. Attitudes of ward staff and patients to postoperative analgesia **Anaesthesia** 1994; 49(9):755-8.
 10. PAICE, JA; MAHON, SM; CALLAHAN, M. Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. **Cancer Nurs** 1991; 14(6):298-305.
 11. PIMENTA, CAM. Cateter peridural para analgesia domiciliar: uma terapia para dor oncológica. **Rev Esc Enf USP**, 1993; 27(1):175-81.
 12. PIMENTA, CAM; KOIZUMI, MS; FERREIRA, MTC; PIMENTEL, ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Rev Paul Enf**, 1992; 11(1):3-10.
 13. PIMENTA, CAM; TEIXEIRA, MJ. Avaliação da dor. **Rev Med**, 1997; 76:27-35.
 14. READY, LB; EDWARDS, WT. Tratamento da dor aguda. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
 15. SANTOS, EMM; PIMENTA, CAM. Contradições entre o relato de dor no pós-operatório e a satisfação do doente com a analgesia. **Rev Bras Cancerol** 2000; 46(1):93-104.
 16. UNITED STATES - DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville, AHCPR, 1992. (Clinical Practice Guideline, n.1)
 17. WHEDON, M; FERRELL, BR. Professional and ethical considerations in the use of high-tech pain management. Atlanta: American Cancer Society, Professional Education Publication, 1992.

Artigo recebido em 31/08/00

Artigo aprovado em 21/09/01