



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

**MARÍLIA DE ASSIS ALCOFORADO COSTA**

AVALIAÇÃO DA DOR E ADEQUAÇÃO DA TERAPIA ANTÁLGICA EM PACIENTES  
SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS E PELVICAS EM UM HOSPITAL DE  
CAMPINA GRANDE-PB

CAMPINA GRANDE – PB

DEZEMBRO / 2010

**MARÍLIA DE ASSIS ALCOFORADO COSTA**

**AVALIAÇÃO DA DOR E ADEQUAÇÃO DA TERAPIA ANTÁLGICA EM PACIENTES  
SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS E PELVICAS EM UM HOSPITAL DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de  
Curso – TCC apresentado a  
Universidade Estadual da Paraíba em  
cumprimento as exigências para  
obtenção do título de Bacharel em  
Farmácia.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lindomar de Farias Belém

CAMPINA GRANDE - PB

DEZEMBRO / 2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C837a Costa, Marília de Assis Alcoforado.  
Avaliação da dor e adequação da terapia antálgica em  
pacientes submetidos a cirurgias abdominais e pélvicas  
em um hospital de Campina Grande-PB [manuscrito] /  
Marília de Assis Alcoforado Costa. – 2010.  
54 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Profa. Dra. Lindomar de Farias Belém,  
Departamento de Farmácia”.

1. Dor. 2. Farmacoterapia. 3. Farmacologia. I.  
Título.

21. ed. CDD 615

MARÍLIA DE ASSIS ALCOFORADO COSTA

AValiação DA DOR E ADEQUAÇÃO DA TERAPIA ANTÁLGICA EM PACIENTES  
SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS E PELVICAS EM UM HOSPITAL DE  
CAMPINA GRANDE-PB

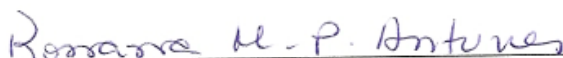
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:



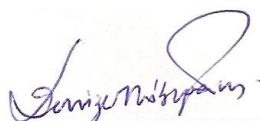
---

Profª Drª Lindomar de Farias Belém  
Departamento de Farmácia/CCBS/UEPB  
Orientadora



---

Profª Drª Rossana Miranda Pessoa Nunes  
Departamento de Farmácia/CCBS/UEPB  
Examinadora



---

Profª Msc. Denise Nóbrega Pires  
Departamento de Farmácia/CCBS/UEPB  
Examinadora

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico este trabalho e todo o meu sucesso profissional, a minha linda e querida mãe, Lenilda, ao meu grande pai, Antonio Carlos, e a minha maravilhosa irmã, Emília.*

*Aos meus queridos avós (in memoriam) e a vovó Terezinha, por todo amor e carinho que recebi de vocês!*

*A minha família!*

*A querida Carminha!*

*Aos meus verdadeiros amigos!*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente ao Senhor, por minha vida, minhas conquistas, por seu amor e sua presença nos meus dias e planos.*

*Aos meus pais, pelo grande amor e apoio que sempre recebi, principalmente ao vir estudar em Campina Grande. Mainha e Painho, vocês estão sempre comigo, pois meu amor por vocês é eterno!*

*A minha irmã querida, que eu amo muito e é a melhor irmã que eu poderia ter, um grande presente de Deus em minha vida e o meu maior exemplo.*

*A toda minha família, que pouco pude conviver nos últimos anos, mas que entende a minha ausência devido aos meus estudos, e sabe que eu os amo muito.*

*Aos meus amigos do Colégio Diocesano de Caruaru, que recordo com saudades, e fizeram parte da melhor fase da minha vida.*

*Aos amigos do curso de Biomedicina e Farmácia da ASCES, que foram companheiros importantes e marcantes no início da minha vida acadêmica.*

*Aos amigos do Coral da ASCES, principalmente a Alisson, e ao grande Maestro João Pintor. Nossas apresentações foram inesquecíveis!*

*Ao meu Professor de Flauta, Chicão, pela amizade e paciência, pelo grande aprendizado musical, e por despertar em mim a arte da poesia.*

*A todos da farmácia Pague Menos, que me acolheram de braços abertos, em especial aos farmacêuticos Rodrigo e Denise.*

*A Universidade Estadual da Paraíba, pela oportunidade de ingresso, e a todos os seus funcionários que sempre me trataram bem, a Wilson e Karlete da coordenação, e a Dolores da biblioteca.*

*A todos do ISEA, principalmente os funcionários do Laboratório de Análises Clínicas, que com muito amor me receberam e estão no meu coração. Obrigada pelos conhecimentos, e pelo carinho!*

*A todos do CEATOX e do Hospital Regional de Campina Grande, pela amizade e por tudo que compartilhamos nos plantões. Em especial aos plantonistas, Francinaldo, Caio, Ertenia, e Juliana. As professoras, Sayonara e Denise. A Marluce, Renilda, Elijane, Cristiane, e Joelma da equipe de enfermagem, e aos médicos Dr Rui, Dra Marcia, e Dr Ferdinando.*

*A todos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, principalmente os funcionários da Farmácia, com os quais cresço e enriqueço meus conhecimentos.*

*Aos meus amigos do inglês, Léo e Joci, pela amizade e pelo nosso trio. E a Isabel, Romulo, e Francis que diante das pressões do nível quatro sempre me ajudaram. Vocês são grandes amigos.*

*A todos da Fundação Assistencial da Paraíba e do Centro de Farmacovigilância, pela oportunidade de desenvolver a pesquisa e por todo apoio. A Joselma, Gilberlandia e Givanise da enfermagem, pela amizade e solicitude, e a Joanda pela colaboração.*

*A todos do IV Curso de Verão em Psicobiologia da USP, e do II Curso em Farmacologia da UFPR, onde primeiramente conheci o estudo da dor, e fui maravilhosamente recebida. Realmente muitíssimo Obrigada!*

*A Liga de Anestesiologia e Dor da UFCG, principalmente a Caio, pelo convite e contribuição intelectual.*

*A todos os meus Professores, principalmente os que são grandes mestres, e contribuíram além do conhecimento científico. Em especial aos professores João Eudes, Marleyne e Thiago da ASCES, e a Aline, Thulio, Lindomar, Rossana, Clésia, Socorro, Letícia, Ana Claudia e Valéria. Em particular ao professor André pela amizade, confiança e oportunidade de estágio.*

*As professoras que aceitaram participar da minha banca examinadora, Rossana e Denise, que sempre me ensinaram muito. E a minha orientadora, Lindomar, por todo apoio e amizade, e pelo exemplo de força, determinação e inteligência que é para mim.*

*Aos meus amigos de graduação, que fizeram os meus dias mais felizes, e que eu amo muito. Levo vocês em meu coração e agradeço pelos momentos que passamos juntos, as brincadeiras, risos, seminários, aulas práticas... tudo é inesquecível. Espero encontra-los muito bem depois de graduados. Em especial a Alexandra, Lorena, Valker, Sarah, Gustavo, Valter (Jacaré) Lucas (Xêta), Vangerlam (Primo), Tasso (Tassim) e Luanne.*

*A Dona Franci e Valkercio, pela amizade e por me deixar entrar na família!*

*A Dra Berenice, que equilibrou minha energia vital durante a construção dessa monografia, o que me fez ter mais serenidade e mais cabelos.*

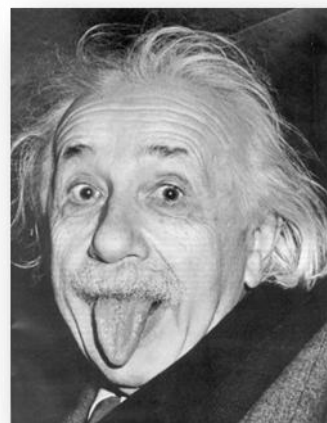
*Aos pacientes que gentilmente aceitaram participar da pesquisa, fazendo-se possível este trabalho.*

*A Jack Johnson, que com suas músicas me trouxe e traz muita paz.*

*A banda Charlie Brown Jr, pelo prazer em conhecê-los, por suas músicas e suas idéias que eu muito me identifico.*

*A tantas outras pessoas que me ajudaram nessa caminhada, meu real agradecimento!*

*Obrigada meu Deus mais uma vez !*



*Nem tudo o que é mensurável é importante; nem tudo o que é importante é mensurável.*  
*A. Einstein*



## RESUMO

**Introdução:** Entende-se que a dor é uma experiência de sensação desagradável com envolvimento emocional que pode estar associada a uma lesão tecidual presente ou potencial. A dor pós-operatória é a forma mais prevalente da dor aguda, e ainda é pouco avaliada na recuperação do paciente cirúrgico. A mensuração da dor é complexa devido a essa experiência possuir um contexto psicológico e cultural que a torna subjetiva e singular para cada indivíduo. As escalas de avaliação da dor já são validadas e utilizadas como parâmetro para o tratamento farmacológico, contudo cada uma apresenta suas limitações. **Objetivo:** Avaliou-se a dor e a adequação da farmacoterapia antálgica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais e pélvicas, na Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, em Campina Grande-PB. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo transversal que investigou o fenômeno doloroso de forma qualitativa e quantitativa junto a adequação dos analgésicos em 27 pacientes cirurgiados, por meio de um questionário embasado na anamnese e escalas de mensuração da dor. Os dados foram analisados nos programas Microsoft Excel versão 2003 e Epi info versão 3.4.3. **Resultados:** A maioria dos pacientes entrevistados possuía dor após as cirurgias, variando em início, intensidade, e duração. Os medicamentos utilizados no controle da dor foram os antiinflamatórios não esteroidais, e analgésico opióide fraco. Alguns pacientes não receberam as doses dos medicamentos descritas na prescrição, o que caracterizou subdose no tratamento. O alívio proporcionado pelos medicamentos segundo os pacientes foi insatisfatório, pois a maioria descreveu o alívio como discreto ou moderado. **Conclusão:** Este estudo contribuiu no reconhecimento da dor em pacientes no pós-operatório e na adequação da terapia antálgica, e visa conscientizar para avaliação da dor e da farmacoterapia, a fim de garantir uma recuperação com o mínimo de dor possível, menor do tempo de internação, e menores custos.

**Palavras-Chave:** Dor. Dor pós-operatória. Analgésicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is understood that pain is an unpleasant experience with emotional feeling that may be associated with an actual or potential tissue damage. The postoperative pain is the most prevalent form of acute pain, and is poorly evaluated in the recovery of surgical patients. The measurement of pain is complex because of this experience has a psychological and cultural context which makes it subjective and unique to each individual. The pain assessment scales are already validated and used as parameter for the pharmacological treatment, yet each one has its limitations. **Objective:** We evaluated the adequacy of pain and antalgic pharmacotherapy in patients undergoing abdominal and pelvic surgeries, the Healthcare Foundation of Paraiba - FAP, in Campina Grande-PB. **Methods:** Descriptive study investigated the transverse painful phenomenon both qualitatively and quantitatively with the adequacy of analgesics in 27 patients, surgeons, using a questionnaire based in the interview and measurement scales of pain. Data were analyzed using the software Microsoft Excel 2003 version, and Epi info version 3.4.3. **Results:** The majority of patients had pain after surgery, varying in onset, intensity, and duration. The medications used for pain control were the NSAIDs, and opioid weak. Some patients did not receive doses of the drugs described in the prescription, which featured sub-dose treatment. The relief provided by drugs according to patients was unsatisfactory, because most described as mild or moderate relief. **Conclusion:** This study contributed to the recognition of pain in patients after surgery and the appropriateness of antalgic therapy, and aims to raise awareness for pain assessment and pharmacotherapy to ensure a recovery with the least pain possible, less time hospitalization, and lower costs.

**Key Words:** Pain. Postoperative pain. Analgesics.

## SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	14
	2.1 Geral	14
	2.2 Específicos	14
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
	3.1 Fisiopatologia da dor	15
	3.2 Dor Pós-operatória	17
	3.3 Respostas sistêmicas para a dor	19
	3.4 Mensuração da dor	20
	3.5 Tratamento Farmacológico Antálgico	23
4	METODOLOGIA	26
	4.1 Local do estudo	26
	4.2 População do estudo	26
	4.3 Delineamento do estudo	26
	4.4 Coleta de dados	26
	4.5 Processamento e Análise de dados	27
	4.6 Aspectos Éticos	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	37
7	CONCLUSÃO	43
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
	APENDICES	49
	ANEXOS	53

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1	Escala Analgésica - Organização Mundial da Saúde	24
Figura 2	Distribuição dos pacientes conforme a dor antes da cirurgia	29
Figura 3	Estado emocional dos pacientes antes da realização da cirurgia	30
Figura 4	Experiência passada de uma dor semelhante à atual (peri-operatoria)	31
Figura 5	Resultado da avaliação pela Escala Categórico Verbal	32
Figura 6	Resultado da avaliação pela Escala Numérica	32
Figura 7	Resultado da avaliação pela Escala Analógica Visual	33
Figura 8	Medicamentos prescritos para o controle da dor	34
Figura 9	Registro de administração dos medicamentos	34
Figura 10	Diferença de valores entre a escala numérica e a escala analógica visual	35
Figura 11	Correlação de valores entre a Escala Verbal e a Escala Numérica	36
Figura 12	Correlação de valores entre a Escala Analógica Visual e a Escala Verbal	36
Tabela 1	Classificação fisiopatológica da dor	18
Tabela 2	Perfil da amostra	28
Tabela 3	Tipos de cirurgias realizadas	28
Tabela 4	Condição de qualidade de vida quanto ao sono e apetite	31

## 1 INTRODUÇÃO

Todas as pessoas, de um modo geral, sabem o que é dor. Entretanto, geralmente é difícil para alguém descrever a própria dor e impossível conhecer exatamente a experiência de dor de outra pessoa (PEDROSA, 2008).

Devido a sua subjetividade, a dor possui um componente além do somático, e assim sua definição e mensuração implica na consideração de vários fatores. A melhor definição da dor é a proposta pela IASP (*International Association for the Study of Pain*) onde a dor é dita como uma experiência emocional, com sensação desagradável, associada à lesão tecidual presente, potencial, ou descrita como tal (CAVALCANTI, 2003).

Do ponto de vista temporal o processo doloroso pode ser dividido em agudo ou crônico. A dor aguda, provém a um processo patológico, de origem traumática ou inflamatória, ocorrendo devido ao excesso de nocicepção ou hipoatividade do sistema supressor da dor, ou ambos (BRANDÃO, 2005; CAVALCANTI, 2003).

A dor pós-operatória é a forma mais prevalente de apresentação da dor aguda, sendo fisiologicamente dita como dor nociceptiva, pois a lesão tecidual ativa os nociceptores iniciando uma série de eventos conhecidos como sensibilização periférica (DRUMMOND, 2010)

Devido a muitos componentes sensoriais e afetivos, e a influência de muitos fatores, a avaliação da dor se torna difícil. Assim a investigação clínica da dor, baseia-se no relato do paciente, no uso de escalas, e nas quantidades de analgésicos e complementos administrados. (CAVALCANTI, 2004)

Evidencia-se que ao objetivar uma terapêutica mais adequada, é preciso detectar a presença da dor, estimar o seu impacto sobre o paciente e determinar a eficácia dos tratamentos.

Desta forma este estudo enfoca a mensuração da dor em pacientes submetidos a cirurgias abdominais e pélvicas, bem como a adequação da analgesia recebida pelos mesmos, utilizando-se do relato do paciente para detectar e caracterizar a dor e o alívio, por meio de um questionário contendo escalas e os medicamentos administrados.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Este estudo teve como objetivo mensurar a dor pós-operatória, avaliando o padrão da dor referida pelos pacientes, e avaliar a adequação da farmacoterapia antálgica, conforme a escala de analgesia proposta pela Organização Mundial de Saúde, em pacientes submetidos a cirurgias abdominais e pélvicas em um hospital filantrópico de Campina Grande-PB.

### 2.2 Específicos

- Avaliar o padrão da dor referida pelos pacientes;
- Caracterizar e mensurar a dor descrita;
- Avaliar a adequação da farmacoterapia antálgica.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 Fisiopatologia da dor

No século passado a dor era considerada apenas como a percepção sensorial inevitável à lesão tecidual. No entanto algumas situações clínicas mostraram que o encéfalo é capaz de gerar dor, mesmo na ausência de impulsos vindos da medula espinhal ou periféricos, como nos casos de dor em membro fantasma. O que demonstra que o processo doloroso não é somente uma percepção sensorial. (CAVALCANTI, 2003)

Frequentemente a percepção dolorosa é desencadeada por estímulos nocivos como uma lesão ou doença. Contudo constitui-se não somente de substratos anatômicos e fisiológicos como também de fatores psicológicos (CAVALCANTI, 2005).

A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências. E devido a sua subjetividade, MacCaffery e Beebe definiram que a dor “é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que sente diz existir” (CHAVES, 2003, p.197).

Para Drummond (2000) o processo doloroso é formado basicamente por três dimensões: sensorial-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa.

Pereira (2010) ratifica esta ideia explanando que a dimensão *sensorial-discriminativa* se refere às características temporais, espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vividez da dor, determinada pela atividade das fibras espinhais de condução rápida do estímulo nociceptivo (exemplo: latejante, lancinante, cortante, pontada, cólica e queimor). A *afetivo-motivacional* traduz-se por sentimentos de cansaço, de medo, punição e reações autonômicas advindas da atividade em estruturas do sistema límbico (cruel, maldita, apavorante, sufocante e amedrontadora). Enquanto que a *cognitivo-avaliativa* refere-se à avaliação global da situação vivenciada pelo indivíduo, fortemente influenciada por experiências anteriores com dor (exemplo: chata, insuportável, forte, maçante).

Segundo Cavalcanti (2003) a nocicepção é a detecção de lesão tecidual por transdutores ligados a fibras dos nervos periféricos do tipo A delta e C. Esses transdutores são terminações nervosas livres que possuem alto limiar de excitabilidade, e são chamados de nociceptores, presentes nos tecidos superficiais e profundos, e vísceras.

O mesmo autor declara ainda que os nociceptores são ativados por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos. Os sensíveis a estímulos mecânicos são ditos

mecanorreceptores, os a estímulos térmicos, termorreceptores, e polimodais são os que respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos.

Quando um estímulo provoca lesão tecidual, a ativação dos nociceptores produz um reflexo axônico local, que libera mediadores algogênicos, como a substância P, neurocinina A, e peptídeo geneticamente relacionado à calcitonina. Ocorre também a liberação de enzimas para o meio extracelular, o que leva a formação de cininas, principalmente a bradicinina. E a partir da membrana celular, o ácido araquidônico é liberado, originando prostaglandinas, tromboxano, leucotrienos, prostaciclina e outras substâncias algógenas, que interagem com neutrófilos, linfócitos, plasmócitos, macrófagos, e outras células atraindo-as ou ativando-as, o que leva a vasodilatação e instalação de processo inflamatório (TEIXEIRA, 2001) (CAVALCANTI, 2003).

Esses mediadores inflamatórios ampliam a informação nociceptiva e agem em sinergismo aumentando a sensibilidade dos nociceptores e diminuindo o limiar de excitabilidade. Alguns autores os denominam de “sopa inflamatória”, a qual gera os sinais clássicos da inflamação (dor, calor, rubor e edema) e também o fenômeno da hiperalgesia primária, caracterizada por uma resposta aumentada aos estímulos nociceptivos. Essa série de eventos decorrentes da lesão tecidual é conhecida como sensibilização periférica (CASTRO, 2007) (CAVALCANTI, 2004).

Para Morgan (2006) a dor é conduzida ao longo de três vias neuronais que transmitem o estímulo nocivo da periferia para o córtex cerebral. Os neurônios aferentes primários localizam-se nos gânglios da raiz dorsal, e possuem um único axônio bifurcado onde uma extremidade inerva os tecidos periféricos e a outra o corno dorsal da medula, onde eles fazem sinapse com o neurônio de segunda ordem. Estes ascendem no trato espinotalâmico contralateral para atingir o tálamo, e nos núcleos talâmicos fazem sinapse com os neurônios de terceira ordem que, por sua vez, enviam projeções para o giro pós-central do córtex cerebral.

A substância cinzenta da medula espinhal foi dividida por Rexed em dez lâminas. Onde as seis primeiras lâminas do corno dorsal recebem toda atividade neuronal e são o principal sítio de modulação da dor por vias neuronais ascendentes e descendentes (MORGAN, 2006) (CASTRO, 2007).

O sistema ascendente nociceptivo é o conjunto de seis tratos medulares que estão intimamente ligados na transmissão do impulso nociceptivo para o sistema nervoso central, são eles: o trato espinotalâmico, considerado a via nociceptiva mais importante, o trato



espinorreticular, trato espinomesencefálico, o sistema pós-sináptico da coluna dorsal, o trato espinocervical, e o sistema ascendente multissináptico propriospinal. (DRUMMOND, 2010)

O trato espinotalâmico pode ser dividido como medial e lateral. A parte medial se encaminha ao tálamo medial e é responsável pela mediação da percepção autonômica e emocional (desagradáveis) ligadas à dor, enquanto que a parte lateral se encaminha para o núcleo pósterolateral ventral do tálamo e transporta aspectos discriminativos da dor, como localização, intensidade e duração. (MORGAN, 2006)

Para Drummond (2010) duas das três dimensões da dor já estão anatomicamente identificadas. O tálamo tem função primordial na dimensão sensorial-discriminativa, e o núcleo medial com os aspectos afetivo-motivacionais do processo algico. O hipotálamo e o sistema límbico participam fundamentalmente do afetivo-motivacional da dor. Mas não houve muito progresso no componente cognitivo-avaliativo.

### 3.2 Dor Pós-operatória

A dor pós-operatória é a forma mais prevalente de dor aguda. A dor aguda está relacionada à instalação de um processo patológico, de origem traumática ou inflamatória, que deriva normalmente do excesso de nocicepção, mas pode resultar também da sensibilização ou hipoatividade do sistema supressor da dor. Ela serve como sinal de alerta para a ocorrência da lesão e está relacionada à presença do fator causal (CHAVES, 2003).

A dor patológica pode ser do tipo inflamatória ou neuropática. A primeira se refere a sensação algica, provocada por dano tecidual substancial, como ocorre no ato cirúrgico, tendo semelhança teleológica, com a dor fisiológica, em sua função protetora local. As suas características principais são a hiperalgesia primária, que ocorre na área da lesão, devido à sensibilização periférica, e a hiperalgesia secundária, que se observa nos tecidos próximos devido à sensibilização central. (DRUMMOND, 2010; BEAR, 2006)

Drummond (2010) menciona que a dor pós-operatória é, predominantemente, de natureza inflamatória ou nociceptiva, permanecendo, por muito tempo, ignorados seus aspectos neuropáticos. Contudo um pequeno percentual (1 a 2%) de pacientes prevalecem tais aspectos.

Para Marques (2008), a classificação fisiopatológica da dor, e suas diferenças estão resumidas na seguinte tabela.

Causa	Dor Nociceptiva	
	Dor Somática	Dor Visceral
	Lesão de órgãos densos (pele)	Lesão de vísceras
Transmissão da dor	Sistema nervoso periférico	Sistema nervoso autônomo
Estímulos geradores da dor	Térmicos, químicos, barométricos, mecânicos	Isquemia e hipóxia, inflamação, distensão
Caráter da dor	Superficial Localizada Dor lancinante	Profunda Mal localizada Dor referida
Reação vegetativa	Escassa	Intensa
Características	Dor nociceptiva Dor aguda	Dor neuropática Dor crônica, contínua
Etiopatologia	Lesão de tecidos ou vísceras. Estímulo nociceptivo.	Lesão do sistema nervoso central ou periférico.
Tratamento	AINE's, Opióides	Opióides, Anticonvulsivantes, Antidepressivos.

Tabela 1 – Classificação fisiopatológica da dor (MARQUES, 2008)

Para Miller (1993, p.2136), a cirurgia produz lesão tecidual local com a conseqüente liberação de substâncias algésicas e a geração de estímulos nocivos que são transduzidos por nociceptores, e transmitidos ao neuroeixo pelas fibras nervosas A-delta e C.

As informações dolorosas transmitidas pelas fibras nociceptivas A delta e C se dirigem ao corno posterior da medula e após acender pelos tratos espinotalâmico e espinorreticular, aumenta a atividade do sistema nervoso autônomo, elevando a atividade hormonal, o catabolismo, o consumo de oxigênio, etc. (PALOMBO, 2001)

Klaumann (2008) ressalta que os mecanismos neurais que envolvem a geração da dor inflamatória e visceral, por muito tempo foram tidos como iguais, no entanto há diferenças relevantes, pois a sensibilidade do tecido visceral a estímulos térmicos, químicos e mecânicos

difere significativamente. Segundo o autor, as vísceras parecem mais sensíveis à distensão de órgãos cavitários de parede muscular, sem dano tecidual, isquemia, e inflamação.

De modo que a dor visceral é profunda, dolorosa, mal localizada e, frequentemente relacionada a um ponto cutâneo. O seu mecanismo não está totalmente esclarecido, mas pode ser relacionado a ponto de convergência de impulso sensorial cutâneo e visceral em células do trato espinotalâmico na medula espinhal (KLAUMANN, 2008).

O processamento da informação dolorosa ocorre em vários níveis do sistema nervoso, que didaticamente foi dividido em quatro processos. Primeiro acontece a transdução, que é o impulso doloroso recebido pelos nociceptores gerando um impulso elétrico ou potencial de ação. Em seguida ocorre a transmissão, que se trata da condução desse impulso até o Corno Posterior da Medula Espinhal (CPME). No CPME ocorre a modulação, ou seja, o impulso é modificado antes de ascender a níveis superiores do sistema nervoso central. O fim do processo se dá na percepção, onde o impulso é integrado e percebido como dor, sendo influenciado nas suas dimensões sensorial-discriminativa, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativa. (CHAVES, 2003)

### 3.3 Respostas sistêmicas para a Dor

A dor aguda, especialmente a peri-operatória, causa profundas alterações danosas ao organismo, já que a resposta endócrino-metabólica ao estresse torna-se prejudicial por levar a um intenso catabolismo. Portanto o efetivo tratamento da dor leva a benefícios psicológicos e fisiológicos. (CAVALCANTI, 2003)

A resposta endócrina compreende o aumento da secreção de substâncias como o cortisol, hormônio antidiurético, hormônio do crescimento, AMP cíclico, catecolaminas, renina, angiotensina II, aldosterona, glucagon e interleucina 1, com concomitante diminuição da secreção de insulina e testosterona. Estas alterações são o estado catabólico que o paciente apresenta, caracterizado por hiperglicemia, aumento do catabolismo protéico, lipólise, retenção renal de água e sódio, com aumento da excreção de potássio e diminuição da taxa de filtração glomerular. (KLAUMANN, 2008)

Para Morgan (2006) uma dor moderada a grave, a despeito do sítio, pode afetar quase todas as funções orgânicas e pode influenciar de modo adverso a morbidade e mortalidade pós-operatórias. Sugerindo que o tratamento eficaz da dor pós-operatória não é só uma questão humanitária, mas também um aspecto muito importante no tratamento pós-operatório.

A dor após cirurgias abdominais e torácicas ou o trauma possui efeitos diretos sobre a função respiratória. Ressaltando que a diminuição dos movimentos da parede torácica reduz o volume-corrente e a capacidade funcional residual, o que promove atelectasia, hipoxemia e outros danos. (MORGAN, 2006)

Cavalcanti (2004) ratifica, dizendo que a disfunção diafragmática tem sido apontada como o fator principal para as alterações ocorridas após cirurgias de tórax e abdômen superior.

Já o sistema cardiovascular, é ativado pela dor, principalmente a aguda, onde há intensa liberação de neuro-hormônios adrenérgicos, como resposta a agressão. Ocorrendo taquicardia, aumento da pressão arterial, do débito cardíaco, do trabalho miocárdico e do consumo de oxigênio. (CAVALCANTI, 2003)

Esses efeitos constituem a clássica resposta ao estresse e são uma adaptação desenvolvida para otimizar a sobrevivência no período imediatamente após a injúria. Contudo, a persistência deste quadro clínico pode ser deletério, visto que a resposta neuroendócrina à dor pós traumática ou pós cirúrgica é suficiente para desencadear estado de choque. (KLAUMANN, 2008)

Os efeitos deletérios da dor afetam outros sistemas além dos já citados, como o sistema gastrointestinal, onde os hormônios liberados causam retardo do esvaziamento gastrointestinal, o sistema urinário, onde ocorre retenção urinária por hipomotilidade da uretra e bexiga, o hematológico, com o aumento da adesividade plaquetária devido ao estresse, além de efeitos psicológicos como delírio pós-operatório, insônia, medo, ansiedade, perda de apetite, e outros estados mentais que contribuem para prolongar a permanência hospitalar. (CHAVES, 2007, CAVALCANTI, 2003)

### 3.4 Mensuração da dor

Sousa (2005) conceitua a mensuração como o alicerce da ciência, e a base, da investigação científica. Pois segundo a autora, todos os campos do empreendimento humano usam de alguma forma a mensuração. De forma que certamente estamos muito familiarizados com algumas unidades como o metro, a hora, o quilo, o hectare, a temperatura, etc.

A autora comenta ainda que os atuais métodos usados para mensuração e avaliação da dor têm suas raízes históricas na psicofísica. A psicofísica da dor tem sido crucial para o melhoramento do processo de mensuração e avaliação da dor, particularmente em fornecer

métodos para a mensuração diferencial das diferentes dimensões psicológicas da experiência da dor.

Contudo, não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo mensurar objetivamente essa experiência interna, complexa e pessoal. Mesmo assim, mensurar a dor é importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida na qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. (CHAVES, 2007)

Segundo Cavalcanti (2003), a mensuração da dor visa detectar a sua presença, estimar o impacto sobre o indivíduo e determinar a eficácia dos tratamentos. Isto engloba ações avaliativas que incluem a história detalhada, o exame físico geral, exames laboratoriais adequados, exames radiológicos adequados, etc.

Por ser influenciada por uma variedade de fatores, a dor é uma experiência multidimensional, e sua avaliação engloba a consideração de inúmeros domínios, incluindo o fisiológico, o sensorial, o afetivo, o cognitivo, o comportamental e o sociocultural. Enquanto que os sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão sanguínea podem ser objetivamente mensurados, a dor (o “quinto sinal vital”) é inerentemente subjetiva. (XAVIER, 2006; SOUSA, 2005)

Um bom instrumento para a mensuração da dor deve ser tanto fidedigno quanto válido. No contexto da dor, entende-se como fidedignidade se o escore de um dado paciente num instrumento de mensuração da dor qualquer, é uma medida precisa e consistente de sua “verdadeira” dor. (SOUSA, 2005)

Porém, Sousa afirma ainda que nenhum instrumento será absolutamente consistente, e por isso torna-se necessário construir instrumentos, escalas, inventários, questionários que seja o mais fidedigno possível.

A mensuração da dor tem sido feita por instrumentos unidimensionais e multidimensionais. As escalas unidimensionais de dor são instrumentos onde o paciente é questionado para descrever um aspecto de sua dor ou do tratamento. E o multidimensional tem o objetivo de fornecer medidas qualitativas, sendo elaborado em 1975 o questionário de MacGill, um dos questionários mais referenciados mundialmente e usados na prática clínica. Contudo em função de sua elevada complexidade e difícil aplicabilidade e reprodutibilidade, têm seu uso restrito para situações específicas. (Pedroso, 2006; Pereira, 2007; Freitas, 2009; Santos, 2006)

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente em hospitais e/ou clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Enquanto que os instrumentos multidimensionais são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. (CHAVES, 2007, p.102)

A escala numérica é um instrumento unidimensional que permite quantificar a intensidade da dor através de números. Nesta escala, zero representa a ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginada, sendo os outros números, estágios intermediários da dor. Freitas (2009) afirma que esta escala mostrou-se válida e confiável. No entanto mostra dificuldade de aplicação em pacientes com alterações cognitivas, ou baixo nível educacional, devido à necessidade de domínio das propriedades aritméticas.

Outro tipo de escala unidimensional muito frequentemente usada em ambientes clínicos é a escala analógica visual. Que consiste de uma linha horizontal de 10 cm com as extremidades indicando “ausência de dor” e “a pior dor possível”. Os pacientes são então instruídos a marcar na linha a intensidade da dor que sentem, e utilizando-se uma régua, a distância entre a marcação do indivíduo e o extremo inferior é medida em centímetros. (BOTTEGA, 2010)

Para Pereira (1998), as escalas analógicas visuais, são frequentemente utilizadas na mensuração da dor pós-operatória, e tem a vantagem de serem de fácil aplicação, porém, alguns participantes, especialmente crianças e idosos, referem dificuldades em utilizá-las, o que, possivelmente, é decorrente da necessidade de certa abstração para compreendê-la.

Já Chaves (2003) mostra que dados indicam que apesar dessa aparente simplicidade no uso da Escala Analógica Visual, nem todos os clientes entendem o conceito subjacente à escala como uma representação gráfica da gravidade da dor.

A escala verbal é considerada a que melhor descreve a dor e a mais fácil de completar. Esta escala unidimensional é uma das preferidas para os pacientes idosos, diz Freitas (2009). Que ainda afirma que as escalas verbais, nas quais são utilizados adjetivos do tipo leve, moderada, forte, severa ou variantes desses, contém geralmente 5 ou 6 pontos, e possuem a vantagem de ser familiar aos participantes uma vez que são utilizadas palavras comuns do vocabulário, as quais expressam a dor qualitativamente.

Da mesma forma verbal, o alívio da dor é avaliado através de 5 palavras: alívio ausente, discreto, moderado, intenso, e completo. Sendo que a escala de alívio é mais

conveniente do que a de intensidade, provavelmente pelo valor inicial da intensidade que é variável. (CAVALCANTI, 2004)

### 3.5 Tratamento Farmacológico Antálgico

A dor é o sintoma que com maior frequência leva o paciente a procurar o médico. Mas como o seu controle é frequentemente inadequado os pacientes sentem-se insatisfeitos. Várias razões existem para isso, dentre elas destacam-se: a subvalorização da queixa pelo médico, com ausência de preocupação com o tratamento, a prescrição de doses subterapêuticas de analgésicos, a falta de obediência do paciente, etc. (CAVALCANTI, 2003)

Diversos autores salientam a importância e responsabilidade dos profissionais da saúde no tratamento da dor, pois o seu alívio é, antes de tudo, um ato humanitário e é eticamente inaceitável negligenciá-lo. De forma que o terapeuta tem que desenvolver, necessariamente, a arte de escutar. Escutar não somente as frases e as queixas, mas também os silêncios, as hesitações, as palavras truncadas do paciente. (DRUMMOND, 2010; CAVALCANTI, 2005; PEDROSA, 2008)

Em um estudo de Marks e Sachar, 32% dos pacientes internados com patologias clínicas sentiam dor intensa apesar da medicação, e outros 41% referiam desconforto moderado. Concluiu assim que 50% ou mais dos pacientes sentem alívio inadequado da dor depois da cirurgia. (ROGERS, 1993)

A primeira estratégia para maximizar o sucesso da terapia analgésica é o conceito de analgesia preemptiva. O tratamento iniciado antes da injúria inibe o processo de sensibilização periférica e central. A segunda estratégia envolve a combinação de fármacos analgésicos e técnicas que promovam efeito sinérgico como analgesia balanceada. Com estas técnicas, pode-se utilizar baixas doses, diminuindo a possibilidade de efeitos colaterais. (KLAUMANN, 2008, p. 9)

Para Drummond (2010) a dor pós-operatória pode ser aliviada de modo parcial ou total pelos seguintes métodos: analgésicos por via sistêmica, opióides por via espinhal, analgesia regional com anestésicos locais, analgesia por hiperestimulação (acupuntura e outros métodos), analgesia psicológica (hipnose, musicoterapia) e drogas adjuvantes (tranqüilizantes, antidepressivos, etc).

O tratamento da dor exige do prescritor o conhecimento da farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, para que a seleção do agente seja correta. Da mesma

forma, a seleção do fármaco deve seguir uma escala crescente de complexidade, magnitude e custos, respeitando as necessidades e tolerâncias de cada indivíduo. (CHAVES, 2007)

Na terapia farmacológica da dor é comum a administração combinada de vários medicamentos, com o objetivo de potencializar a ação analgésica ou minimizar os efeitos indesejados que possam surgir. Os grupos farmacológicos mais usados são: os opióides, antiinflamatórios não esteroidais (AINE) e os adjuvantes. (SECOLI, 2009; CHAVES, 2007)

O controle da dor aguda baseia-se na seleção de drogas e doses adequadas, a escolha da via e sistema de infusão apropriado, a investigação de possíveis efeitos adversos, a educação do doente, o uso de medidas físicas e comportamentais, a avaliação da eficácia analgésica e da incapacidade oriunda da dor. (CHAVES, 2003)

A escolha do analgésico depende da intensidade da dor, da natureza de mesma e do risco. Nas dores fracas a moderadas dá-se preferência aos analgésicos-antiinflamatórios, e nas de grande intensidade aos opióides, não sendo este um critério rígido. O recomendado é iniciar o tratamento com os AINE's e dependendo da intensidade da dor, associar um opióide fraco, e se necessário, substituí-lo por um opióide potente, para dores intensas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, para o controle da dor no câncer, uma escada de prioridades (Figura 1) critério hoje aplicado também na dor aguda. (CAVALCANTI, 2003)

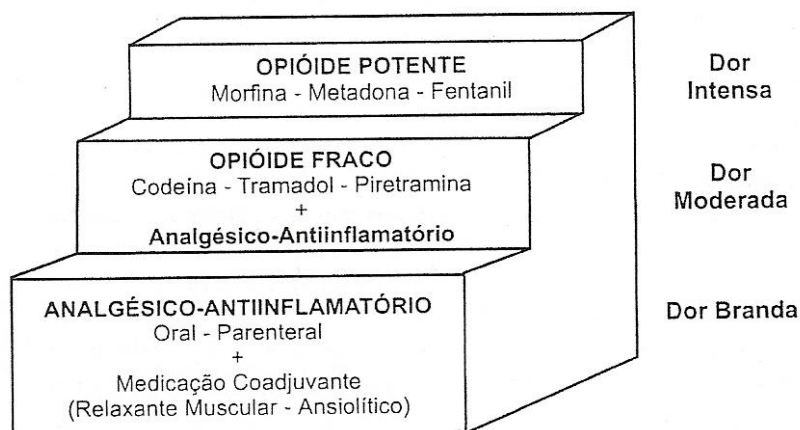


Figura 1 – Escala Analgésica da OMS (CAVALCANTI, 2003)

As dores de natureza inflamatória respondem bem aos antiinflamatórios, porém em alguns casos de dor severa, se faz necessário a associação com um opióide. O risco relaciona os possíveis efeitos indesejáveis da terapia medicamentosa com o estado do pacientes, como o uso dos antiinflamatórios para pacientes com história de gastrite ou úlcera digestiva. (CAVALCANTI, 2003)



Os AINE's ocupam lugar de destaque no tratamento da dor pós-operatória, isolados ou associados porque possuem o efeito poupador de drogas opiáceas, ou seja reduzem a necessidade de opióides em 17 a 70%, e reduzem a dor à movimentação ativa ou passiva do doente. No entanto apresentam eficácia limitada como agentes únicos para tratar a dor de procedimentos cirúrgicos maiores, pois aumento da dose não se correlaciona com o aumento da analgesia, devido ao efeito-teto, e também maior incidência de reações adversas. (CAVALCANTI, 2004; SECOLI, 2009)

E os opióides são fundamentais para o tratamento da dor pós-operatória devido a sua potência, facilidade de titulação, e ausência de "dose teto", ou seja, o limite da dose é determinado pelo alívio da dor na ausência de efeitos colaterais. (Chaves, 2007)

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado durante os meses de agosto a novembro do ano de 2010, no Hospital filantrópico da Fundação Assistencial da Paraíba – FAP (Hospital Sentinela) na cidade de Campina Grande-PB.

### 4.2 População do estudo

Foram convidados a participar deste estudo os pacientes submetidos a processos cirúrgicos abdominais e pélvicos, realizando a entrevista com 27 pacientes. Para inclusão, fez-se necessário possuir o mínimo de 18 anos de idade, não importando o gênero, raça ou classe social. E a fim de minimizar o não entendimento do questionário, foi exigida a escolaridade mínima de ensino fundamental incompleto. Não participaram do estudo os pacientes que não se apresentavam em bom estado de consciência, possuíam alguma patologia mental importante, ou não desejaram participar. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

### 4.3 Delineamento do estudo

Tratou-se de uma pesquisa com caráter descritivo transversal, onde se investigou o fenômeno doloroso em seu comportamento qualitativo e quantitativo, bem como a adequação e alívio dos analgésicos administrados aos pacientes submetidos à cirurgias abdominais e pélvicas.

### 4.4 Coleta de dados

Os dados para o presente estudo foram obtidos através da aplicação de um questionário estruturado (Apendice B) dividido em quatro partes. A primeira contém os dados gerais dos pacientes, como idade, gênero, escolaridade e cirurgia realizada. Segue, portanto uma breve entrevista sobre a experiência dolorosa, com dados sobre o início, duração, localização, memória de experiência dolorosa passada, entre outros. A terceira parte aborda as escalas de mensuração da dor, onde foram utilizadas as seguintes escalas unidimensionais

aplicáveis a este tipo de estudo, segundo Freitas (2009): a escala numérica (EN), a escala categórico verbal, e a escala analógica visual (EAV). Definiu-se com base em Calil (2005) que o valor numérico em relação a categoria verbal de intensidade da dor corresponde: zero, ausência de dor, valores de 1 a 4, dor leve, valores de 5 a 7, dor moderada, e valores de 8 a 10, dor intensa. Por fim o questionário aborda os dados da terapia farmacológica analgésica proposta, e por meio da escala categórico verbal questiona o paciente sobre o alívio da dor experimentado.

#### 4.5 Processamento e Análise de dados

Os dados coletados através do questionário foram analisados um por um, em busca de erros e omissões, sendo corrigidos quando possível, ou descartados. Posteriormente foram tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel versão 2003, e do programa estatístico Epi info versão 3.4.3.

As variáveis quantitativas e qualitativas foram analisadas e confrontadas nos referidos programas Microsoft Excel 2003 e Epi Info 3.4.3, obtendo-se então os valores máximos e mínimos, as médias, os gráficos e tabelas. As variáveis qualitativas também foram confrontadas com os dados de literatura científica.

#### 4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB) por se tratar de pesquisa com humanos. Sendo aprovado pelo protocolo CAAE 4359.0.000.133-09 (Anexo C).

Todos os participantes foram esclarecidos verbalmente sobre os objetivos do estudo, e convidados a participar. Ao aceitar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) o pesquisador e o participante assinaram o documento, ficando cada um com uma cópia do mesmo.

## 5 RESULTADOS

A tabela 2 mostra o perfil dos pacientes entrevistados, conforme o gênero, escolaridade e faixa etária.

Dos pacientes entrevistados (n=27), prevaleceu o gênero feminino, com a parcela de 77,8%. Quanto à escolaridade, apenas 01 paciente possuía o ensino superior, e a maioria concentrou-se no mínimo de escolaridade exigida, contabilizando 66,7%. A idade mínima foi de 19 anos, e a máxima de 73 anos, o que revela uma média de 44,11 anos de idade dos entrevistados.

<b>Características</b>	<b>Pacientes (n)</b>	<b>Valor (%)</b>
<b>Gênero</b>		
Feminino	21	77,8%
Masculino	06	22,2%
<b>Escolaridade</b>		
Fund. Incompleto e Completo	20	74,1%
Médio Incompleto e Completo	06	22,2%
Superior Completo	01	3,7%
<b>Faixa Etária</b>		
19 a 29 anos	04	14,8%
30 a 40 anos	06	22,2%
41 a 51 anos	09	33,4%
52 a 62 anos	06	22,2%
63 a 73 anos	02	7,4%

Tabela 2 – Perfil da amostra

Os pacientes foram entrevistados com uma média de 54 horas (2,25 dias) após o processo cirúrgico, sendo que o mínimo foi de 6 horas e 30 min após a cirurgia, e o máximo de 309 horas (aproximadamente 13 dias) após a cirurgia.

Os sujeitos entrevistados foram submetidos às cirurgias descritas na tabela 3. As mais frequentes foram a colecistectomia com 29,6%, e histerectomia com 22,2%.

<b>Cirurgias</b>	<b>Pacientes (n)</b>	<b>Valor (%)</b>
Bilio digestiva	1	3,7%
Colecistectomia	8	29,6%
Correção cirúrgica de hérnia de hiato	1	3,7%
Curativo cirúrgico sob anestesia	1	3,7%
Drenagem de absceso intra abdominal	1	3,7%

Tabela 3 – Tipos de Cirurgias Realizadas

Continuação – Tabela 3

Exploração de vias biliares	1	3,7%
Herniorrafia inguinal	2	7,4%
Histrectomia total	6	22,2%
Laparotomia exploradora	1	3,7%
Liberação de aderências intestinais	1	3,7%
Nefrectomia	1	3,7%
Retosigmoidectomia abdominal	1	3,7%
Sigmoidectomia	1	3,7%
Tumor de pâncreas	1	3,7%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>

No início da entrevista, os participantes foram questionados sobre sentir dor no momento atual. A maioria, (67%) responderam que não estavam sentindo dor no momento da entrevista, enquanto que os outros (33%) disseram sentir.

Quando questionou-se há quanto tempo o paciente sente dor, observou-se a existência de dor prévia ao momento cirúrgico, onde o tempo mínimo encontrado foi de 7 dias antes da cirurgia e o máximo 5 anos.

Quando questionados sobre a presença de dor antes do processo cirúrgico, apenas 09 pacientes referiram que não sentiam dor, enquanto os outros 18 pacientes disseram sentir dor momentos antes da cirurgia, conforme o gráfico 1.

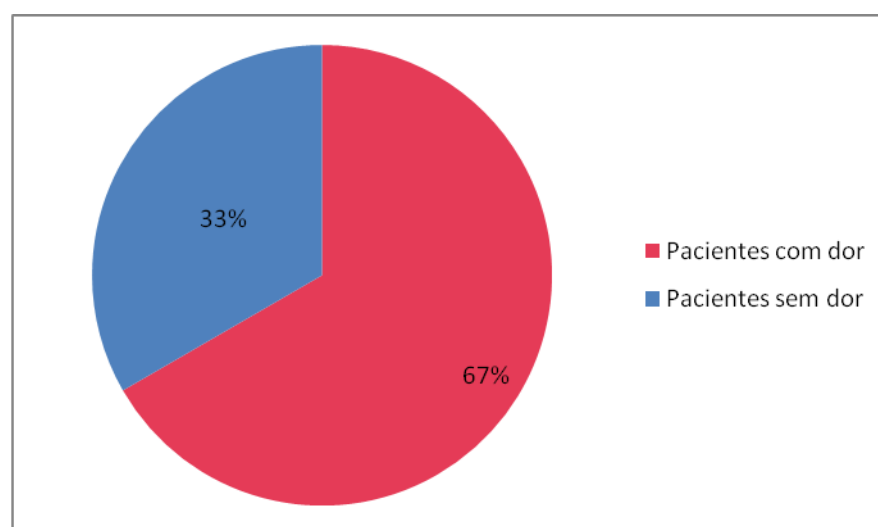


Figura 2 – Distribuição dos pacientes conforme a dor antes da cirurgia.

Dos sujeitos da pesquisa, 07 pacientes (25,9%) disseram não ter realizado qualquer tipo de processo cirúrgico antes. Enquanto que 20 pacientes (74,1%) já tinham realizado ao menos uma cirurgia. Desses últimos, 13 pacientes (65%) haviam se submetido a mais de uma cirurgia, sendo a cirurgia cesariana mais freqüente com 45% (n=9) das pacientes.

Quanto ao estado emocional dos pacientes antes da cirurgia. As palavras “tenso”, “preocupado” e afins, foram tabuladas como “nervoso”. E as palavras “tranquilo”, “normal” e afins, foram tabuladas como “calmo”, conforme a figura 3.

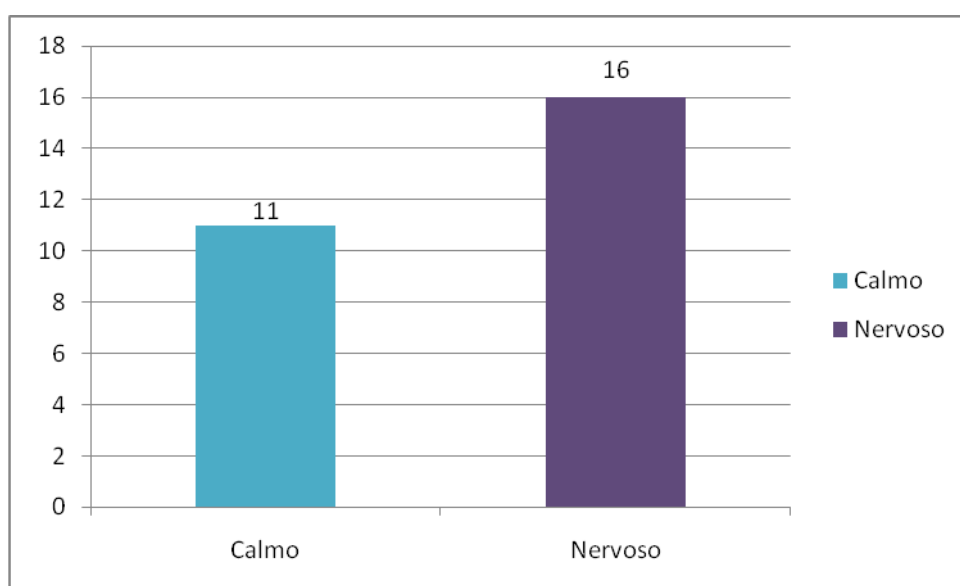


Figura 3 – Estado emocional dos pacientes antes da realização da cirurgia.

Ao questionar se o paciente sentiu dor enquanto esteve no hospital, encontrou-se que (22,2%) dos pacientes não sentiram dor até o momento da entrevista.

No que se refere ao ultimo episódio doloroso, excluindo os pacientes que não sentiram dor enquanto hospitalizados (n=6), e os pacientes (n=9) que referiram dor no momento da pesquisa, os demais (n=12) referiram que o ultimo episódio ocorrera há uma média de 2 dias antes do momento da entrevista, sendo o mínimo de 1 hora, e o máximo de 10 dias. A duração mínima desse ultimo episódio foi de 2 minutos, e a duração máxima de 4 horas. Contudo em 5 pacientes a dor se manteve constante, e portanto estes não pontuaram o tempo de duração da dor.

Quando questionados sobre o local da dor, todos os pacientes referiram o local ou as proximidades do local da patologia/cirurgia. O abdômen foi referido por 18 pacientes, a pelve por 08 pacientes, e as costas por um paciente (3,7%). Sendo cefaléia ou dor nas costas os

locais diferentes do sítio cirúrgico que foram citados, como locais de dor concomitantes ao local da cirurgia.

Em se tratando da qualidade de vida no pós-operatório, perguntou-se sobre o sono e o apetite, a fim de observar as condições dos mesmos. Os resultados estão na Tabela 4.

	<b>Pacientes (n)</b>	<b>Valor (%)</b>
<b>Você esta dormindo bem?</b>	Sim - 15	55,6%
	Não - 12	44,4%
<b>Você sente fome como antes?</b>	Sim - 10	37,0%
	Não - 17	63,0%

Tabela 4 – Condição da qualidade de vida quanto ao sono e apetite

Para conhecer a memória do paciente a outros processos dolorosos, era perguntado se a dor vivenciada atualmente já havia sido experimentada antes. Os valores encontrados estão na Figura 4, que mostra uma maioria, 17 pacientes, que não havia sentido dor semelhante antes. E 10 pacientes referiram terem experimentado uma dor semelhante à atual.

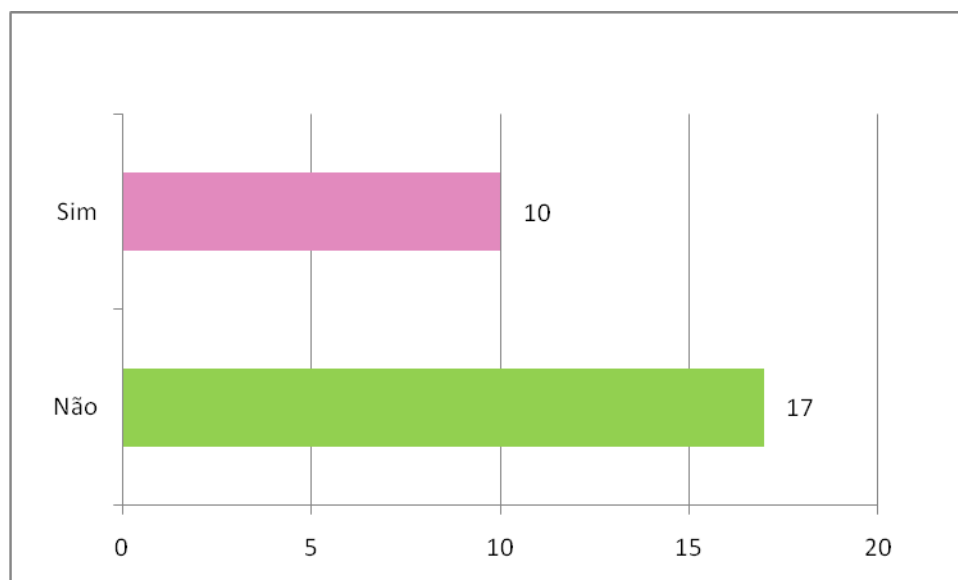


Figura 4 – Experiência passada de uma dor semelhante a atual (peri-operatória)

Os pacientes que afirmaram um processo doloroso passado como semelhante ao atual, referiram a episódios de dores em cólicas, apendicite, cirurgia cesariana, parto normal, e cefaléia.

Utilizando a escala categórico-verbal observou-se a incidência da intensidade da dor no pós-operatório em 21 pacientes. Seis pacientes disseram não ter sentido dor durante a internação hospitalar. Observou-se a incidência de dor fraca e insuportável em 19% dos entrevistados. Figura 5.

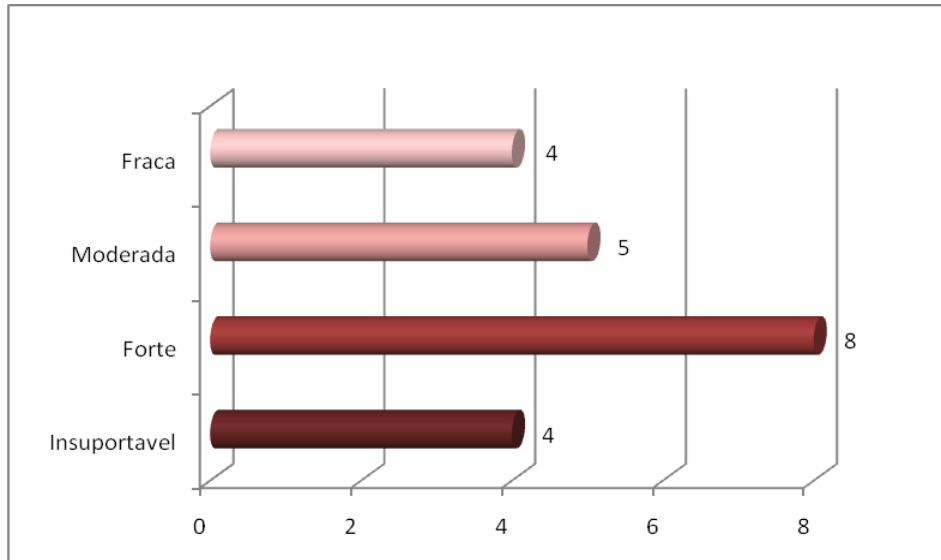


Figura 5 – Resultado da avaliação pela Escala Categórico Verbal

Segundo a escala numérica, 21 pacientes escolheram um número de 0 a 10 para a intensidade de sua dor, a incidência maior foi no número 10, seguido do número 8, conforme vemos na figura 6.

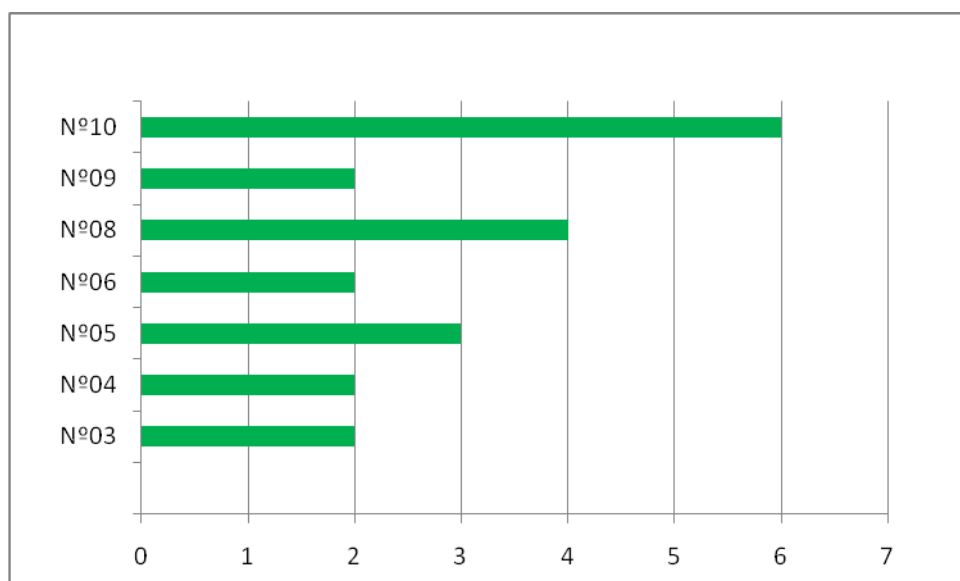


Figura 6 – Resultado da avaliação pela Escala Numérica



Em relação à frequência da dor, 4 pacientes referiram que a dor era breve (19%), enquanto que 8 pacientes referiram intermitente (38%), e de forma constante para 8 pacientes (38%). Sendo que um paciente (5%) referiu que a dor era às vezes breve e às vezes constante.

Na Escala Analógica Visual os pacientes assinalaram na linha de 10 cm os valores apresentados na Figura 7, que mostra a média de 5,57 cm, sendo o máximo de 9,8 cm, e o mínimo de 2,1 cm.

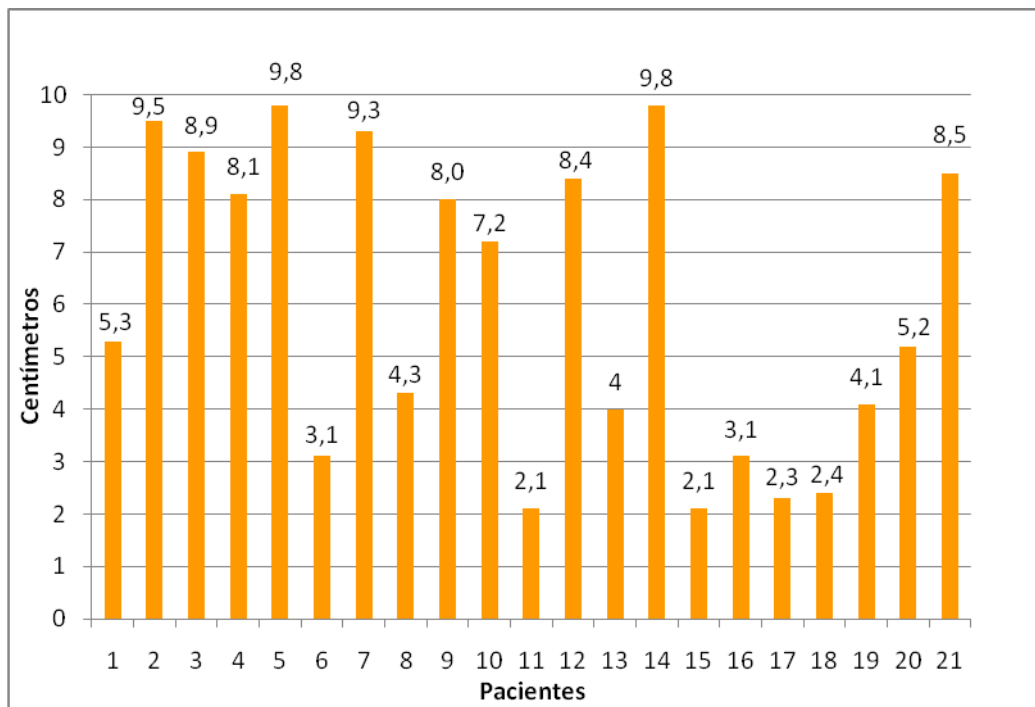


Figura 7 – Resultado da avaliação pela Escala Analógica Visual

Do prontuário do paciente foi registrada a terapia farmacológica antálgica, contendo o medicamento, dose, posologia, e o registro de administração da enfermagem.

No que se trata dos medicamentos utilizados para o controle da dor, o mais prescrito foi a Dipirona®, ressaltando que 3 pacientes não receberam nenhum medicamento analgésico, conforme mostra a Figura 8.

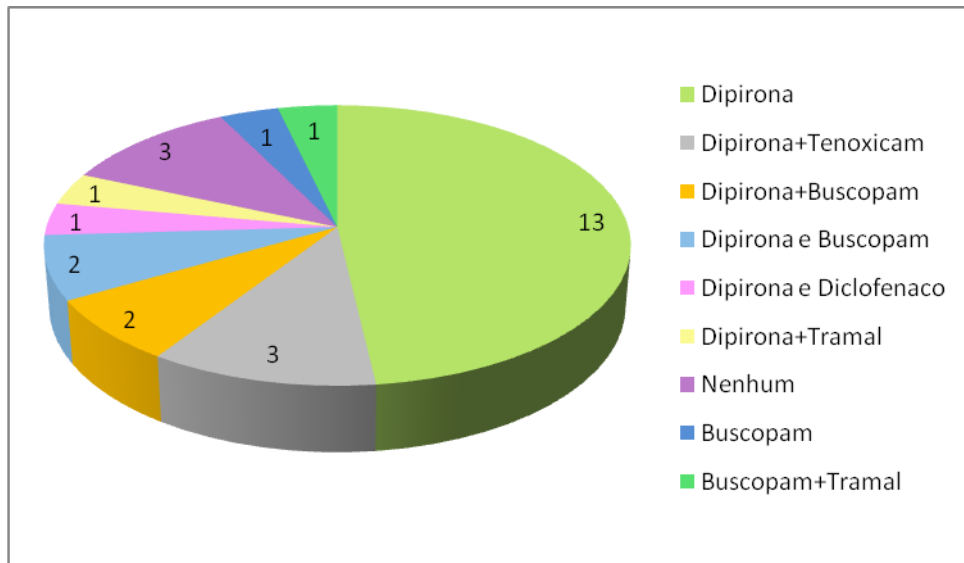


Figura 8 – Medicamentos prescritos para o controle da dor

Nota: Para uso concomitante de medicamentos “+”, para uso em dias diferentes “e”.

O registro de horários e administração dos medicamentos realizada pela equipe de enfermagem foi verificado a fim de confirmar a prescrição proposta. Os horários que estavam programados, mas ainda não haviam sido realizados devido a hora da entrevista, foram considerados como medicamento administrado posteriormente, já que havia o registro.

Contudo houve para alguns pacientes, a falta de administração dos medicamentos em alguns horários, o que levou a uma posologia inferior a prescrita. A falta ocorreu de uma até três doses por dia por paciente, conforme os dados da Figura 9.

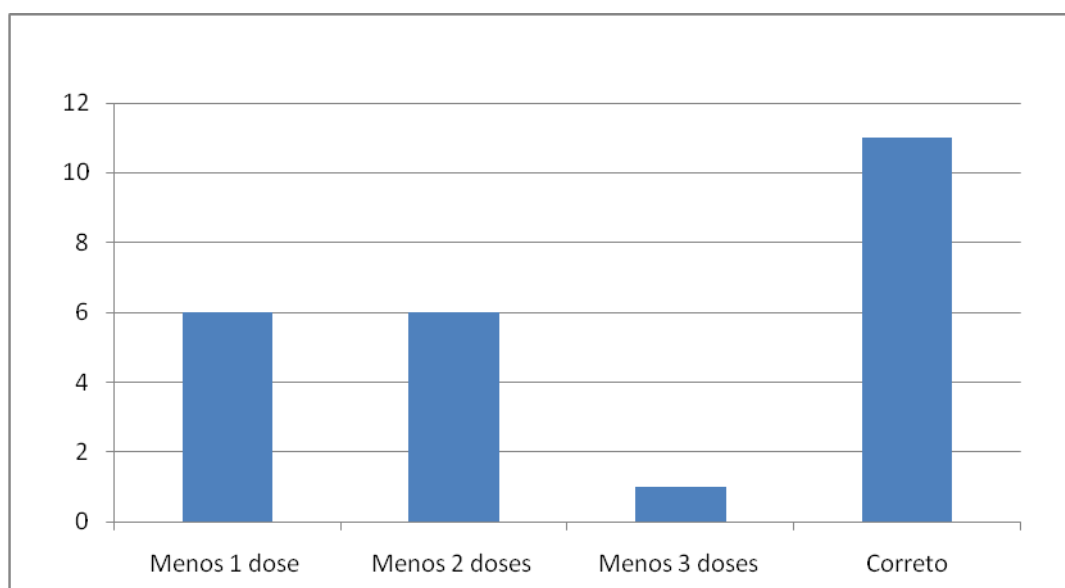


Figura 9 – Registro da administração dos medicamentos

Nota: Total de 24 pacientes, os outros 3 não possuíam analgésicos prescritos.

Quanto ao alívio da dor proporcionado pelos medicamentos analgésicos, 5 pacientes responderam que o alívio foi completo, 6 pacientes disseram alívio intenso, alívio moderado 3 pacientes, e discreto 9 pacientes. Nenhum paciente referiu não sentir alívio, um paciente não soube responder, e 3 pacientes não receberam nenhum medicamento analgésico.

Dos pacientes que referiram alívio discreto (n=9), apenas 2 receberam corretamente os medicamentos prescritos, enquanto que os outros 7, receberam sub-doses da prescrição, e 3 recebiam dois medicamentos analgésicos associados.

Em outros 6 pacientes que referiram alívio intenso, constatou-se que metade deles usava medicamentos associados, mas apenas um recebeu o medicamento conforme a prescrição. E dentre os 5 pacientes que referiram alívio completo, apenas dois receberam os medicamentos conforme prescrito.

Ao comparar os valores numéricos encontrados na escala numérica com os valores encontrados na escala analógica visual, encontrou-se uma diferença entre os valores que variou de zero, ou seja nenhuma diferença, até 4,8 pontos como mostra a Figura 10. Na maioria dos casos, a escala analógica visual apresentou os valores numéricos superiores aos citados na escala numérica.

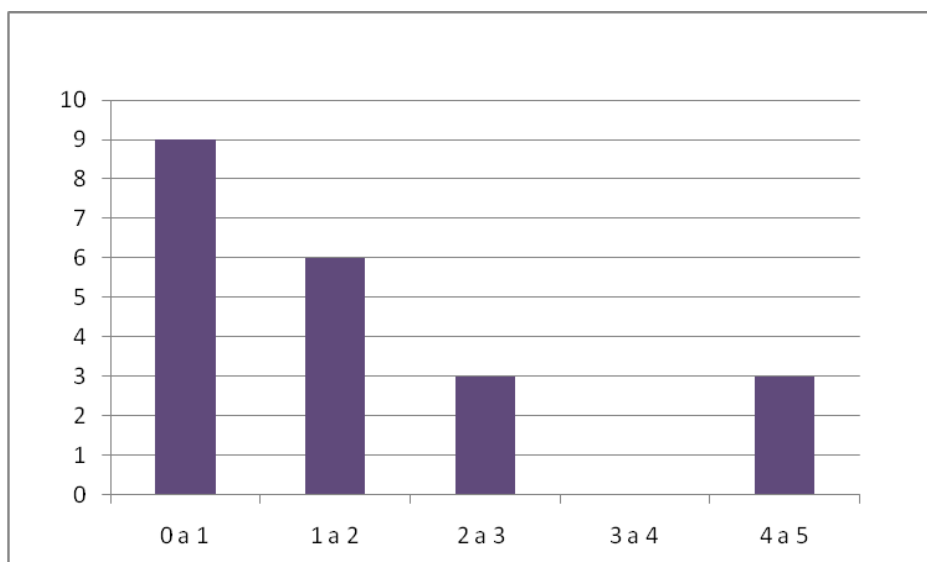


Figura 10 – Diferença de valores ente a escala numérica e a escala analógica visual.

Comparando os valores encontrados na escala numérica com as categorias verbais na escala verbal, segundo a convenção de Calil (2005), a maioria dos pacientes referiu o número que correspondente a sua categoria verbal. Figura 11.

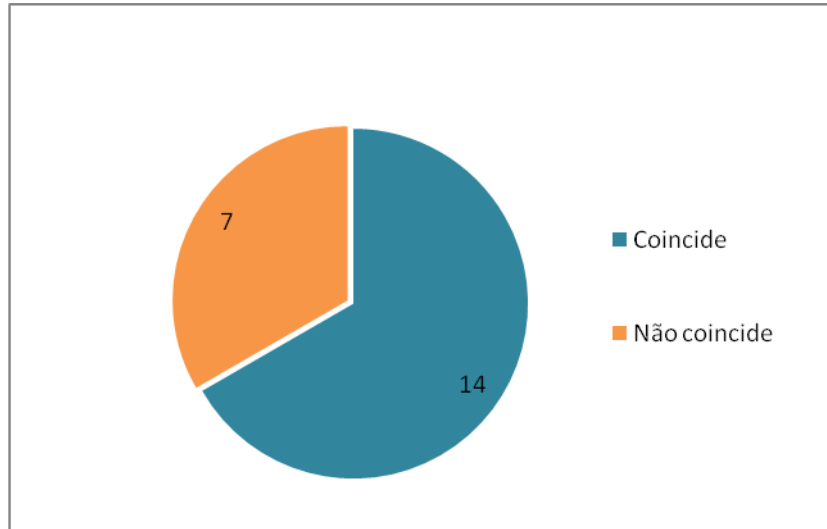


Figura 11 – Correlação de valores entre a Escala Verbal e a Escala Numérica

Ao realizarmos a comparação de valores entre a escala analógica visual e a escala verbal, encontramos que houve uma diferença maior dos pacientes ao utilizar esta escala. Figura 12.

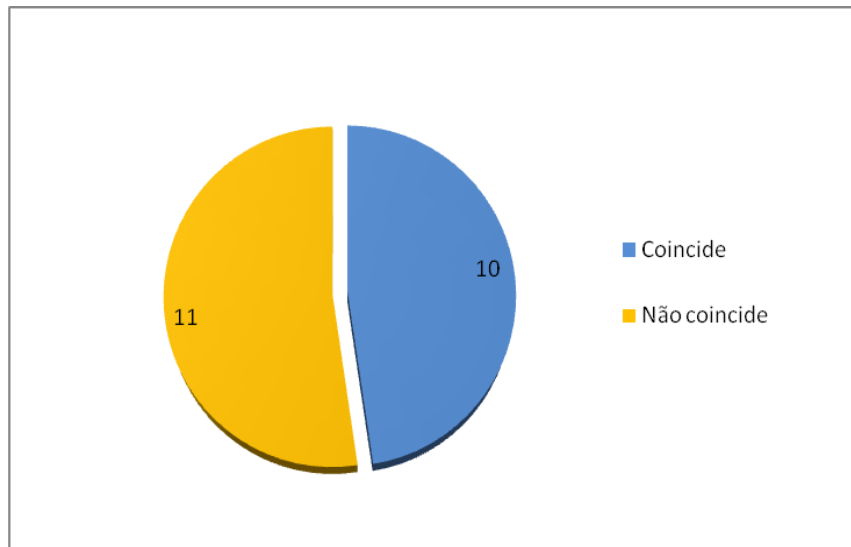


Figura 12 – Correlação de valores entre a Escala Analógica Visual e a Escala Verbal

## 6 DISCUSSÃO

Nos resultados houve a predominância do sexo feminino o que remete a questão da influência do gênero na percepção dolorosa. Segundo Costa (2008), a mulher tem maior capacidade perceptiva por possuir um limiar sensitivo mais baixo que o homem contudo, isto ainda não está elucidado de forma clara nos estudos de laboratório.

Para Andrade (2006), a influência da idade na percepção da dor ainda não está bem elucidada, isto porque não foram encontradas diferenças significativas entre idosos e adultos jovens no dimensionamento discriminativo do sensorio. Estudos experimentais de sensibilidade e tolerância à dor, realizado com indivíduos jovens e idosos, argumentam sobre o aumento, diminuição ou estabilidade da sensibilidade dolorosa, quando foram comparados idosos e jovens, sendo que as mudanças de percepção de dor, devido à idade avançada, não foram clinicamente significativas.

Na avaliação de dor no momento da entrevista, encontrou-se que 33% dos pacientes estavam com dor, sendo este valor menor que o constatado por Pimenta (2001) que refere ter encontrado, quando analisou doentes nos 5 primeiros dias do pós-operatório de cirurgia abdominal, 44% dos pacientes com queixa de dor no momento da entrevista. Quando considerado as primeiras 24h, este numero subiu para 90%.

O fato é que poucos dados estão disponíveis sobre a incidência de dor no período pós-operatório, mas estima-se que cerca de 50 a 80% dos pacientes cirúrgicos sofrem de dor no período pós-operatório (informação verbal)<sup>1</sup>.

Em se tratando de quanto tempo o paciente sente dor, constatou-se que as dores prévias ao processo cirúrgico foram um grande estímulo ao paciente para procurar auxílios médicos. Teixeira et al (1995) em pesquisa com pacientes que consultaram um médico devido a algum tipo de dor constatou que apenas 20,5% deles sempre procuram o médico quando sente dor, 4,5% nunca procuram o médico, outros 21,8% raramente procuram, e 53,2% procuram algumas vezes o médico quando sentem dores. Este dado corrobora o fato de alguns pacientes relatarem que sentiam dores há muito tempo, onde encontramos o valor máximo de 5 anos.

O alto valor de 67% dos pacientes que afirmaram sentir dor momentos antes da cirurgia constata-se devido ao diagnóstico da patologia dos mesmos, como os casos de colelitíase, colecistite, litíase biliar, mioma uterino, e outros os quais o diagnóstico levou a

<sup>1</sup> Fornecida por Leandro M. Braun no Sábado da Dor, oferecido pela Cristália®, Recife, Setembro de 2010.

realização das cirurgias. Santos (2008) afirma que a dor biliar é a principal queixa na maioria dos pacientes sintomáticos com cálculos biliares, e a colelitíase apresenta um intervalo entre as crises, variando de semanas, a meses ou anos, e possui uma imprevisibilidade de duração. Isto ratifica as crises dolorosas prévias as cirurgias como a mais freqüente que foi, a colecistectomia, realizada em 29,6% dos entrevistados.

Na freqüência de pacientes que já haviam realizado algum processo cirúrgico antes do atual, encontrou-se uma maioria de 74,1%. Destes, observou-se que o parto por meio de cirurgia cesariana, foi a mais freqüente com 45% dos pacientes, o que se justifica pela predominância de mulheres no estudo.

A experiência em algum processo cirúrgico anterior pode influenciar na percepção da dor dos pacientes na cirurgia atual, devido a subjetividade da dor. Tanaka (1998) afirma que a avaliação clínica da dor pós-operatória apresenta inúmeras discrepâncias, pois sua valorização depende fundamentalmente do próprio doente, diante da grande subjetividade que a caracteriza. Os resultados são condicionados a uma variedade de fatores como a ansiedade, a personalidade, a cultura, a técnica anestésica, a experiência pessoal e familiar, a intensidade e duração do estímulo, entre outros.

Quanto ao estado emocional antes do processo cirúrgico, verificou-se que a maioria dos pacientes referiu estar nervoso. Para Peniche (1999) se um estímulo interno ou externo ao sujeito for interpretado como perigoso ou ameaçador, desencadeará uma reação emocional caracterizada como ansiedade. A autora afirma ainda que a ansiedade como reação emocional percebida pela consciência é caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação que intensifica a atividade do sistema nervoso autônomo, de forma que aparecem sinais como alteração da freqüência cardíaca, do padrão respiratório e pressão arterial, inquietação, estremecimentos, tremores e aumento de sudorese.

Peniche (1999) concluiu que alguns pacientes tendem a elevar a percepção dolorosa quando possuem uma alta ansiedade. E PARRIS et al (1988 apud PENICHE, 1999,p.401) ao estudar a relação entre a ansiedade pré-operatória e a recuperação pós-operatória, em pacientes submetidos à cirurgia ambulatorial, verificaram que só para aqueles pacientes com elevado nível de ansiedade, antes da cirurgia, existe a propensão de aumento de riscos e complicações pós-operatórias.

O ultimo episódio de dor da maioria dos pacientes ocorreu numa média de 2 dias antes da aplicação do questionário, sendo o mais recente ocorrido há apenas 1 hora, e o menos recente a 10 dias. Percebe-se que a enfermagem precisa realizar a avaliação da dor e a

registrar sistemática e periodicamente quanto a sua intensidade, para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize o ajuste necessário ao tratamento (GONÇALVES, 2007).

Segundo Rigotti (2005) quando a dor não é tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: físicas, psicológica, social e espiritual. Avaliando superficialmente a qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório, observou-se que a maioria deles (n=15) estava dormindo bem, enquanto que os outros (n=12) não. Em relação ao apetite, a maioria referiu não ter o mesmo apetite (n=17), e o restante (n=10) referiu manter o apetite habitual. Em um estudo, Pimenta (2001) observa que 45,2% dos pacientes no pós-operatório relataram prejuízo do sono, e 21,3% afirmaram que a dor atrapalhou o apetite

Para mensurar a dor foram usados instrumentos unidimensionais, que segundo Fontes (2007) são frequentemente utilizados em clínicas e hospitais para se obter informações rápidas sobre a dor e analgesia, entre as escalas unidimensionais mais utilizadas, destacam-se a escala analógica visual (EAV), e a escala de categoria verbal ou visual. Neste estudo utilizou-se a escala analógica visual, a escala de categoria verbal e a escala numérica, esta última dita por Sousa (2005) como a escala unidimensional mais comumente utilizada.

Na escala verbal, a maioria dos pacientes referiu dor moderada (24%) a forte (38%), o que demonstra um manejo da dor deficiente. Freitas (2009) corrobora este fato ao relatar que entre os pacientes cirúrgicos, a dor aguda é experimentada por 82% dos pacientes no pós-cirúrgico imediato até duas semanas após o procedimento, e entre os pacientes com dor aguda, 86% relatam dor de moderada, intensa ou extrema.

No uso da escala numérica, os números mais usados pelos pacientes foram o número 10 e o 8. O que demonstra a dor num patamar forte, conforme a maioria referiu na escala verbal. Gonçalves (2007) confirma o que disse Tanaka (1998), ao relatar que a dor pós-operatória pode sofrer influências, que vão determinar seu impacto no indivíduo, e isto poderá variar de acordo com a localização da incisão, a natureza da cirurgia e os aspectos culturais.

PIMENTA et al. (1992 apud PEREIRA, 1998), utilizaram uma escala numérica de 11 pontos na qual os participantes, 10 pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e 10 submetidos à cirurgias abdominais, julgaram a intensidade de sua dor. Os dados mostraram que 68,2% dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal, estavam com dor no momento da entrevista. E mesmo recebendo medicamentos analgésicos, 52,2% dos pacientes submetidos à cirurgias abdominais ainda referiram estar sentindo dor.

Para a frequência dos episódios dolorosos os dados revelaram que 8 pacientes referiram dores intermitente (38,%), e outros 8 pacientes (38%) a opção constante. A duração

e intervalos de períodos sem dor varia de cada paciente e depende também da farmacoterapia que cada um recebeu. Segundo Silva (2010) todo paciente submetido a um procedimento cirúrgico terá dor no pós-operatório, porém é cultural acreditar que essa dor não possa ser controlada adequadamente, e isto está associado à falta de conhecimento da fisiologia da dor e a da farmacologia dos analgésicos, bem como a falta de treinamento da equipe de enfermagem para avaliação do quadro algico. O autor ainda refere que para o controle da dor pós-operatória é sugerido o uso associado de dois ou mais fármacos ou de técnicas analgésicas de classes diferentes, em doses menores, com o objetivo de melhorar a qualidade do tratamento e diminuir a incidência de efeitos adversos.

Os resultados encontrados na aplicação da escala analógica visual, mostraram uma média de 5,57 cm, sendo que 9 desses pacientes (n=21) marcaram valores acima de 8cm, o que refere a presença de dores fortes em quase metade dos pacientes. Para Rocha (2010) a dor no pós-operatório é uma das complicações mais comuns e a equipe de enfermagem deve estar preparada e capacitada para o controle deste sintoma. Diversos autores ratificam essa problemática ao afirmar que há uma grande carência de conhecimento e preparo por parte dos profissionais de saúde em relação à avaliação, mensuração e farmacologia da dor. E num estudo sobre o conhecimento e atitudes de 120 enfermeiros no manejo da dor verificou-se que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia. (Pimenta, Koizumi e Teixeira, 1997 apud FONTES, ) (RIGOTTI, 2005).

Quanto aos medicamentos usados no controle da dor pós-operatória, percebeu-se o predomínio do uso de Dipirona®, que administrada sozinha ou associada a outro medicamento foi prescrita para 22 dos 24 pacientes que receberam medicamentos antálgicos. Tanaka relata que a dipirona é derivada da pirazolona e atua de maneira semelhante aos anti-inflamatórios não esteróides, inibindo a produção de prostaglandinas. Possui ação antipirética e, mesmo fora do mercado americano por estar relacionada à agranulocitose, é uma possibilidade terapêutica de baixo custo. (TANAKA, 1998)

Os anti-inflamatórios utilizados no controle da dor foram: Dipirona®, Buscopam®, tenoxicam, e diclofenaco. O uso de opióides foi escasso, sendo prescrito apenas o tramadol para 2 pacientes. Wallace (2004, tradução nossa) diz que os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's) agem na via do ácido araquidônico e logo na resposta à lesão tecidual, atuando no estresse cirúrgico. Eles possuem efeitos favoráveis no modelo de dor aguda pós-operatória, e isso leva ao aumento do seu uso, por também reduzirem o consumo de opióides.



Considerando as dores insuportáveis e fortes apresentadas nos resultados das escalas de mensuração da dor, o consumo de opióides mostra-se inferior ao esperado, conforme preconiza seu uso na escala analgésica da OMS (Figura1).

Brody (2006) relata que os analgésicos opióides aliviam a dor aguda, localizada e intermitente. Que uma dose-padrão produz alívio satisfatório em cerca de 90% dos pacientes com dor pós-operatória leve a moderada e em 65% a 70% dos pacientes com dor pós-operatória moderada a severa.

A subterapia que constatou-se a partir dos horários e checagem da enfermagem foi relevante. A maioria (n=13) não recebeu os medicamentos conforme a prescrição médica, e Pimenta et al. (1992 apud PEREIRA, 1998) afirma que o alívio inadequado da dor pós-operatória, é decorrente a subprescrição e subadministração de drogas analgésicas, levando ao sofrimento desnecessário.

Pereira (2007) também afirma que estudos onde se avaliaram as atitudes de médicos e de enfermeiros frente à dor pós-operatória, detectaram o sofrimento desnecessário dos pacientes. Esse foi atribuído a duas causas principais, a primeira, erros na prescrição e administração de drogas analgésicas devido a medos infundados quanto ao desenvolvimento de vício e depressão respiratória mediante o uso de narcóticos, falta de conhecimento sobre possíveis efeitos colaterais dessas drogas, associação dessas a outros fármacos e tempo de ação das mesmas e, a segunda, avaliações inadequadas, muitas vezes influenciadas pelos fatores culturais, religiosos, experiência pessoal com dor intensa e experiência profissional de médicos e enfermeiros.

Diante da subadministração dos medicamentos, o alívio não pode ser baseado na posologia da prescrição médica, apenas avaliou-se o relato dos pacientes. A maioria respondeu ter sentido alívio discreto (n= 9) e para 5 pacientes o alívio foi completo, nesses casos apenas 2 pacientes recebiam corretamente a prescrição, o que demonstra que o alívio poderia ser diferente, se os mesmos recebessem o proposto na prescrição. Rocha (2010) ressalta que a dor pós-operatória resulta em alterações e complicações, e que com o seu alívio se promove ao paciente uma melhor reabilitação, diminuição das complicações pulmonares, preservação da função miocárdica, deambulação precoce, diminuição da incidência de tromboembolismo e a diminuição do tempo de internação, além do conforto do paciente.

Ao comparar as escalas em busca de resultados equivalentes entre as mesmas, encontrou-se uma discrepância entre os valores. Os valores da escala numérica comparados aos da escala analógica visual, mostrou que a maioria dos pacientes pontuou valores maiores na EAV. Sugere-se que isto se deu apenas pela falta de dimensionamento do comprimento da

reta, já que quando tais escalas foram comparadas com a escala verbal, os valores foram mais correspondentes entre a escala verbal e a escala numérica.

Alguns autores comprovaram as limitações de cada escala, Freitas (2009) relata que a escala numérica apresenta dificuldade de aplicação em pacientes com alterações cognitivas ou baixo nível educacional, devido à necessidade de domínio das propriedades aritméticas, o que se comprovou em alguns pacientes com pouca escolaridade.

O autor também afirma que a escala verbal é considerada a que melhor descreve a dor e a mais fácil de completar, como também se observou neste estudo. Contudo Andrade (2010) afirma que apesar de válida e fidedigna na mensuração da experiência dolorosa em idosos, a escala verbal pode ser de difícil compreensão para alguns pacientes com falta de habilidade cognitiva ou introspecção para entender as palavras.

Ferreira-baci (2004) diz que a EAV possui a desvantagem de tentar comprimir em uma linha uma gama de experiências psicológicas, o que faz com que os sujeitos distribuam seus julgamentos independente da magnitude dos mesmos. Andrade (2006) ressalta ainda que essa escala requer nível maior da função cognitiva, de forma que pode ser inapropriada para pacientes com baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais, como percebeu-se na maioria dos pacientes de baixa escolaridade deste estudo.

## 8 CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que:

- ✓ A maioria dos pacientes referiu sentir dor após o processo cirúrgico.
- ✓ A dor no pós-operatório as cirurgias abdominais e pélvicas, foi considerada normal por alguns pacientes e subestimada por profissionais de saúde, sendo pouca a atenção dada a este sintoma no pós-operatório já que o alívio proporcionado no tratamento farmacológico antálgico foi insatisfatório para maioria.
- ✓ Os pacientes com dores mais fortes mostraram-se insatisfeitos, sofridos, e com alterações na qualidade de vida.
- ✓ Os medicamentos mais prescritos para o controle da dor pós-operatória foram os analgésicos antiinflamatórios não esteroidais, e pouco se utilizou de analgésicos opióides.
- ✓ Os pacientes de menor escolaridade sentiram maior dificuldade para responder as escalas numérica e analógica visual.
- ✓ Para a maioria a escala analógica visual não se mostrou de fácil compreensão.
- ✓ A escala que mostrou maior facilidade de compreensão foi a categórico verbal.
- ✓ Sugere-se uma atenção maior no controle da dor pós-operatória, por um trabalho multidisciplinar com os profissionais envolvidos, anestesista, clínico geral, enfermagem e farmacêuticos, objetivando a avaliação da dor e a otimização da terapia antálgica.

## 9 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.271-276, abr. 2006. Bimensal. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.283-290, jun. 2010. Trimestral. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000200009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000200009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 out. 2010.

BRANDAO, Marcus Lira. **Psicofisiologia: as bases fisiológicas do comportamento**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRODY, Theodore M. et al (Ed.). **Farmacologia Humana**. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.724p.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.692-699, out. 2005. Bimensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a13.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CAVALCANTI, Ismar Lima; MADDALENA, Maria Luiza (Ed.). **Dor**. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2003. 299 p.

CAVALCANTI, Ismar Lima et al. (Ed.). **Dor Pós-Operatória**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2004. 426 p.

CAVALCANTI, Ismar Lima (Ed.). **Medicina Perioperatória**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2005. 344 p.

CHAVES, Lucimara Duarte; LEÃO, Eliseth Ribeiro (Org.). **Dor o 5º Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007. 640 p.

CHAVES, Lucimara Duarte; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 11, p.215-219, abr. 2003. Bimensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2010.

COSTA, Carlos Mauricio de Castro. **Diferenças de dor no homem e na mulher**. Disponível em:<[http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/diferenca\\_dor\\_homem\\_mulher%281%29.pdf](http://www.dor.org.br/profissionais/arquivos/diferenca_dor_homem_mulher%281%29.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2010.

DRUMMOND, José Paulo. **Dor Aguda: Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 262 p.

DRUMMOND, José Paulo (Ed.). A arte de escutar e o tratamento da dor. **Rev. Dor**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p.107-107, jun. 2010. Trimestral. Editorial. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/revistador/>>. Acesso em: 30 out. 10.

FERREIRA-BACI, A.V. **Comparação da escala (CR10 de Borg com a Escala Analógica Visual na avaliação da dor em paciente com disfunções temporomandibulares**. 2004. 111p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências, e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

FONTES, Kátia Biagio; JAQUES, André Estevam. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, (suplem. 6), p.481-487, fev. 2007. Disponível em: <[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS\(=p&nextAction=lnk&exprSearch=528295&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS(=p&nextAction=lnk&exprSearch=528295&indexSearch=ID)>. Acesso em: 31 out. 2010.

FREITAS, Cláudio de Carvalho et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Revista Dor**, Niterói, v. 1, n. 10, p.56-62, mar. 2009.

GONÇALVES, Fabiana Helena da Silva; PEREIRA, Maria Gorette Nicollete; CEZAR, Eliene Simões. Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n1, p. 85-94, mar. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4979/3228>>. Acesso em: 20 nov.2010

KLAUMANN, P., WOUK, A., SILLAS, T.. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, América do Norte, 13, jun. 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/veterinary/article/view/11532>. Acesso em: 14 Out. 2010.

MARQUES, Luciene Alves Moreira. **Atenção Farmacêutica em Distúrbios Menores**. 2. ed. São Paulo: Medfarma, 2008. 300 p.

MILLER, Ronald D. (Ed.). **Anestesia**. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 1993. 2 v.

MORGAN JUNIOR, G. Edward; MIKHAIL, Maged S.; MURRAY, Michael J.. **Anestesiologia Clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter., 2006. 907 p.

PALOMBO, Pasqualina Adriana Vallone; MEDEIROS, Verônica Cecília C. de. Controle da dor aguda no pós-operatório imediato. **Revista de Enfermagem Unisa**, São Paulo, v. 2, p.57-61, 2001. Anual. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-12.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

PEDROSA, Maria Fernanda Vita; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. Efeitos dos programas educativos no controle da dor pós-operatória. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, 6 set. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4961/3221>>. Acesso em: 30 out. 2010.

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 02, n. 15, p.270-276, jun. 2006. Bimensal. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415211.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2010.

PENICHE, A. de C. G. et al. A influência da ansiedade da resposta do paciente no período pós-operatório. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n. 4, p. 391-403, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/475.pdf>>. Acesso em: 15 out.2010.

PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 3, p.77-84, jul. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13894.pdf>>. Acesso em: 7 jul.2010.

PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p.563-567, ago. 2007. Bimensal. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

PIMENTA, CAM et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 180-3, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a12.pdf>>. Acesso em: 21 nov.2010.

RIGOTTI, Marcelo A.; FERREIRA, Adriano M.. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p.50-54, mar. 2005. Trimestral. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

ROCHA, Luana de Souza; MORAES, Márcia Wanderley de. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.254-258, set. 2010. Trimestral. Disponível em: <[http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume\\_11/n%C3%BAmero\\_3/pdf/volume\\_11\\_n\\_3\\_pags\\_254\\_a\\_258.pdf](http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_3/pdf/volume_11_n_3_pags_254_a_258.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2010.

ROGERS, Mark C. et al. **Princípios e Prática de Anestesiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 2 v.

SILVA, Ana Paula da; MORAES, Márcia Wanderley de. Incidência de dor no pós-operatório de cirurgia plástica estética. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.136-139, jun. 2010. Trimestral. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n2/a1481.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2010.

SANTOS, Clarissa Cardoso Dos et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta Fisiatr**, Belo Horizonte, v. 2, n. 13, p.75-82, jun. 2006.

SANTOS, José Sebastião Dos et al. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p.449-464, dez. 2008. Trimestral. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N4/SIMP\\_3colecistectomia.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N4/SIMP_3colecistectomia.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2010.

SECOLI, Regina Silvia. et al. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. **Rev Esc Enferm USP**. V.43 (Esp 2) p.1244-9. Dez.2009. Trimestral. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a17v43s2.pdf>>. Acesso em: 24.nov.2010.

SOUSA, Fátima Faleiros; SILVA, José Aparecido da. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Revista Dor**, São Paulo-sp, v. 6, p.469-513, 18 fev. 2005. Trimestral. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/revistador/index.html>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

TANAKA, Pedro Paulo. Estudo Comparativo entre o Modelo de Analgesia com Morfina Controlada pelo Paciente e com Cetoprofeno e Dipirona no Pós-Operatório de Colecistectomia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Curitiba, v. 48, n. 3, p.191-197, jun. 1998. Bimensal. Disponível em: <<http://www.rbaonline.com.br/files/rba/mai98191.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2010.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen et al. (Ed.). **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay, 1995. 196 p.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Fisiopatologia da Nocicepção e da Supressão da Dor. **Jornal Brasileiro de Oclusão, Atm & Dor Orofacial**, Curitiba, v. 1, n. 4, p.329-334, out. 2001. Bimensal. Disponível em: <[http://www.dtscience.com/index.php/orthodontics\\_JBA/article/viewFile/184/166](http://www.dtscience.com/index.php/orthodontics_JBA/article/viewFile/184/166)>. Acesso em: 03 nov. 2010.

XAVIER, Thaiza Teixeira; TORRES, Gilson de Vasconcelos; ROCHA, Vera Maria da. Aspectos qualitativo e quantitativo da dor de pacientes submetidos à toracotomia pósterolateral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, V.14, n.5, p.708-12, out.2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5\\_a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5_a11.pdf)>. Acesso em: 26.jul.2010

WALLACE, Mark S.; STAATS Peter S. **Pain Medicine and management: just the facts**. California:McGraw-Hill Professional, 2004. 379 p.



*APENDICES*

APENDICE – A

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, cidadão (ã) brasileiro (a), em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Avaliação da dor e adequação da terapia antálgica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais e pélvicas em um hospital de Campina Grande-PB” sob responsabilidade da pesquisadora Lindomar Farias Belém.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pela pesquisadora, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de mensurar e caracterizar a dor em pacientes submetidos a processos cirúrgicos abdominais, devido este sintoma ser pouco estudado e ainda trazer malefícios ao paciente.
2. Seu objetivo é não só mensurar e caracterizar a dor pós operatória, como também avaliar a adequação dos medicamentos analgésicos contidos nas prescrições médicas, de acordo com a escala analgésica da OMS, em pacientes internados no Hospital da FAP.
3. Como instrumento de coleta e registro de dados será utilizado um questionário, contendo perguntas, escalas de mensuração da dor, e uma breve anamnese. Este será preenchido por meio de entrevista com o paciente, por observação direta do mesmo, e pela farmacoterapia antálgica de seu prontuário.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e todos os meus dados serão guardados em total sigilo.
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone 8831-4958 .
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora.
8. Para esta pesquisa não existem riscos e os benefícios referem-se ao desenvolvimento de novas ações e serviços a fim de minimizar a dor pós operatória, e o emprego dos analgésicos para este fim.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
 Participante

\_\_\_\_\_  
 Pesquisadora

APENDICE B  
 UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB  
 FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA – FAP  
 AVALIAÇÃO DA DOR E ADEQUAÇÃO DA TERAPIA ANTÁLGICA EM PACIENTES  
 SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS EM UM HOSPITAL DE CAMPINA  
 GRANDE-PB  
**QUESTIONÁRIO**

Ficha Nº  Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Dados do Paciente e da Cirurgia**

- 1- Nome: \_\_\_\_\_ 2- Gênero: ( ) M ( ) F  
 3- Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4- Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 5- Ala: \_\_\_ Enferm.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_ 6- Diagnóstico Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 7- Cirurgia Realizada: \_\_\_\_\_ 8- Data Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 9- Fim da cirurgia: \_\_\_\_\_ Hrs

<b>ANAMNESE</b>	
10- Você esta sentindo dor agora?	( ) Sim ( ) Não
11- Há quanto tempo você sente dor?	
12- Você sentiu dor antes da cirurgia?	( ) Sim ( ) Não
13- Você já passou por alguma cirurgia?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual (is) ?	
14- Como você se sentiu antes da cirurgia?	
15- Você sentiu dor no hospital?	( ) Sim ( ) Não
16- Quando foi o ultimo episódio?	
17- Quanto tempo durou?	
18- Onde se localiza sua dor?	
19- Você esta dormindo bem?	( ) Sim ( ) Não
20- Você sente fome como antes?	( ) Sim ( ) Não
21- Você já sentiu uma dor como essa?	( ) Sim ( ) Não
Se sim, em que situação?	
<b>DIMENSÕES DA DOR</b>	
22- A intensidade da sua dor recente é:	( ) fraca ( ) moderada ( ) forte ( ) violenta ( ) Insuportável
23- Que numero você atribuiria a sua dor?	(0 a 10)
24 - A dor que você sente é:	A. Breve (momentâneas) B. Intermitente (ritmadas) C. Constante (contínuas)

Avalie como você se sente em relação à dor.

Marque a linha abaixo com um traço transversal, na quantidade de dor que você sente/sentiu após a cirurgia.

Sem dor	_____	Pior dor possível
---------	-------	-------------------

Prescrição Médica de Analgésicos			
Medicamento	Dose	Posologia	Horário

25- Como foi o alívio do medicamento?	<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> discreto <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> completo
---------------------------------------	--

*ANEXOS*

## ANEXO A

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UEPB

Andamento do projeto - CAAE - 4359.0.000.133-09				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>				
ESTUDO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	15/10/2009 09:55:06	20/10/2009 10:18:26		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/10/2009 09:55:06	Folha de Rosto	4359.0.000.133-09	CEPV
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	15/09/2009 11:17:27	Folha de Rosto	FR290870	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	20/10/2009 10:18:26	Folha de Rosto	4359.0.000.133-09	CEP