

CONTRADIÇÕES ENTRE O RELATO DE DOR NO PÓS-OPERATÓRIO E A SATISFAÇÃO DO DOENTE COM A ANALGESIA

Contradictions Between the Prevalence of Postoperative Pain and Pain Relief Satisfaction

Erika Maria Monteiro Santos¹, Cibele Andrucio de Matos Pimenta²

Resumo

Estudos mostram que a dor no pós-operatório é freqüente e inadequadamente controlada. Este trabalho tem por objetivos caracterizar o quadro algico de doentes oncológicos no pós-operatório, os analgésicos prescritos e a satisfação do doente com a analgesia. O estudo foi realizado em um hospital escola e a população foi constituída por 55 doentes oncológicos, maiores de 19 anos, submetidos a procedimento cirúrgico entre setembro e outubro de 1997. Observou-se que 78,2% dos doentes referiu dor nas primeiras 24 horas do pós-operatório. A média de intensidade de dor foi 5,6. Dor moderada foi referida por 58,3% dos doentes e intensa em 27,1% dos casos. Observou-se predomínio da dimensão afetiva na descrição da dor. Sono/repouso e movimentação no leito foram as atividades mais citadas como prejudicadas pela dor. A prescrição de anti-inflamatórios não hormonais associada a opiáceos foi a mais freqüente (57%). O regime de administração em horário fixo exclusivo e o regime misto representaram, respectivamente, 45,2% e 42,8% das prescrições. A via endovenosa foi utilizada em 57,8% dos casos, seguida da via intramuscular (25,0%). A análise comparativa entre os analgésicos prescritos e o recebido mostrou que a média de dose recebida foi de 92% para o regime de horário fixo e de 80% para o "se necessário" exclusivo. A maioria dos doentes (74,4%) mostrou-se satisfeita com a analgesia recebida, o que se contradiz à alta freqüência de dor, à intensidade da queixa algica e ao prejuízo da dor para o desempenho das atividades de vida diária observados. Talvez o conceito de que a vivência dolorosa no pós-operatório é inevitável tenha influenciado esta apreciação.

Palavras-chave: dor no pós-operatório; avaliação da dor; analgesia; dor aguda.

¹ Enfermeira do Hospital do Câncer.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - São Paulo - SP

Abstract

Although postoperative pain is highly frequent, its management remains inadequate. Fifty-five oncologic patients who had undergone surgical procedures were assessed about their pain experience and satisfaction with pain relief. The results showed that 78,2% had experienced pain in the first 24 hours of postoperative period. The mean intensity was 5.6; 58.3% experienced moderate pain and 27,1% severe pain. The short-form of the McGill Pain Questionnaire adapted to the Portuguese language, noticed that the affective dimension of pain was prevailing. Sleep, rest and movimentation in bed were the daily life activities most affected by pain. Association between NSAIDs and opioids was the most frequent (57%) and 45.5% of analgesics were ordered in around-the-clock method exclusively. The proportion of prescribed and actually received drugs by patients was 92% and 80% for around-the clock and "as need" prescriptions respectively. The intravenous route was prescribed in 57.8% of the cases, followed by intramuscular route (25%). Despite the high incidence and intensity of pain and the repercussion in daily life activities, 74.4% expressed satisfaction with their postoperative pain relief. This contradiction can be related with the belief that postoperative pain is inevitable.

Key words: postoperative pain; pain assessment; pain relief; acute pain.

1. Introdução

A cirurgia constitui uma das modalidades terapêuticas no tratamento das neoplasias. Mesmo com os avanços científicos e tecnológicos que reduziram o risco do ato operatório, o trauma a ele associado implica em alterações fisiológicas e emocionais que, se não adequadamente controladas, predis põem os doentes a complicações. Entre as condições que podem afetar a recuperação do indivíduo, a dor merece destaque. Dor é um fenômeno muito freqüente no pós-operatório e há relatos que seu controle é ineficaz.^{1,2,3,4} Em estudo realizado em nosso meio observou-se que 46% dos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca e 44% daqueles no pós-operatório de cirurgia abdominal, referiu dor no momento da entrevista. Estes números elevaram-se para 76% e 90%, respectivamente, considerando-se a ocorrência de dor nos 5 primeiros dias de pós-operatório.⁴

A 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."⁵ A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por uma lesão (fratura, incisão cirúrgica, queimadura, reação inflamatória, entre outras). Resulta em conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais associadas a respostas autonômicas e

comportamentais. É de início recente e, geralmente, a duração da queixa é limitada à existência de lesão. Associa-se a elevado índice de ansiedade. Embora fatores ambientais e emocionais influenciem na experiência dolorosa, raramente são fatores primários para o estabelecimento da dor aguda^{6,7}.

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). Estas substâncias sensibilizam as terminações nervosas livres, gerando potenciais de ação que 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. A informação dolorosa ao atingir estas estruturas, aumenta a atividade do sistema nervoso autonômico, levando ao aumento da atividade hormonal. A liberação intensa e prolongada de hormônios, produz alterações cardiocirculatórias (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstricção periférica, aumento do débito cardíaco e do consumo de oxigênio, aumento 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 podendo provocar íleo paraltico, náuseas e vômitos e aumenta o tônus do esfíncter vesical, com possível retenção urinária^{5,8,9,10,11}.

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 tratamento^{10,12}.

Frente a estes efeitos, é necessária correta identificação do quadro algico no pós-operatório. 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"^{13,14} Avaliações realizadas e registradas de modo sistemático, em que sejam utilizadas escalas específicas para a caracterização da dor e da analgesia podem contribuir para a melhora do manejo do sintoma algico^{4,13,16}.

Na avaliação do quadro algico, a satisfação do paciente com a analgesia é um ponto a ser destacado. A satisfação de 110 doentes com a analgesia no pós-operatório foi avaliada em estudo realizado em nosso meio. Entre aqueles que se submeteram à cirurgias de grande porte, 67,4% disseram insatisfeitos com a analgesia recebida. Nas cirurgias de médio e pequeno porte, os índices de insatisfação foram, respectivamente, 30% e 15,4%².

O controle inadequado da dor pós-operatória pode ser atribuído a fatores como: lacunas de conhecimento sobre os métodos analgésicos disponíveis, informações errôneas relacionadas à farmacocinética e à 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 opióides.^{3,5,17,18}

O controle da dor no pós-operatório envolve basicamente o uso de anti-inflamatórios não hormonais e de opióides, por diversas vias; de bloqueios neurais contínuos ou intermitentes; da infusão de opióides no sistema nervoso central por catéter peridural; de

intervenções cognitivo-comportamentais, como técnicas educativas, de relaxamento, distração e imaginação dirigida; de agentes físicos como massagens, aplicação de calor ou frio e eletroanalgesia através da Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS). Pode, ainda, ser útil o uso de bombas de infusão que permitem a Analgesia Controlada pelo Paciente (ACP)^{5,18}. Além da seleção dos medicamentos e da dose, que deve ser adequada aos fatores constitucionais do indivíduo e à patologia associada, a escolha do regime de administração (em horário fixo ou sob demanda se necessário - SN) contribui para o efetivo tratamento da dor. Esquemas de administração SN podem resultar no controle insuficiente da dor no pós-operatório, pois dependem do relato de dor pelo paciente, da atenção à queixa pela equipe de enfermagem e médica, do tempo para o preparo e administração do medicamento e da manutenção dos níveis plasmáticos adequados da droga^{2,12,18}

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 paciente com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internação.¹⁸ Apesar de diversos estudos que avaliaram o controle da dor no pós-operatório em países do hemisfério norte^{3,12,15,19,20,21,22,23}, em nosso meio este tema é ainda pouco explorado^{2,4,24}. Este estudo tem por finalidade caracterizar a dor e a analgesia em doentes no pós-operatório de cirurgias oncológicas e seus *objetivos* são: caracterizar o quadro algico no pós-operatório de doentes oncológicos nos aspectos de frequência de ocorrência, local, intensidade, qualidades sensitivas e afetivas e impacto da dor nas atividades de vida diária; identificar os analgésicos prescritos, o regime e as vias de administração; comparar os analgésicos prescritos com os recebidos pelos pacientes e verificar a satisfação do paciente em relação a analgesia.

2. Material e Métodos

O estudo foi realizado em 2 unidades de oncologia de um hospital de grande porte, especializado em oncologia, de ensino e filantrópico, na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 1997.

A população foi constituída pelos doentes atendidos em unidade de internação maiores de 19 anos com diagnóstico de neoplasias, submetidos a procedimento cirúrgico no período de coleta de dados com capacidade de compreensão e verbalização adequadas para participar da entrevista e que consentiram em participar da pesquisa. No período de coleta de dados foram realizados na instituição 188 procedimentos cirúrgicos. Atendiam aos critérios acima 55 doentes que constituíram a amostra deste estudo.

O instrumento de coleta de dados possuía 5 partes: *dados de identificação* (nome, sexo, idade, escolaridade, profissão); *dados sobre a doença e terapêutica* (localização do tumor primário e metástases, data do procedimento cirúrgico, procedimento realizado); *caracterização da dor* (dor no momento da entrevista e nas últimas 24 horas, período, intensidade, locais, Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor, impacto da dor nas atividades de vida diária (apetite, alimentação, higiene, vestuário, movimentação, deambulação, sono/repouso, respiração profunda); *manejo da dor* (métodos utilizados, prescrição medicamentosa para dor, métodos não farmacológicos) e *satisfação com a analgesia*.

Os dados de identificação do doente, da doença neoplásica, do procedimento cirúrgico realizado, da prescrição analgésica e dos fármacos recebidos, foram colhidos do prontuário do paciente.

Para a avaliação da intensidade da dor utilizou-se a escala numérica de 0 a 10 (0 significa ausência de dor e 10 dor insuportável)²⁵. Em relação às qualidades sensitivas e afetivas da dor foi utilizada a Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor^{26,27}.

As alterações nas atividades (sono, deambulação, entre outras) advindas da dor, foram avaliadas pelos doentes utilizando-se escala de 0 a 10, onde 0 representa nenhuma interferência e 10 interferência máxima. Esta escala foi desenvolvida tendo como modelo o Inventário para Dor de Winsconsin²⁸. Este inventário foi organizado para avaliar doentes com dor crônica e alguns de seus itens não nos pareceram adequados para a avaliação do impacto da dor no pós-operatório. Disto resultou a necessidade de se elaborar a escala utilizada neste estudo.

A concordância entre a potência do analgésico utilizado e a intensidade da dor foi comparada através do índice de manejo da dor estabelecido por CLEELAND et al²⁹.

Ainda, a satisfação com a analgesia foi avaliada por escala graduada de 0 a 10 (0 significa nenhuma satisfação e 10 satisfação total).

3. Resultados e Discussão

3.1. Caracterização sócio-demográfica

A maioria dos 55 doentes (67,3%) pertencia ao sexo feminino e a média de idade foi 50,3 anos (mediana de 50 anos). As faixas etárias predominantes foram entre 40 e 59 anos (52,8%) e igual ou acima de 60 anos (25,5%).

A média de escolaridade dos doentes deste estudo foi: 8,1 (mediana 8 e moda 4). O maior grupo foi representado por pacientes com escolaridade entre 8 e 12 anos (32,7%), seguidos por aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade (27,3%). Escolaridade igual ou inferior à 4 anos foi observada em 20% dos doentes.

Quanto à profissão, o maior grupo foi representado por pacientes que exercem atividades no setor terciário da economia (41,8%). Do total, 23,7% referiu estar aposentado e igual percentagem, constituída por mulheres, referiu não ter atividade profissional fora do lar.

3.2. Caracterização da doença e do procedimento cirúrgico

A maior parte dos tumores estava localizada no tórax (45,4%), seguido da localização na cabeça e pescoço (21,8%) e abdômen (9,1%). Dos avaliados, 46 (83,6%) não possuíam evidência de doença metastática. Dos que possuíam metástase as localizações mais freqüentes foram óssea e linfonodos.

Os 55 doentes estudados submeteram-se à 102 procedimentos, perfazendo média de 1,8 por doente. A operação mais freqüente foi a tireoidectomia parcial (8 pacientes, representando 7,8% dos procedimentos realizados), sendo que outros procedimentos ocorreram em menor freqüência que o acima citado, o que mostra sua grande variabilidade.

3.3. Caracterização do quadro algico

A caracterização do quadro algico constou de dados sobre a presença, localização, intensidade, qualidades sensitivas e afetivas da dor e sobre o impacto da dor no desempenho de atividades de vida diária.

Pela tabela 1 observa-se que a maioria dos doentes (78,2%) referiu dor nas 24 horas anteriores à entrevista (1º PO) e parcela menor (34,5%) relatou dor no momento da entrevista. Dos 55 doentes, apenas 12 (21,8%) disseram não terem experimentado dor nas últimas 24 horas (1º PO).

Ocorrência de dor superior à encontrada neste trabalho foi observada por outros autores. Em estudo com 24 pacientes oncológicos, 70,6% referiram dor no momento da entrevista e 91,2% referiram dor nas 24 horas anteriores³. Outros trabalhos sobre dor no pós-operatório, com doentes não oncológicos, descrevem frequência de ocorrência de dor no momento da entrevista de 45% e nas últimas 24 horas as frequências observadas variaram entre 60% e 97,6%^{2,21,23,24,30}.

Os locais de dor mais frequentemente referidos pelos pacientes, com dor no momento da entrevista, foram tórax e abdômen (28,6% das citações em cada caso), seguido pelo segmento cabeça e pescoço (23,8%). Os locais de dor nos doentes que referiram queixa álgica nas 24 horas anteriores à entrevista foram: abdômen (37%), tórax (29,6%) e cabeça e pescoço (18,5%). Observa-se que os 3 locais mais frequentes de dor foram semelhantes para quem referiu dor agora ou nas últimas 24 horas, o que sugere que 24 horas seja um período em que o quadro álgico tende a se manter estável.

A intensidade da queixa álgica pode ser observada na Tabela 2. A maior parte dos doentes (58,3%) referiu dor de intensidade moderada; em 27,1% a dor foi intensa e em 14,6% das vezes foi avaliada como leve. A média de intensidade foi de 5,6 com desvio padrão de 2,4. A mediana e a moda foram 6. A intensidade mínima referida foi 1 e a máxima 10. Em ambos os grupos a dor moderada foi a mais freqüente (cerca de 60% dos casos) e a dor intensa foi referida por cerca de 1/4 dos doentes. Percebe-se que no período pós-operatório imediato e no 1º PO o padrão de dor (local e intensidade foram semelhantes), o que sugere a estabilidade do quadro álgico neste período e de certa forma, a adequada lembrança do doente sobre a dor nas últimas 24 horas. A média, a mediana e a moda da intensidade de dor observadas (em torno de 6) não podem ser consideradas desprezíveis.

A intensidade da dor observada neste estudo difere da citada por BONICA e CHAPMAN que estimam para o pós-operatório, ocorrência de dor intensa em cerca de 40% dos doentes e de dor moderada e leve em 30% dos casos³¹. Os dados observados na presente pesquisa se assemelham aos observados em outros estudos, onde dor leve foi observada entre 37% e 61% das vezes, dor moderada ocorreu entre 25% e 37% dos casos e dor intensa entre 9% e 21% dos doentes^{2,4,22,23}.

A qualidade da dor foram avaliadas pela Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor^{26,27}. Este questionário avalia, discrimina e mensura as diferentes qualidades da dor. Na sua versão original³² há 78 palavras (descritores de dor) organizadas em 4 grupos e 20 subgrupos, que descrevem os componentes sensorial (subgrupos 1 a 10), afetivo (subgrupos 11 a 15) e avaliativo (subgrupo 16) da dor. Os subgrupos 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. A versão para a língua portuguesa foi elaborada por PIMENTA E TEIXEIRA³³. A partir da versão integral em língua portuguesa foi construída a Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor²⁷, utilizada neste estudo. No Quadro I estão apresentados os descritores de dor escolhidos por mais de 15% dos entrevistados.

Os doentes tenderam a utilizar os mesmos descritores para referir-se à dor no momento da entrevista e à dor nas 24 horas anteriores à entrevista, conforme pode-se observar no Quadro 1 o que, novamente sugere a estabilidade do quadro álgico neste período e a adequação da memória do doente. Os pacientes com dor no momento da entrevista escolheram em média 3,6 descritores (variando entre 0 e 10) e naqueles com dor nas 24 horas anteriores a entrevista a média foi de 2,8 descritores (variando entre 1 e 7). Para os doentes com dor no momento da entrevista a média de descritores escolhidos foi proporcional à intensidade da dor: 3 para dor leve e 5 para dor intensa. A mesma coerência não foi observada para os doentes com dor nas últimas 24 horas: a média de descritores escolhidos foi 2,5 para dor leve; 2,9 para dor moderada e 2,7 para dor intensa.

A Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor, possui 56% de descritores da categoria sensorial, 36,6% da categoria afetiva e 6,6% da categoria avaliativa. Ao comparar a proporção dos descritores escolhidos com a existente na Versão Reduzida observou-se maior participação das categorias afetiva e avaliativa. Descritores da categoria sensitiva foram escolhidos em 43,6% dos casos, os da categoria afetiva também em 43,6% das vezes e os da categoria avaliativa em 12,6%. Maior escolha de descritores de caráter emocional (afetivo) tem sido associada à dor crônica e, a preferência por descritores sensitivos, à dor aguda³⁴, o que difere do observado neste estudo. A versão reduzida do Questionário McGill de Dor, elaborada por MELZACK contém 15 descritores. Como este estudo foi o primeiro a utilizar a Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor em Língua Portuguesa, que possui 30 descritores não há, ainda, dados que permitam comparações.

Na Tabela 3 observa-se a opinião dos doentes sobre o impacto da dor para a realização de atividades. Os doentes informaram que as atividades movimentar-se no leito (74,4%), sono/repouso (37,2%) e higiene pessoal (27,9%) foram as mais alteradas pela dor. Os dados deste estudo assemelham-se aos observados em 110 pacientes no pós-operatório, onde as atividades mais alteradas em função da dor foram movimentação no leito, respirar profundamente e sono ².

Foi também solicitado ao paciente que atribuisse pontos (0 a 10) ao prejuízo das atividades advindas de dor (prejuízo máximo - 80). Observou-se que a média de pontos para os pacientes com dor no momento da entrevista foi de 22,4 (variando entre 2 e 47) e naqueles com dor nas 24 horas anteriores a entrevista foi 9,4 (variando entre 0 e 38). Em ambos os casos o prejuízo para o desempenho de atividades foi proporcional à intensidade da dor: para os pacientes com dor no momento da entrevista foi de 16,3 para dor leve, 19 para dor moderada e 33,6 para dor intensa; para pacientes com dor nas 24 horas anteriores mas sem dor no momento da entrevista foi de 5,5 para dor leve, 7,1 para dor moderada e 15,5 para dor intensa. CLEELAND et al²⁹ observaram, em doentes com dor crônica relacionada ao câncer, que dor com intensidade superior a 5 foi significativamente mais incapacitante para o desempenho das atividades de vida diária e apreciação da vida, o que vai de encontro aos dados observados na presente pesquisa.

3.4. Analgésicos prescritos e recebidos

Visando compor um perfil relativo à analgesia foram investigados dados sobre a existência ou não da prescrição de fármacos analgésicos, o tipo de fármaco prescrito, o regime de administração e a análise comparativa entre a dose prescrita e a efetivamente recebida pelo doente.

Entre os 55 doentes avaliados, 50 (91%) possuíam prescrição de analgésico. Entre os 43 doentes que tiveram dor nas últimas 24 horas, um não possuía analgésico prescrito. Foram prescritos 90 medicamentos analgésicos (média de 2,1 por doente). A maioria dos medicamentos prescritos foi de anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) (50%). Os opiáceos fracos representaram 22,2% das prescrições e os opiáceos fortes 14,4%.

Para a análise do padrão de prescrição, os pacientes foram divididos em três grupos: os com prescrição somente em regime de horário fixo (horário fixo exclusivo), aqueles com medicamentos somente se necessário (se necessário exclusivo) e os pacientes com regime misto, (medicamentos em regime de horário fixo acrescido de se necessário ou à critério médico). O padrão de prescrição (tipo de fármaco e regime de administração) está apresentado na Tabela 4.

Por esta tabela observa-se que predominou a associação entre AINH e opiáceos, fraco ou forte (57%). Os AINH foram prescritos, isoladamente, em 28,5% das vezes e os opiáceos em 14,3%. Merece destaque que, em 21,4% das vezes, foram prescritos 2 ou 3 AINH simultaneamente.

Como exposto anteriormente, para o controle da dor aguda tem sido recomendado o uso de AINH e de opiáceos fracos ou fortes, de modo simultâneo, associados aos métodos físicos (calor, frio, estimulação elétrica) e àqueles que atuam na interpretação da dor (educação, técnicas de distração, música, imaginação dirigida, entre outros) ^{1,5,10,14,18,35}. Neste estudo, 57,7% das prescrições combinava fármacos com diferentes mecanismos de ação.

O regime de administração em horário fixo exclusivo foi feito em 45,2% das prescrições e o regime misto em 42,8%. Cinco pacientes apresentavam regime se necessário exclusivo (11,9% das prescrições). Alguns autores referem que o regime de administração "se necessário" (SN) exclusivo contribui para o ineficaz controle da dor no pós-operatório ^{1,12,18}. Nos casos de dor contínua ou presente durante longos períodos de tempo, os analgésicos devem ser prescritos em regime de horário fixo, pois isto evita grandes flutuações no nível plasmático do fármaco o que previne picos de dor. Além disso, a prescrição deve prever a possibilidade de doses suplementares do analgésico (SN), para o resgate da analgesia. As doses de resgate equivalem a cerca de 1/6 da dose diária ^{35,36}. Considerando-se estes conceitos, a prescrição em esquema misto atende de modo mais adequado as necessidades dos doentes.

Ao se relacionar a intensidade da dor com o regime de administração não foram observadas diferenças significativas. A média de intensidade de dor dos doentes que recebiam analgésicos em esquema de horário fixo foi 6,4; naqueles cujo esquema de

prescrição era o regime misto a intensidade observada foi 6,5 e quando o regime era SN exclusivo foi, 5,5. Cabe ressaltar que somente 5 (11,6%) doentes possuíam prescrição em esquema SN exclusivo.

Pode ser observado na Tabela 5 que 5 pacientes (11,9%) com dor intensa e 7 (16,7%) com dor moderada, tinham somente prescrição de AINH, quando o emprego de analgésicos opióides está indicado¹⁷. MARKS e SACHAR³⁷ descreveram que os médicos tendem a prescrever analgésicos, principalmente os de origem opiácea, em doses e intervalos maiores que os recomendáveis, por temerem os efeitos colaterais e superestimarem o tempo de ação das drogas. A insuficiente prescrição de analgésicos pode também ser observada na Tabela 6, onde se analisou os esquemas prescritos de acordo com Índice de Manejo da Dor proposto por CLEELAND et al²⁹.

Este índice propõe a concordância entre a intensidade da dor e a potência do analgésico utilizado. Observou-se neste estudo que 24 (55,8%) doentes apresentaram índice de manejo da dor positivo (IMD⁺) ou zero isto é, a potência do analgésico estava adequada para a intensidade da dor. Em 44,2% dos casos o IMD foi negativo (IMD⁻) isto é, a potência do analgésico prescrito foi inferior à intensidade da dor. Apesar de 24 doentes apresentarem IMD⁺, 12 deles, referiram dor no momento da entrevista. Este fato pode ser atribuído a variabilidade individual de resposta aos fármacos e ao fato do IMD não considerar a dose, a via e o regime de administração do analgésico ou a presença de associações³⁸.

Os analgésicos prescritos também foram avaliadas em relação à via de administração. A via predominante foi a endovenosa (57,8%), seguida pela via intramuscular (IM) (25,5%) e pela via oral (15,6%). Um estudo²² com 259 pacientes no pós-operatório foi verificado que 16% tinham analgésicos prescritos por via oral, dado semelhante ao encontrado por nós. Neste estudo cerca de ¼ dos analgésicos foi prescrito para administração IM, o que não é o mais recomendado para o controle da dor pós-operatório, visto a diminuição da circulação periférica decorrente do uso de anestésicos e pelo fato do procedimento ser doloroso por si só¹⁸.

Comparando-se a média de dose dos analgésicos prescritos com a média de dose recebida encontrou-se que para pacientes em regime de horário fixo exclusivo

a dose média recebida correspondeu à 92% do prescrito; para pacientes em regime de horário misto foi 63% e para os doentes com regime se necessário exclusivo foi 80%. Os resultados encontrados neste estudo foram superiores ao estudo realizado por CLOSS¹² que analisando as prescrições de 36 pacientes nos cinco dias de pós-operatório, verificou que apenas 35% das doses prescritas foram administradas.

3.5. Satisfação com a analgesia

Quanto à satisfação com a analgesia, a maioria dos pacientes com dor se disse satisfeito, conforme pode ser observado na Tabela 7. A maioria dos doentes (63,2%) com dor no momento da entrevista atribuiu nota entre 8 a 10 para quantificar a satisfação com a analgesia. Apenas 1 paciente (5,3%) atribuiu nota 0. A média de satisfação dos pacientes com dor no momento da entrevista com a analgesia recebida foi de 8,3 com desvio padrão de 2,8 (mediana 10 e moda 10). Todos os 24 pacientes com dor nas 24 horas anteriores, porém sem dor na entrevista, atribuíram notas entre 8 e 10, (média 9,4 e mediana 10).

Ao relacionar a satisfação com a analgesia com a intensidade da dor no momento da entrevista, observou-se proporcionalidade. Entre os pacientes que atribuíram nota entre 4 e 7 para a analgesia recebida, a média de intensidade da dor foi 6,2 (mediana 5,5). Os pacientes que atribuíram nota entre 8 a 10 para a analgesia, a média de intensidade da dor foi 5,6 (mediana 5). Os dois pacientes que disseram que não poderiam avaliar, tinham intensidade de dor 6 e o doente que referiu 0 de analgesia disse ter dor de intensidade máxima (10).

No presente estudo observou-se que 74,4% dos pacientes com dor revelou-se satisfeito com a analgesia recebida, embora a média de intensidade de dor foi 5,6 (mediana e moda 6). Outros estudos também mostraram que os pacientes se mostraram satisfeitos com a analgesia apesar de permanecerem com dor. DONAVAN¹⁹ investigando a satisfação com o controle da dor no pós-operatório em 200 doentes, observou satisfação em 86% deles. No entanto, em 41% dos avaliados que disse estar satisfeito com a analgesia, havia dor. Podem ter contribuído para este resultado a falta de conhecimento a respeito da possibilidade e dos benefícios da analgesia no pós-operatório e o conceito de que dor é esperada e "normal" neste período. Isto pôde ser observado em um estudo com o objetivo de verificar o nível de satisfação de 111 pacientes em pós-

operatório, onde 69% dos pacientes referiu que a dor foi inferior ao que esperavam. Apenas 36% disse que o alívio da dor deveria ser completo²⁰. No presente estudo pode-se considerar, ainda, que por se tratar de doença oncológica, onde a cirurgia traz a perspectiva de cura, o controle da dor no pós-operatório não é visto como prioridade. Quando indagados sobre o motivo de satisfação com a analgesia recebida, os doentes explicaram: “Os remédios reduziram a dor”, “A dor é suportável”; “Dor em cirurgia sempre tem” e “O remédio não elimina toda a dor”. Estas frases reforçam a hipótese de que os doentes esperam e consideram razoável a presença de dor no pós-operatório. Justificativas semelhantes foram observadas em estudo com 124 pacientes cirúrgicos que revelaram-se satisfeitos com a analgesia recebida, apesar de sentirem dor. Justificaram suas repostas: 75% revelaram-se satisfeitos pois esperavam dor após a cirurgia, para 52% dos pacientes a dor foi menor do que esperavam e 50% referiram-se satisfeitos porque sabiam que a dor no pós-operatório era temporária¹⁹.

4. Conclusões

A dor no pós-operatório foi freqüente: 78,2% dos pacientes referiram ter experienciado dor nas primeiras 24 horas. A média de intensidade de dor observada foi 5,6 (mediana 6). Dor moderada foi relatada por 58,% dos doentes e intensa por 27,1% dos avaliados. Observou-se semelhanças quanto ao padrão de dor (local, intensidade e qualidades sensitivas e afetivas) comparando-se o relato daqueles que disseram ter dor no momento da

entrevista com aqueles que não referiram dor no momento da entrevista, mas a tinham vivenciado nas 24 horas anteriores. Estes dados sugerem certa estabilidade no quadro algico e nos relatos dos doentes. Observou-se predomínio da dimensão afetiva na descrição da dor, realizada a partir da Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor. Quanto ao prejuízo da dor para o desempenho das atividades de vida diária, as mais citadas pelos doentes foram movimentação no leito e sono/repouso. A média de pontos de prejuízo às atividades para os pacientes com dor no momento da entrevista foi de 22,4 (máximo 80).

A prescrição de anti-inflamatórios não hormonais associados aos opiáceos foi a mais freqüente (57%). De modo isolado os anti-inflamatórios foram prescritos em 28,5% das vezes e os opiáceos em 14,3%. O regime de administração em horário fixo exclusivo e o regime misto representaram, respectivamente, 45,2% e 42,8% das prescrições. A via endovenosa foi utilizada na maior parte dos casos (57,8%), seguida da via intramuscular (25,5%). Observou-se que 44,6% dos doentes apresentou Índice de Manejo da Dor negativo, isto é, a potência do analgésico foi insuficiente para a intensidade da dor. A análise comparativa entre a dose de analgésico prescrita e a recebida para a administração em esquema de horário fixo, “se necessário” e misto mostrou valores de 92%, 80% e 63%, respectivamente.

Contraditoriamente à alta freqüência de ocorrência de dor, à intensidade da queixa algica e ao prejuízo da dor para o desempenho das atividades de vida diária observados, os doentes mostraram-se muito satisfeitos com a analgesia em 74,4% dos casos. Talvez o conceito de que a vivência dolorosa é inevitável no pós-operatório tenha influenciado esta apreciação.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo o relato de dor no primeiro dia de pós-operatório. São Paulo, 1997.

Presença de Dor	Dor nas 24 horas anteriores à entrevista		Dor no momento da entrevista	
	n	%	n	%
sim	43	78,2%	19	34,5%
não	12	21,8%	36	65,5%
TOTAL	55	100,0%	55	100,0%

Tabela 2. Distribuição da intensidade da dor referida pelos pacientes com dor no momento da entrevista e com dor nas 24 horas anteriores, mas sem dor no momento da entrevista. São Paulo, 1997.

Intensidade da Dor	Dor no momento da entrevista		Dor nas 24 h anteriores, mas sem dor no momento da entrevista		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve (1 - 3)	4	19,0	3	11,1	7	14,6
Moderada (4 - 7)	12	57,2	16	59,3	28	58,3
Intensa (8 - 10)	5	23,8	8	29,6	13	27,1
TOTAL	21*	100,0	27*	100,0	48*	100,0

* mais de um local por paciente.

Quadro 1. Descritores da Versão Reduzida do Questionário McGill de Dor de escolhidos por mais de 15% dos pacientes com dor no momento da entrevista e com dor nas 24 horas anteriores, mas sem dor no momento da entrevista. São Paulo, 1997.

Dor no momento da entrevista			Dor nas 24 h anteriores a entrevista mas sem dor no momento da entrevista		
	Descritor	%		Descritor	%
1	Cansativa	47,7	1	Dolorida	50,0
2	Incômoda	42,1	2	Incômoda	41,7
3	Latejante	31,6	3	Latejante	29,2
4	Aborrecida	26,3	4	Aborrecida	20,8
5	Repuxa	26,3			
6	Enjoada	15,8	5	Enjoada	16,7
7	Dolorida	15,8	6	Cansativa	16,7
8	Pontada	15,8	7	Queimação	16,7
9	Sufocante	15,8			

Tabela 3. Distribuição das atividades alteradas decorrentes da dor por pacientes com dor no momento da entrevista e com dor nas 24 horas anteriores, mas sem dor no momento da entrevista. São Paulo, 1997.

Atividade*	Dor no momento da entrevista		Dor nas 24 horas anteriores, mas sem dor no momento da entrevista		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Movimentação no leito	17	89,5	15	62,5	32	74,4
Sono/repouso	10	52,6	6	25,0	16	37,2
Higiene	7	36,8	5	20,8	12	27,9
Andar	6	31,6	1	4,2	7	16,3
Alimentar-se	5	26,3	3	12,5	8	18,6
Vestir-se	4	21,0	0	0	4	9,3
Respiração profunda	2	10,5	2	8,3	4	9,3
Apetite	1	5,3	1	4,2	2	4,6

* mais de uma atividade por paciente

Tabela 4. Distribuição do tipo de analgésico segundo o regime de administração, em pacientes com dor nas últimas 24 h. São Paulo, 1997.

Regime de Administração Prescrito								
	Horário fixo exclusivo		S/N exclusivo		Misto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Analgésico</i>								
1 AINH	0	-	3	7,1	0	-	3	7,14
2 ou 3 AINH	3	7,1	1	2,4	5	11,9	9	21,4
AINH + Opiáceo fraco	8	19,0	0	-	8	19,0	16	38,0
AINH + Opiáceo forte	2	4,8	0	-	5	11,9	7	16,7
AINH + Opiáceo fraco + Opiáceo forte	1	2,4	0	-	0	-	1	2,4
Opiáceo fraco	4	9,5	1	2,4	0	-	5	11,9
Opiáceo forte	1	2,4	0	-	0	-	1	2,4
TOTAL	19	45,2	5	11,9	18	42,86	42*	100,0

* *um paciente sem prescrição de analgésicos; AINH: antiinflamatórios não-hormonais*

Tabela 5. Distribuição dos pacientes segundo a intensidade da dor e o padrão de prescrição. São Paulo, 1997.

Intensidade da dor								
<i>Padrão de Prescrição</i>	Leve (1-3)		Moderada (4-7)		Intensa (8-10)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 AINH	0	-	3	7,1	0	-	3	7,14
2 ou 3 AINH	0	-	4	9,5	5	11,9	9	21,4
AINH + Opiáceo fraco	3	7,1	8	19,0	5	11,9	16	38,0
AINH + Opiáceo forte	1	2,4	5	11,9	1	2,4	7	16,7
AINH + Opiáceo fraco + Opiáceo forte	0	-	1	2,4	0	-	1	2,4
Opiáceo fraco	1	2,4	3	7,1	1	2,4	5	11,9
Opiáceo forte	1	2,4	0	-	0	-	1	2,4
TOTAL	6	14,3	24	57,1	12	28,6	42*	100,0

AINH: antiinflamatório não-hormonal

Tabela 6. Análise dos esquemas analgésicos prescritos, segundo o Índice de Manejo da Dor (IMD). São Paulo, 1997.

IMD	Nº	%
- 2	5	11,6
- 1	14	32,6
0	13	30,2
+ 1	8	18,6
+2	3	7
TOTAL	43	100,0

Tabela 7. Distribuição dos pacientes segundo a satisfação com a analgesia recebida. São Paulo, 1997.

Satisfação	Dor no momento da entrevista		Dor nas 24 horas anteriores, mas sem dor no momento da entrevista		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	1	5,3	0	-	1	2,3
1 - 3	0	-	0	-	0	-
4 - 7	4	22	0	-	4	9,3
8 - 10	12	63,1	24	100	32	74,4
não sabe avaliar	2	10,5	0	-	2	4,6
TOTAL	19	100,0	24	100,0	43	100,0

* Satisfação com a analgesia 0 = totalmente insatisfeito 10 = totalmente satisfeito

5. Referências Bibliográficas

- KITSON, A. Post-operative pain management: a literature review. *J. Clin. Nurs.*, v.3, n.1, p. 7 - 18, 1994.
- MARTINS, L.M.M.; PIMENTA, C.A.de M. Dor e satisfação com a analgesia no pós-operatório. In: Simpósio Internacional da Dor, 3., São Paulo, 1997. Programa oficial. São Paulo, Simbidor, 1997, p.18-9.
- PAICE, J.A.; MAHON, S.M.; CALLAHAN, M.F. Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nurs*, v.14, n.6, p.298 - 305, 1991.
- PIMENTA, C.A. de M. et al. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. *Rev. Paul. Enf.*, v.11, n.1, p.3-10, 1992.
- READY, L.B.; EDWARDS, W.T. Tratamento da dor aguda. Rio de Janeiro, Revinter, 1997.
- BONICA, J.J. The management of pain. 2.ed. Philadelphia/London, Lea & Febiger, 1990. v.1. cap.2, p.18 - 27: Definitions and taxonomy of pain.
- TEIXEIRA, M.J.; PIMENTA, C.A. de M. Síndromes dolorosas. *Rev.Med.*, v.74, n.2, p. 65 -6, 1995.
- BONICA, J.J. Anatomic and psysilogic basis of nocicpetion and pain. The management of pain. 2.ed. Philadelphia/London, Lea & Febiger, 1990. v.1. cap.3, p.28-94.
- BONICA, J.J.; YAKSH, T.; LIEBESKIND, J.C.; PECHINICK, R.N.; DEPAULIS, A. Biochemistry and modulation of nociception and pain. In: BONICA, J.J. The management of pain. 2.ed. Philadelphia/London, Lea & Febiger, 1990. v.1. cap.4, p.95-121.
- COELI, S.C.M. Modelo de tratamento de dor aguda pós-operatória, clínica e traumática. In: Simpósio Internacional da Dor, 3., São Paulo, 1997. Anais. São Paulo, Simbidor, 1997, p.57-60.
- JACKSON, A. Acute pain: its physiology and the pharmacology of analgesia. *Nurs. Times*, v.91, n.16, p.27-8, 1995.
- CLOSS, S.J. An exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. *J Adv Nurs*, v.15, n.1, p.42 - 9, 1990.

13. PIMENTA, C.A. de M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M.J. Dor: conceitos gerais. São Paulo, Limay, 1994.
14. PIMENTA, C.A. de M.; TEIXEIRA, M.J. Avaliação da dor. *Rev.Med.*, v.76, n.1, p.27-35, 1997.
15. CARR, E.C.J. Postoperative pain: patients' expectations and experiences. *J. Adv. Nurs.*, v.15, n.1, p.89-100, 1990.
16. DONAVAN, M.I.; DILON, P. Incidence and characteristics of pain in a sample of hospitalized cancer patients. *Cancer Nurs*, v.10, n.2, p.85 - 92, 1987.
17. TUCKER, C. Acute pain and substance abuse in surgical patients. *J Neuroci Nurs*, v.22, n.6, p.339- 50, 1990.
18. UNITES STATES. U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative and medical procedures and trauma. Rockville, AHCP, 1992. (Clinical practice guideline, n.1.)
19. DONAVAN, B.D. Patient attitudes to postoperative pain relief. *Anaesth. Intens. Care.*, v.11, n.2, p.125 - 9, 1983.
20. KUNN, S. et al. Perceptions of pain relief after surgery. *BMJ*, v. 300, n.6741, p.1687 -90, 1990.
21. LYNCH, E.P. et al. Patient experience of pain after elective noncardiac surgery. *Anesth. Analg.*, v. 85, n.1, p. 117 - 23, 1997.
22. OWEN,H.; McMILLAN, V.; ROGOWSKI, D. Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*, v.41, n.3, p.303-7, 1990.
23. OATES, J.D.L.; SNOWDON, S.L.; JAYSON, D.W.H. Failure of pain relief after surgery. *Anaesthesia*, v.49, n.9, p.755-8, 1994.
24. SILVA, I.J. da C.; CHAMHIE JUNIOR, E; NOVO, N.F.; JULIANO, Y; GOLDENBERG, S. Frequência da dor após a ligadura elástica de hemorróidas: estudo prospectivo e randomizado. *Rev. Bras. Colo-Proct*, v.10, n.4, p. 134 - 8, 1990.
25. HCSKISSON, E.C. Measurement of pain. *Lancet*, v.2, p. 1127 - 31, 1974.
26. PIMENTA, C.A. de M.; CRUZ, D. de A.L.M. da; SANTOS, J.L.F. Instrumentos para avaliação de dor: o que há em nosso meio. *Arq.Bras.Neurocir.*, São Paulo, v.17, n.1, p.15-24, 1998.
27. PIMENTA, C.A. de M. et al. Versão reduzida do questionário de dor McGill para Língua Portuguesa. In: Simpósio Internacional da Dor, 3., São Paulo, 1997. Programa oficial. São Paulo, SIMBIDOR, 1997, p. 26.
28. DAUT, R.L.; CLEEDLAND, C.S.; FLANERY, R.C. Developement of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to asses pain in cancer and other diseases. *Pain*, v.17, n.2, p. 197-210, 1983.
29. CLEELAND, C.S.; GONIN,R; HATFIELD, A.K.; EDMONSON, J.H.; BLUM, R.H.; STEWART, J.A.; PANDYA, K.J. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N.Engl. J. Med.*, v.330, n.9, p. 592 - 6, 1994.
30. VALDIX, S.W.; PUNTILLO, K.A. Pain, pain relief and accuracy of their recall after cardiac surgery. *Prog. Cardiovasc. Nurs.*, v.10, n.3, p.3 - 11, 1995.
31. WASYLAK, T.J. Surgical pain management. In: WATT, J.H.W., DONAVAN, M.J. Pain management: nursing perspective. St Louis, Mosby Year Book, 1992. cap.15, p.401-25
32. MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scorin methods. *Pain*, v.1, n.3, p.277-99, 1975.
33. PIMENTA, C.A. de M.; TEIXEIRA, M.J. Proposta de adaptação do questionário de dor McGill para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, p.473-83, 1996.
34. WILKE, D.J. ; SAVEDRA, M.C.; HOLZEMER, W.L.; TESLER, M.D.; PAUL, S.M. Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: a meta-analysis. *Nurs. Res.*, v. 39, n.1, p.36-41, 1990.
35. BENEDETTI, C.; BUTLER, S.H. Systemic analgesics. In: BONICA, J.J. The management of pain. 2.ed. Philadelphia/London, Lea & Febiger, 1990. v.2. cap.78, p.1640-75.
35. AMERICAN PAIN SOCIETY - Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 3 ed. Skokie, 1993.
37. MARKS, R.M.; SACHAR, E.J. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann. Intern. Med.*, v.78, n.2, p.173-81,1973.
38. PIMENTA, C.A. de M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev. Bras.Cancerol.*, v.43, n.1, p.21-44, 1997.