



DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

PAIN IN PATIENTS UNDERGOING ORTHOPEDIC SURGERY

DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Luiz Almeida da Silva¹, Geraldo Junior Rezende², Maria Izabel Taliberti Souza³, Maria Lúcia Carmo Cruz Robazzi⁴, Rita de Cássia Machi Barcellos Dalri⁵, Sônia Aparecida Faleiros⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de dor em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Método:** estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal, realizado em 2009, no município de Uberlândia/MG, Brasil, quando foram avaliados 20 pacientes nas primeiras 12h e posteriormente, nas 12h subsequentes ao período pós-operatório, por meio de uma escala numérica de avaliação do nível de dor. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 760/08. **Resultados:** observou-se que a dor se fez presente em 85% dos sujeitos e que houve uma predominância na prescrição de analgésicos simples e um baixo índice de utilização de opióides. **Conclusão:** já se avançou bastante no tratamento da dor, mas muito ainda precisa ser feito para tratá-la adequadamente, principalmente no que diz respeito à conscientização dos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, já que são os profissionais que permanecem em contato direto com os pacientes que vão referir dor. **Descritores:** Dor; Sinais Vitais; Enfermagem; Ortopedia; Cirurgia.

ABSTRACT

Objective: to assess the level of pain in patients undergoing orthopedic surgery. **Method:** a quantitative approach, cross-sectional study conducted in 2009, in Uberlândia/MG, Brazil, where 20 patients were evaluated in the first 12 hours and later in the 12 hours following the postoperative period by means of a numerical scale to assess the level of pain. The project was approved by the Ethics in Research Committee Protocol 760/08. **Results:** it was observed that pain was present in 85% of subjects and there was a predominance of simple analgesics on prescription and a low rate of opioid use. **Conclusion:** pain treatment has already advanced strongly, but much remains to be done to treat it properly, especially with regard to the awareness of health professionals, particularly nursing staff, as they are the professionals who remain in direct contact with patients who will report pain. **Descriptors:** Pain, Vital Signs; Nursing; Orthopaedics; Surgery.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el nivel de dolor en pacientes sometidos a cirugía ortopédica. **Método:** un enfoque cuantitativo, transversal, realizado en 2009, en Uberlândia/MG, Brasil, donde se evaluaron 20 pacientes en las primeras 12 horas, y después, en las 12 horas siguientes el postoperatorio por medio de una escala numérica para evaluar el nivel de dolor. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación por medio del Protocolo 760/08. **Resultados:** se ha observado que el dolor estaba presente en 85% de los pacientes y se observó un predominio de los analgésicos simples de prescripción y una baja tasa de consumo de opiáceos. **Conclusión:** ya realizado grandes progresos en el tratamiento del dolor, pero aún queda mucho por hacer para tratar de forma adecuada, especialmente con respecto a la conciencia de los profesionales de la salud, en particular el personal de enfermería, ya que son los profesionales que se quedan en contacto directo con los pacientes se quejan de dolor. **Descritores:** Dolor; Signos Vitales; Enfermería; Traumatología; Cirugía.

¹Enfermeiro, Professor Doutor em Ciências, Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí. Jataí (GO), Brasil. E-mail: enferluiz@yahoo.com.br; ²Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, Servidor Técnico Administrativo, Universidade Federal de Uberlândia/UFU. Uberlândia (MG), Brasil. E-mail: g.jr.rezende@bol.com.br; ³Enfermeira, Professora, Universidade Federal de Uberlândia/UFU. Uberlândia (MG), Brasil. E-mail: beltaliberti@umuarama.ufu.br; ⁴Enfermeira do Trabalho, Professora Titular, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EEERP/ USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: avrmlccr@eerp.usp.br; ⁵Enfermeira do Trabalho, Doutoranda, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EEERP/ USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: ritacmbdalri@bol.com.br; ⁶Pedagoga, Especialista em Docência do Ensino Superior, Professora Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí. Jataí (GO), Brasil. E-mail: sonnyafaleiros@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A dor pode ser definida como experiência subjetiva e pessoal, associada ao dano real ou potencial nos tecidos. Sua percepção é caracterizada como experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais.¹

Desde os primórdios, conforme registros gráficos pré-históricos, buscavam-se razões que justifiquem a ocorrência da dor, bem como procedimentos destinados ao seu controle. Ela era atribuída aos maus espíritos e às punições por faltas cometidas; a medicina era exercida por sacerdotes que, a serviço de deuses, empregavam remédios naturais e acreditavam que as preces apresentassem efeitos terapêuticos. O conceito religioso de dor é fundamentado na medicina clássica: *Divinunstest opus sedare dolorien* (sedar a dor é obra divina). Enquanto para as causas externas o tratamento com remédios era geralmente muito eficaz, para a dor de causa interna apelava-se para forças divinas a fim de que, mediante sacrifícios ou rituais, fossem expulsos os maus espíritos.² Com o passar dos anos e a evolução da ciência, o tratamento da dor deixou de ser de forma empírica e passou a ser realizado de forma científica trazendo alívio e conforto para aqueles que a sentem.

A dor aguda não aliviada pode afetar os sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, endócrino e imunológico podendo trazer complicações aos pacientes, além de sofrimento. O estresse ocasionado pela dor intensa desencadeia reações orgânicas com efeitos negativos significativos e particularmente lesivos nos pacientes comprometidos pela idade, doença ou lesão. Em geral a resposta ao estresse consiste em alterações metabólicas e débito cardíaco aumentado, comprometimento da resposta à insulina, aumento do risco para distúrbios fisiológicos como infarto do coração, infecção pulmonar, trombo-embolia e íleo paralítico prolongado.³

A dor é definida como experiência sensorial e emocional desagradável, associada às lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. É subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências. A definição proposta demonstra a multidimensionalidade da experiência e que tanto aspectos físicos como emocionais devem ser avaliados.⁴

O processo de tratamento da dor é um constante desafio, pois envolve a avaliação da presença, tipo, intensidade, localização e possíveis causas, e os parâmetros dessa

avaliação podem mudar para cada pessoa.⁵ Ela pode ser classificada em aguda e crônica. A dor aguda tem início súbito, servindo de aviso sobre algo errado no corpo; requer algum tipo de tratamento ou intervenção imediata, pois em geral existe doença ou lesão orgânica associada, tem duração relativamente curta ou término previsível. Neste tipo de dor, observam-se respostas neurovegetativas associadas, como elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, sudorese, ansiedade e agitação. Na dor crônica o padrão de duração é diferente, bem como a resposta corporal a ela associada; apresenta-se mal delimitada no tempo e no espaço, persistindo mesmo sem a presença de lesão ou após sua cura. Ocorre mudança de comportamento e estilo de vida do indivíduo, resultando em perda do sono, do trabalho, do raciocínio e memória e da relação com a família e o mundo que a cerca.⁶

Há ainda outras subdivisões para a dor, objetivando caracterizar sua qualidade e localização, entre outros fatores:

A dor superficial ocorre quando estruturas superficiais do corpo são afetadas por estímulos dolorosos; pode ser descrita como tendo uma qualidade de ardência ou pontada e o indivíduo é capaz de localizá-la com bastante precisão.

A dor profunda origina-se nas estruturas mais profundas do organismo, como músculos, tendões, articulações e fáscias; é geralmente descrita como dor surda, lancinante, espasmódica, corrosiva ou penetrante. A dor fantasma aflora pela persistência da sensação dolorosa, ou seja, existe permanência de memória da dor mesmo após a remoção de sua causa. A dor referida é aquela sentida em um local distante da área comprometida ou lesionada, apesar de haver ligação nervosa entre elas. Já a dor neuropática surge quando ocorre lesão parcial ou total das vias nervosas centrais ou periféricas. Pode ser decorrente de lesões ou compressões de nervos por desvios de saúde, como diabetes, herpes zoster, acidente vascular cerebral, invasão de tecidos por tumores, entre outros.⁶

Escalas têm sido empregadas para a mensuração da dor e algumas se destacam pela maior facilidade de uso. Uma das mais utilizadas é a Escala Numérica, com variação de 0 a 5 ou de 0 a 10, nas quais zero significa ausência de dor, e cinco ou dez a pior dor possível. A Escala de Categoria adota certos atributos para evidenciar a ausência ou presença de diferentes graus de dor - sem dor, leve, moderada, intensa até insuportável; a Escala Visual Analógica consiste em uma linha reta com dez centímetros de

comprimento, em cujas extremidades opostas constam as palavras “sem dor” e “pior dor imaginável”, onde o cliente aponta o local que, para ele, caracteriza a sua dor; as Escalas Quantitativas Não-Numéricas são utilizadas para que o paciente identifique as expressões faciais de sofrimento crescente (para adultos e crianças) ou de sequência de enchimento de copos (vazio significa sem dor e cheio dor máxima).⁶

O controle da dor pós-operatória e o alívio do sofrimento são responsabilidade e compromisso do profissional da área da saúde. Devido à falta de conhecimento a respeito de doses eficazes, do tempo de ação dos analgésicos, das técnicas analgésicas disponíveis, do receio quanto à depressão respiratória, entre outros fatores, há relatos na literatura especializada de que a dor é subtratada. O controle da dor pós-operatória é essencial para a assistência integral ao paciente cirúrgico, visto que estímulos dolorosos prolongados parecem predispor a maior morbidade e complicações nesse período.⁴

O tratamento da dor é considerado muito importante no cuidado ao paciente e a American Pain Society passou a considerá-la o 5º sinal vital, enfatizando seu significado e visando aumentar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância de seu tratamento efetivo.³

Vários fármacos são utilizados no tratamento da dor, objetivando seu controle, com poucos efeitos colaterais e reduzido custo.

A seleção do fármaco deve seguir uma escala crescente de complexidade, magnitude e custos, respeitando as necessidades e tolerâncias de cada indivíduo. 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 utilizados são: os opióides, os antiinflamatórios não esteroidais (AINE) e os adjuvantes.⁴

Para o controle da dor pós-operatória é indicada abordagem multimodal, que inclui o uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas. No tratamento farmacológico da dor, a utilização dos AINE desempenha importante papel em nível periférico e central. Os AINE são indicados para dor leve ou moderada; são seguros e diminuem o período de recuperação pós-operatória.⁴

Os opióides são utilizados como agentes analgésicos, desempenhando papel

significativo na dor pós-operatória, por meio da inibição da condução do estímulo doloroso para estruturas mais rostrais (finais). Têm indicação para as dores de média e grande intensidade e o seu efeito acontece pela inibição da liberação de neurotransmissores excitatórios no sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP) e da dopamina nos núcleos da base. Também ativam o sistema supressor endógeno e alteram os processos cognitivos e emocionais relacionados com a percepção da dor. Drogas adjuvantes são medicamentos destinados a outras finalidades terapêuticas que não a analgésica, mas resultam em tal ação quando compõem os esquemas analgésicos; as que fazem parte desse grupo são os ansiolíticos, antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsivantes.⁴

Dentre as principais técnicas não farmacológicas, há as terapias físicas (aplicação de calor e frio, massagem, estimulação elétrica transcutânea e acupuntura) que, por meio da ativação do sistema sensitivo-discriminativo, estimulam o sistema supressor de dor e as técnicas cognitivas comportamentais (relaxamento, técnicas de distração, imaginação dirigida, musicoterapia, hipnose, entre outras) que, possivelmente, promovem relaxamento muscular, distração da atenção e sugestão e interferem na apreciação do estímulo doloroso pós-operatório.⁴

O controle da dor deve ser iniciado de imediato, em conjunto com as medidas propedêuticas, visando identificar sua causa, proporcionando alívio e conforto ao paciente, prevenindo possíveis complicações decorrentes do não tratamento adequado da dor.⁷

A dor é sintoma muito frequente no período pós-operatório e seu alívio requer da equipe de enfermagem conhecimento deste sintoma e dedicação ao paciente, considerando que toda queixa dolorosa deve ser considerada como real; durante o pós-operatório imediato (POI), o processo de enfermagem é orientado para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, para o alívio da dor e para a prevenção de complicações.³ Entende-se por POI o período das primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo o tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica.⁸

No hospital onde foi realizada a coleta de dados do presente estudo, a dor foi instituída como o 5º sinal vital e sua avaliação e mensuração passou a ser realizada pelos trabalhadores da enfermagem, que foram

submetidos a um período de treinamento em agosto de 2008. Enfatiza-se que os profissionais da equipe de enfermagem permanecem em contato direto com o paciente durante todo período de sua internação, trabalham mediante escala de revezamento durante 24 horas e a equipe é composta pelo enfermeiro, pelo técnico e o auxiliar de enfermagem. Informalmente, observou-se que a maioria dos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e traumatológicas apresentavam um pós-operatório com presença de dor.

Diante do exposto percebeu-se a necessidade de realizar um estudo que avaliasse a dor referida pelos pacientes no POI de cirurgias de ortopedia e traumatologia. O presente estudo objetivou avaliar o nível de dor em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas.

Espera-se que tais informações possibilitem a elaboração de propostas que possam melhorar a qualidade no atendimento de enfermagem na redução da dor, proporcionando conforto e bem estar ao paciente e consequente recuperação pós-operatória.

MÉTODO

Artigo extraído de monografia de conclusão de curso << Avaliação e mensuração da dor pós-operatória nos pacientes submetidos a cirurgias de ortopedia e traumatologia >>, apresentada na Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2009.

Estudo quantitativo, de corte transversal, desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo realizada em um Hospital Universitário no município de Uberlândia (MG), Brasil. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma ficha específica para avaliação da dor. Tal instrumento continha as variáveis: idade, sexo, tipo de cirurgia, duração da cirurgia, tipo de anestesia, medicação analgésica prescrita de horário e se necessário, horário do término da cirurgia e da entrada do paciente na enfermaria.

Visando atingir o objetivo proposto, avaliou-se a dor pós-operatória utilizando-se o mesmo modelo usado no hospital local da pesquisa, ou seja, uma escala numérica de 0 a 10, em que 0 significava sem dor; 1 a 3, dor fraca; 4 a 6, dor moderada; 7 a 9, dor intensa e 10 dor insuportável. Tal escala foi aplicada nos pacientes pelo primeiro autor do presente estudo.

Os pacientes foram entrevistados sobre sua dor em dois momentos: nas primeiras 12 horas

do POI (momento 1) e nas 12 horas subsequentes (momento 2).

Como existem várias sub-especialidades no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, as cirurgias de cada uma delas são realizadas em dias diferentes da semana; para que fosse possível avaliar todas as sub-especialidades, as entrevistas foram realizadas em dias alternados, sendo uma semana na segunda, quarta e sexta-feira e na semana seguinte na terça e quinta-feira durante os meses de janeiro e fevereiro de 2009.

Foram utilizados como critérios de seleção de pacientes os que tivessem idade entre 18 e 60 anos e que haviam sido submetidos a cirurgias de ortopedia e traumatologia. Aplicados tais critérios, participaram do estudo 20 pacientes. Estes foram informados sobre o estudo e foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma permaneceu com o indivíduo pesquisado e a outra com os pesquisadores.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, com o parecer nº 760/08. Para tal procedimento, foram obedecidas as normas da resolução 196/96 do Ministério da Saúde.⁹

RESULTADOS

Os 20 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico eletivo e internados na enfermaria de Clínica Cirúrgica. A maioria, 16 pacientes (80%) era do sexo masculino e quatro (20%) do feminino.

Com relação à faixa etária, oito (40%) apresentaram idade entre 19 e 29 anos, quatro (20%) entre 30 e 39 anos, quatro (20%) entre 40 e 49 anos e quatro (20%) entre 50 e 59 anos.

Quanto a algumas características das cirurgias, constatou-se que no que se refere aos locais do corpo onde foram realizadas, o maior percentual correspondeu aos membros inferiores, com nove casos (45%), seguido das de coluna com cinco (25%), de quadril com três casos (15%), nos membros superiores com dois casos (10%) e na clavícula, um caso (5%).

Em relação ao tipo de anestesia utilizada, 55% dos pacientes foram submetidos à anestesia raquidiana, fato que pode ser justificado em decorrência da maioria das cirurgias terem sido em membros inferiores.

A avaliação da dor pós-operatória encontra-se demonstrada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos níveis de dor referidos pelos pacientes hospitalizados, nos momentos 1 e 2. Uberlândia - MG, Brasil. 2009 (n=20).

Níveis Dolorosos	Momento 1		Momento 2	
	n	%	n	%
Sem dor	06	30	05	25
Dor fraca	04	20	06	30
Dor moderada	05	25	06	30
Dor intensa	04	20	02	10
Dor insuportável	01	05	01	05
Total	20	100	20	100

No que se referem aos analgésicos utilizados no período de POI, estes estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos analgésicos utilizados pelos 20 pacientes hospitalizados no período de pós-operatório imediato. Uberlândia, MG, Brasil. 2009 (n=65).

Analgésicos	Prescrição com determinação de horário		Prescrição sem determinação de horário		Total	
	n	%	n	%	n	%
Metamizol	18		01		19	29,2
Tenoxicam	18		00		18	27,7
Cloridrato de tramadol	18		03		21	32,3
Meperidina	01		01		02	3,1
Opióide	02		02		04	6,2
Paracetamol	01		00		01	1,5
Total	58		07		65	100

No que se refere ao tratamento analgésico prescrito aos pacientes estudados, constatou-se que 18 deles (90%) receberam o mesmo esquema, composto por metamizol, tenoxicam e cloridrato de tramadol, embora tenham sido submetidos a diferentes tipos de cirurgias ortopédicas.

Todas as medicações prescritas condicionalmente “se necessário” (ou sem determinação de horário), foram administradas pela equipe de enfermagem após a solicitação dos pacientes. Os opióides fortes, no caso o sulfato de morfina e a meperidina, foram prescritos após reavaliação médica em decorrência de queixas dos pacientes de permanência de dor, mesmo com a administração dos medicamentos prescritos com determinação de horário.

DISCUSSÃO

Houve um número expressivo de pacientes do sexo masculino em relação ao feminino e 40% dos pacientes apresentaram faixa etária entre 19 e 29 anos, fato que pode ser atribuído a grande frequência de acidentes com vítimas do sexo masculino.

Estes dados estão em concordância com a literatura, a qual mostra que as vítimas mais frequentes nos acidentes de trânsito são os jovens, principalmente do sexo masculino. Essa alta incidência tem sido atribuída aos comportamentos próprios da idade, que poderiam levá-los a transgredir leis de trânsito e conseqüentemente, provocar acidentes.¹⁰ Constatou-se ainda que os demais pacientes estudados (60%), eram adultos em fase produtiva da vida, o que coincide com investigação que estudou a ocorrência de

fraturas tóraco-lombares cirúrgicas na zona leste de São Paulo, em que a média de idade foi de 38 anos, variando de 16 a 67 e todos os pacientes da pesquisa eram economicamente ativos.¹¹

Motociclistas são as principais vítimas de acidentes de trânsito, com valores superiores a 40%; a natureza das lesões mais frequentes que eles apresentam são fraturas de crânio, traumatismos internos de tórax e abdômen e fraturas dos membros inferiores.¹²

No que diz respeito à presença de dor, comparando com o período das primeiras 12 horas após a cirurgia, constatou-se diminuição dos que estavam sem dor e dos que apresentavam dor intensa; aumentaram os percentuais dos que apresentaram dor fraca e moderada e manteve-se o percentual de dor insuportável. Somando os pacientes com dor de intensidade moderada, intensa e insuportável obteve-se o total de 50%, no primeiro momento da avaliação. No segundo momento, somando-se as mesmas categorias, obteve-se o total de 45% dos pacientes com queixa de dor de média e alta intensidade.

Se por um lado é desejável a diminuição da dor intensa e o aumento da dor fraca, chamou-nos atenção a diminuição dos que não apresentavam qualquer dor, bem como o aumento daqueles com dor moderada e manutenção dolorosa considerada insuportável, o que não é esperado ocorrer após 12 h de cirurgia.

De acordo com a escada analgésica, para o tratamento farmacológico da dor,¹³ seria necessária a alteração do esquema analgésico, com a introdução de um opióide; porém, até o momento da segunda avaliação, apenas 15%

dos pacientes estavam recebendo opióides para tratamento de dor intensa.

A utilização dos opióides fortes costuma ser reduzida (15%), com prevalência dos analgésicos simples (90%) como a dipirona (metamizol), o tenoxicam e o opióide fraco, como o cloridrato de tramadol.¹⁴

Estudo realizado em um serviço de emergência do Hospital de Emergência de Sergipe (SE), no ano de 2011, avaliou o tratamento da dor de 90 vítimas de traumatismo. Quanto ao tipo de tratamento, 61,1% fizeram uso da analgesia, tendo sido observado que os antiinflamatórios não esteroides (AINES) foi a classe de analgésicos mais utilizada (30%), somente 2,2% utilizaram opióides fracos e nenhuma vítima utilizou opióides fortes,¹⁵ fator que leva os pacientes a permanecerem com dor por maior tempo.

A dor é subjetiva e sua avaliação clínica é dificultada, pois nem todos os pacientes referem-na em seu início. Este fato leva a crer que se necessita de elaboração de instrumentos apropriados, que permitam à equipe de enfermagem comparações individuais e de grupos quanto às diferentes abordagens terapêuticas, tentando assim minimizar a dimensão subjetiva da dor e,¹⁶ concomitantemente, o sofrimento do paciente.

O conhecimento das escalas de avaliação de dor também é um quesito que precisa ser discutido e implementado, pois embora haja instituição de protocolos em algumas unidades, ainda existem profissionais que desconhecem a existência de métodos avaliativos de dor. Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem em hospital escola da Universidade de João Pessoa em 2010, de 21 profissionais pesquisados, quando foram inquiridos com relação ao conhecimento sobre algum instrumento de avaliação da dor, 14 (67%) citaram que não conhecem, dentre eles enfermeiros e técnicos; já 7 (33%) dos profissionais informaram que conhecem algum instrumento de avaliação da dor,¹⁷ fator este que pode contribuir para a subvalorização da mesma e consequentemente maior sofrimento aos pacientes.

Opióides são os analgésicos mais potentes, portanto, propiciam alívio da dor, bem-estar ao paciente e acredita-se que, num futuro próximo, serão de uso mais amplo pelos seus efeitos benéficos. Hoje, a sua utilização é mais restrita aos médicos especialistas em dor, neurologistas e anesthesiologistas. Devido à sua potência, são indicados para dor intensa e moderada no tratamento de situações agudas ou crônicas.¹⁸

Houve padronização pelo hospital em estudo, no que diz respeito ao tratamento da dor, não se levando em conta a individualidade de cada paciente e o procedimento cirúrgico a que foram submetidos. Parece claro, portanto, que a adequada avaliação, controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deve se constituir parte vital da assistência de enfermagem, contribuindo para a manutenção de funções fisiológicas básicas, evitando os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor.¹⁶

CONCLUSÃO

A dor se fez presente em 85% dos pacientes estudados em período de pós-operatório imediato. Muito se avançou no tratamento da dor, mas muito ainda precisa ser feito para o seu controle, principalmente no que diz respeito à conscientização e preparo dos profissionais de saúde.

Uma vez que se utilizam escalas para avaliar a dor de cada paciente, as mesmas não podem ser tratadas de maneira padronizada para todos eles. A mensuração da dor clínica constitui-se em grande desafio aos pesquisadores e profissionais da área, considerando-se a subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa.

O trauma advindo do ato operatório implica em alterações fisiológicas e emocionais que, se não adequadamente controladas, predispõem os pacientes a complicações e podem até mesmo prolongar seu período de internação. Entre as condições que podem afetar a recuperação do indivíduo, a dor está presente.

No que se refere ao papel da equipe de enfermagem que convive 24 horas diárias com os pacientes, o manejo da dor, especificamente sua avaliação, mensuração e tratamento é de crucial importância para a sistematização da assistência de enfermagem. O paciente deve ser avaliado desde o período pré-operatório, verificando se há existência de alguma queixa pré-existente que poderá agravar ou trazer complicações ao quadro pós-cirúrgico. A equipe de enfermagem bem preparada para lidar com estes pacientes acarretará em cuidados mais eficazes e melhores condições de recuperação.

A realização do presente estudo traz à categoria de enfermagem o conhecimento de que a dor do outro, mesmo havendo protocolos que tentam avaliá-la, é subjetiva, devendo todas as queixas ser valorizadas e

observadas com critérios específicos para cada paciente, sistematizando assim a assistência.

Ressalta-se como limitação do estudo a dinâmica de padronização de analgésicos para todos os tipos de cirurgias, a qual pode induzir o profissional de enfermagem à comparação errônea do nível de dor de quem foi submetido a um procedimento de maior ou menor complexidade.

Sugere-se que estudos posteriores sejam realizados em conjunto com a equipe multiprofissional, levando em consideração para a prescrição de analgésicos a complexidade da cirurgia e o limiar de dor individual.

REFERENCIAS

1. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(3):446-7.
2. Teixeira MJ, Okada M. Historia da dor. In: Liga da dor. Porto Alegre: UFCSPA; 2003. p. 122-9.
3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Chaves LD, Leão ER. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2nd ed. Curitiba: May; 2007.
5. Laccetti MS, Kazanowski MK. Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Figueiredo NMAD. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Paulo: Difusão; 2003.
7. Moreno JR. A teoria moderna da dor e suas consequências práticas. Rev Prat Hosp. 2004;35(6):1.
8. Bianchi ERF, Carvalho RD. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole; 2007.
9. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
10. Labiak VB, Leite ML, Virgens Filho JS, Stocco C. Fatores de exposição, experiência no trânsito e envolvimento anteriores em acidentes de trânsito entre estudantes universitários de cursos na área da saúde, Ponta Grossa, PR, Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];17(1):33-43. Available from: www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/04.pdf
11. Rodrigues LCL, Bortoletto A, Matsumoto MH. Epidemiologia das fraturas toracolombares cirúrgicas na zona leste de São Paulo. Coluna/Columna. 2010;9(2): 132-7.
12. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2013 June 19];21(3):815-22. Available from: www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/15.pdf
13. Organização Mundial da Saúde. Escada analgésica. Adaptada por Pereira JL. Gestão da dor oncológica. In: Barbosa A, Neto I, editores. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006. p. 61-113.
14. Calil AM. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];29(2):308-13. Available from: seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5596
15. Ribeiro MCO, Pereira CU, Sallum AMC, Santos ACFS, Nunes MS, Alves JAB. Características da dor em vítimas de traumatismo num serviço de emergência. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 June 19];6(4):720-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2307/pdf_1116
16. Batista DCS, Cruz DALM, Pimenta CAM. Publicações sobre dor e diagnóstico de enfermagem em uma base de dados brasileira. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];29(3):461-7. Available from: seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/6775/4078
17. Nogueira MF, Lima JP, Henriques MERM, Freire RMH, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Dor: identificando os métodos de avaliação e descrevendo o cuidado de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 June 19];6(7):1556-65. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2787/pdf_1288
18. Calil AM, Pimenta CAM. Gravity of injury and analgesia in patients who suffered traffic accidents. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];21(3):398-403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300003>.

Submissão: 04/04/2013

Aceito: 28/06/2013

Publicado: 01/10/2013

Correspondência

Luiz Almeida da Silva
Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí
Departamento de Enfermagem
BR 364, Km 193, nº 3800
Cidade Universitária
CEP: 75801-615 – Jataí (GO), Brasil