

Palestra e manual sobre tratamento da dor, não alteraram a prescrição de analgésicos no pós-operatório de cirurgias ginecológicas*

Pain treatment presentation and manual have not changed the prescription of analgesics in the postoperative period of gynecological surgeries

Lívia Gabriela Truvilho Giancoli¹, Maria Angélica Ferreira Leite Azevedo Fonseca¹, Elton Constantino², Oscar Cesar Pires³, Irimar de Paula Posso⁴

*Recebido da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O planejamento da analgesia no tratamento da dor aguda pós-operatória é fundamental para o seu controle efetivo, pois quando não tratada acarreta alterações nocivas ao organismo. Este estudo teve como objetivo analisar a mudança na prescrição de analgésicos no período pós-operatório de cirurgias ginecológicas antes e após a apresentação de simpósio e o fornecimento de manual sobre tratamento da dor.

MÉTODO: Estudo prospectivo com 72 pacientes, com idade entre 18 e 80 anos, submetidas à cirurgias ginecológicas, avaliando a efetividade da analgesia pós-operatória pela aplicação da escala numérica da dor e análise da prescrição dos analgésicos, antes e após a apresentação de palestra e o fornecimento de manual sobre tratamento da dor pós-operatória, para os médicos assistentes, residentes e internos da Clínica de Ginecologia de um hospital escola de médio porte.

RESULTADOS: A intensidade da dor na 1^ah de pós-operatório foi de $3,62 \pm 2,48$ no grupo 1; $3,62 \pm 3,65$ no grupo 2; $2,58 \pm 1,93$ no grupo 3 ($p = 0,33$). Na 12^ah, a intensidade da dor foi de $3,62 \pm 2,28$, no grupo 1; $3,91 \pm$

$3,26$, no grupo 2; $3,50 \pm 2,14$, no grupo 3 ($p = 0,85$). Na 24^ah, a média da intensidade da dor foi de $2,35 \pm 1,98$, no grupo 1; $3,70 \pm 2,75$, no grupo 2; $2,95 \pm 1,65$, no grupo 3 ($p = 0,12$). Na 48^ah, a média da intensidade variou de $3,00 \pm 1,82$, no grupo 1; $3,44 \pm 1,81$, no grupo 2; $3,33 \pm 1,36$, no grupo 3 ($p = 0,90$). Conforme observado, não houve diferenças estatisticamente significantes entre as etapas na 1^a, 12^a, 24^a e 48^ah pós-operatória.

CONCLUSÃO: A intervenção proposta não gerou alterações estatisticamente significantes, porém a combinação analgésica multimodal utilizada proporcionou analgesia adequada.

Descritores: Analgesia, Avaliação da dor, Cirurgia, Ginecologia.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The planning of analgesia to treat acute postoperative pain is critical for its effective control, because if untreated it brings noxious changes for the body. This study aimed at analyzing the change in analgesics prescription in the postoperative period of gynecological surgeries before and after a symposium and the distribution of a pain treatment manual.

METHOD: This is a prospective study with 72 patients aged between 18 and 80 years, submitted to gynecological surgeries, to evaluate the effectiveness of postoperative analgesia by the pain numerical scale and analgesics prescription before and after a presentation and the distribution of a postoperative pain treatment manual to assistant physicians, residents and intern physicians of the Gynecology Clinic of a medium-sized teaching hospital.

RESULTS: Pain intensity in the first postoperative hour was 3.62 ± 2.48 for group 1; 3.62 ± 3.65 for group 2; 2.58 ± 1.93 for group 3 ($p = 0.33$). In the 12th hour, pain

1. Graduanda em Medicina da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

2. Médico, Professor Assistente de Anestesiologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

3. Médico, Professor Assistente Doutor de Farmacologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

4. Médico, Professor Titular de Farmacologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:
Lívia Gabriela Truvilho Giancoli
Rua José Cipriano de Freitas, 68 – Centro
18150-000 Ibiúna, SP.
Fone: (12) 8161-1049
E-mail: liviagabi@hotmail.com

intensity was 3.62 ± 2.28 , for group 1; 3.91 ± 3.26 , for group 2; 3.50 ± 2.14 , for group 3 ($p = 0.85$). In the 24th hour, mean pain intensity was 2.35 ± 1.98 , for group 1; 3.70 ± 2.75 , for group 2; 2.95 ± 1.65 , for group 3 ($p = 0.12$). In the 48th hour, mean intensity has varied from 3.00 ± 1.82 , for group 1; 3.44 ± 1.81 , for group 2; 3.33 ± 1.36 , for group 3 ($p = 0.90$). As observed, there have been no statistically significant differences between stages in the 1st, 12th, 24th e 48th postoperative hour.

CONCLUSION: Proposed intervention has not brought statistically significant changes, however the multimodal analgesic combination used has provided adequate analgesia.

Keywords: Analgesia, Gynecology, Pain evaluation, Surgery.

INTRODUÇÃO

O planejamento da analgesia no tratamento da dor aguda pós-operatória é fundamental para o seu controle efetivo. Além de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, tem a vantagem de acelerar a sua recuperação, sendo recomendável um planejamento individualizado da analgesia para cada paciente. Deve ser sempre multimodal, com a associação de dois ou mais agentes ou técnicas analgésicas periféricas ou centrais, incluindo métodos não farmacológicos, pois o sinergismo existente entre os fármacos e as técnicas analgésicas permite usar menor quantidade de fármacos, minimizando seus efeitos colaterais e aumentando a sua atividade analgésica^{1,2}. O tratamento da dor pós-operatória é negligenciado e muitas vezes insuficiente. As principais causas de analgesia insuficiente incluem: a crença de que a dor pós-operatória não causa mal ao paciente ou é uma consequência normal da cirurgia; o temor de que o alívio da dor mascare um diagnóstico ou os sinais de um evento adverso; a tendência a subestimar e não reconhecer a variabilidade na percepção da dor pelos pacientes; a falta de conhecimento da enorme variabilidade das necessidades de analgésicos entre os pacientes; a falta de avaliação regular e frequente da dor; o uso incorreto das medidas de alívio; o desconhecimento das várias técnicas de analgesia; a falta de conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos analgésicos; o desconhecimento de que a idade e o peso devem ser considerados na escolha da dose, da via e do analgésico; o medo de dependência aos opioides; a exagerada preocupação com a depressão respiratória pelo uso de opioides; a inadequada orientação do paciente acerca da analgesia e o receio do mesmo em solicitar a analgesia; a falta de recursos financeiros e as dificuldades

para o fornecimento dos analgésicos opioides³.

Os ginecologistas devem compreender os aspectos psicossociais da doença ginecológica, reconhecendo a importância que cada mulher dá às suas funções orgânicas, sexuais e reprodutivas. Devem dedicar seu tempo para avaliar as pacientes apropriadamente, selecionar para cirurgia apenas as que necessitem; escolher as operações que atendem mais adequadamente às necessidades de cada uma, aprender a preservar funções e oferecer alternativas ao tratamento cirúrgico, se for possível. Destaca-se ainda a grande importância de um bom diálogo com a paciente e sua família. Esses aspectos refletem também na intensidade da dor pós-operatória, sendo necessária analgesia adequada de forma individual, pois cada uma carrega um tipo de ansiedade que interfere no prognóstico e conseqüentemente na efetividade da analgesia pós-operatória⁴.

A dor referente ao procedimento cirúrgico é bastante investigada em nosso meio, porém é preciso analisar se a terapêutica analgésica aplicada pelos anestesiológicos e cirurgiões aos seus pacientes está sendo realizada com êxito, uma vez que estudos referentes a este tema são escassos⁵.

Este estudo teve como objetivo pesquisar a efetividade e o tipo de analgesia realizada no pós-operatório de cirurgias ginecológicas no Hospital Universitário de Taubaté (HUT) antes e após a apresentação de palestra e da distribuição de um manual sobre dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos.

MÉTODO

Estudo prospectivo, controlado, amostragem aleatória, sendo incluídas 72 pacientes do sexo feminino, com idade entre 18 e 80 anos, submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos, no Centro Cirúrgico do HUT, divididas em três grupos de 24 pacientes.

A avaliação da intensidade da dor foi feita pela aplicação da escala numérica da dor (END), segundo a qual zero corresponde à ausência de dor e 10 a dor mais intensa que a paciente já experimentou.

Grupo 1 - Foi feita avaliação da intensidade da dor na 1^a, na 12^a, na 24^a e na 48^ah após o término da operação e analisada a prescrição de analgésicos nos mesmos momentos em que foi avaliada a intensidade da dor.

Grupo 2 - Foi então ministrada uma palestra sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória, juntamente com a distribuição de um manual de bolso sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos e a seguir foi feita a avaliação da intensidade da dor e a análise das prescrições

nos mesmos momentos referidos para o grupo 1.

Grupo 3 – Três meses depois da palestra sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória e distribuição do manual de bolso sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos, foi feita a avaliação da intensidade da dor e a análise das prescrições nos mesmos momentos referidos para o grupo 1.

O grupo 3 de estudo teve como objetivo analisar se as mudanças ocorridas depois da palestra sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória e distribuição do manual de bolso sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória se mantiveram.

Para análise estatística dos resultados obtidos, após as orientações, utilizou-se o *software* JMP® do SAS (*Statistical Analysis System*) Institute e aplicou-se Análise de Variância seguida do teste de Dunnett's, adotando nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, protocolo CEP/UNITAU n° 033/2011.

RESULTADOS

No grupo 1 as cirurgias realizadas foram histerectomia total abdominal (25%), histerectomia total vaginal (16,66%), laqueadura tubária (16,66%), colpoperineoplastia (12,5%), ooforectomia bilateral (12,5%), laparotomia exploradora (8,33%), videolaparoscopia (4,16%), mastectomia esquerda (4,16%). No grupo 2, histerectomia total abdominal (41,66%), histerectomia total vaginal (16,66%), colpoperineoplastia (16,66%), videolaparoscopia (12,5%), laparotomia exploradora (4,16%), miomectomia (4,16%), laqueadura tubária (4,16%). No grupo 3 histerectomia total abdominal (62,5%), histerectomia total abdominal (20,8%) e videolaparoscopia (16,66%).

Como observado, nos três grupos houve maior incidência de histerectomia total abdominal (41,66%), sob anestesia subaracnoidea (80,55%). Grande parte das pacientes recebeu benzodiazepínico como medicação pré-anestésica (87,5%). Com relação à prescrição médica, não houve alterações significativas nos três grupos do estudo, prevaleceu a combinação de analgésico comum e anti-inflamatórios não esteroides (AINES), com exceção de 2 pacientes nas quais foi acrescentado analgésico opioide na prescrição. Os AINES utilizados foram cetoprofeno e tenoxicam (Gráfico 1).

A intensidade da dor pela END, na 1ªh de pós-operatório foi de $3,62 \pm 2,48$ no grupo 1; $3,62 \pm 3,65$ no grupo

2; $2,58 \pm 1,93$ no grupo 3 (Gráfico 2). Sem diferença estatisticamente significativa entre os momentos avaliados ($p = 0,33$). Na 12ªh, a intensidade da dor foi de $3,62 \pm 2,28$, no grupo 1; $3,91 \pm 3,26$, no grupo 2; $3,50 \pm 2,14$, no grupo 3 (Gráfico 2). Não houve diferença na intensidade de dor nos momentos estudados ($p = 0,85$). Na 24ªh, a média da intensidade da dor foi de $2,35 \pm 1,98$, no grupo 1; $3,70 \pm 2,75$, no grupo 2; $2,95 \pm 1,65$, no grupo 3 (Gráfico 2). Sem diferença estatística entre os momentos avaliados ($p = 0,12$). Na 48ªh, a média da intensidade variou de $3,00 \pm 1,82$, no grupo 1; $3,44 \pm 1,81$, no grupo 2; $3,33 \pm 1,36$, no grupo 3 (Gráfico 2). Não houve diferença estatística entre os momentos ($p = 0,90$).

Com relação à intensidade da dor, no grupo 1 apenas na 1ªh houve predomínio de dor moderada, nas horas seguintes avaliadas, a maior parte das pacientes encontravam-se com dor de baixa intensidade. No grupo 2 observou-se maior número de dor moderada na 24ªh, e nas demais horas a dor que prevaleceu foi de baixa intensidade. No grupo 3 também ocorreu prevalência de dor moderada na 24ªh e nas demais horas, a maior parte teve dor de baixa intensidade.

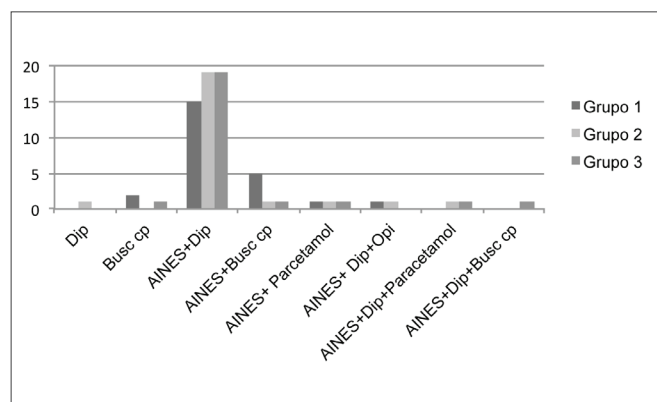


Gráfico 1 - Tipos de analgésicos prescritos no pós-operatório. Dip = dipirona; AINES = anti-inflamatório não esteroide; Busc cp = buscopan composto; Opi = opioide.

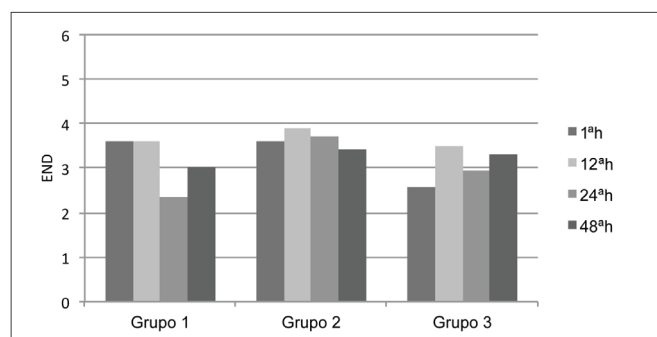


Gráfico 2 – Médias das intensidades da dor pela escala numérica de dor (END) nos grupos estudados.

DISCUSSÃO

A END utilizada neste estudo é uma maneira bastante útil de avaliar a dor, por ser um instrumento simples, sensível e reproduzível. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a gravidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente em hospitais e clínicas para se obterem informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia⁶. No entanto, é uma escala pouco utilizada no dia a dia pelos profissionais de saúde do hospital estudado.

A análise dos escores finais da END na 1^ªh pós-operatória, nos três grupos do estudo, mostrou uma média na intensidade da dor de 3,62 nos grupos 1 e 2 e de 2,58 no grupo 3, com predomínio da ausência de dor, relatado pelas pacientes. Em relação à avaliação dessa hora pode-se constatar que a anestesia propiciou analgesia intra e perioperatória satisfatória. Pode-se ressaltar aqui a importância da anestesia regional, uma vez que 80,55% das pacientes foram submetidas ao bloqueio subaracnoideo, que proporcionou boa analgesia, além disso a abordagem cirúrgica no abdômen inferior e trato ginecológico são regiões que sabidamente produzem menor dor pós-operatória⁷.

Quanto à escolha analgésica, observou-se na prescrição da equipe de ginecologia do HUT, tanto na 12^ªh como na 24^ªh e na 48^ªh pós-operatória, a preferência pela associação dipirona e AINES (Gráfico 1). A diferença entre as etapas na prescrição médica foi em relação à via de administração, até a 24^ªh as pacientes receberam fármacos por via venosa e após a 24^ªh por via oral. Conforme observado nos resultados, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na 12^ª, 24^ª e 48^ªh após o término da operação e a média da intensidade da dor manteve-se baixa, demonstrando que, em geral, a prescrição foi satisfatória, porém a maior parte das pacientes estudadas obteve alta em 24h, o que prejudicou a avaliação, sendo provável que estas pacientes apresentem dor ao retornar às atividades diárias.

O tratamento é prescrito por acadêmicos, supervisionado por residentes, sendo que muitas vezes apenas seguem um padrão de prescrição analgésica, e não valorizam as queixas individuais, uma vez que existiram pacientes com dor de maior intensidade que foram medicadas da mesma forma que as que não apresentavam dor, o que mostra uma falta de dinâmica e uma padronização no tratamento da dor pós-operatória no setor, que não se modificou mesmo após a intervenção do simpósio. Este resultado confirma um estudo anterior, que mostrava menor qualidade na prescrição analgésica

nesse setor, comparado às demais clínicas cirúrgicas⁵. No contexto hospitalar, a dor é uma experiência comum e clinicamente relevante, mas a despeito dos avanços na compreensão dos mecanismos e no seu tratamento, as pesquisas têm indicado que não tem sido reconhecida e tratada de forma adequada em pacientes internados⁸. A baixa taxa do uso de opioides nas pacientes estudadas (2,77%), pode ser devida aos seus efeitos colaterais e a necessidade de uma equipe de enfermagem treinada para reconhecer precocemente as possíveis complicações e que saiba agir prontamente frente às que levam ao risco de vida. Porém, o preconceito com relação a esta classe analgésica deve ser superado, pois na dor de intensidade moderada é indicada a analgesia multimodal.

As pacientes ginecológicas, devem ser tratadas em particular, considerando sua condição clínica pré-operatória, expectativa de dor, experiência prévia com dor e ansiedades envolvidas em relação à cirurgia. Diferenças na percepção dolorosa relacionadas ao sexo podem estar associadas à hiperalgesia em mulheres, mas também à hipoatividade do sistema inibitório de dor no sexo feminino⁹. A média de idade das pacientes avaliadas foi de 45 anos, idade de alterações hormonais nas mulheres, e com isso apresentam inúmeras queixas, muitas vezes negligenciadas pelos profissionais de saúde.

A dor pós-operatória é um problema clínico muito importante que merece maior atenção e dedicação de toda a equipe cirúrgica, levando em consideração uma adequada anestesia intraoperatória e um tratamento efetivo no pós-operatório. Não basta avaliar a dor como 5^º sinal vital, é fundamental que os dirigentes das instituições de saúde sintam a real necessidade de controlar adequadamente a dor, com a adesão do corpo clínico, para melhorar o atendimento dos pacientes e caminhar em direção ao objetivo do “hospital sem dor”^{10,11}.

Este estudo demonstrou que não houveram mudanças estatisticamente significantes após intervenção, mas em geral, a maior parte das pacientes manteve uma média de intensidade de dor menor que 5 na END, o que permitiu um tratamento efetivo com a associação AINES e analgésico comum, esquema utilizado pela equipe nesse setor.

CONCLUSÃO

Os dados evidenciaram que a intervenção proposta não gerou mudanças significativas nas prescrições analgésicas pós-operatórias, no entanto a combinação analgésica multimodal utilizada proporcionou analgesia pós-operatória adequada para a maior parte das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Wu CL, Ochroch EA. Current treatment options for acute pain. *Expert Opin Pharmacother*. 2000;3(11):1599-611.
2. Brown AK, Christo PJ, Wu CL. Strategies for postoperative pain management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2004;18(4):703-17.
3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth*. 1997;78(5):606-17.
4. Passini RJ. Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(2):61-6.
5. Landgraf CS, Marques RC, Pires OC, et al. Avaliação da analgesia pós-operatória em um hospital universitário. *Rev Dor*. 2010;11(4):319-22.
6. Souza FA. Dor: O quinto sinal vital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(3):446-7.
7. Palmeira CCA, Ashmawi HA, Posso IP. Sexo e percepção da dor e analgesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61(6):820-8.
8. Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(5):605-11.
9. Jensen K, Kehlet H, Lund CM. Postoperative recovery profile after elective abdominal hysterectomy: a prospective, observational study of a multimodal anaesthetic regime. *Eur J Anesthesiol*. 2009;26(5):382-8.
10. Mularski RA, White-Chu F, Overbay D, et al. Measuring Pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *Gen Intern Med*. 2006;21(6):607-12.
11. Gouvea AL. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. *Rev Dor*. 2011;12(2):196-7.

Apresentado em 02 de julho de 2012.

Aceito para publicação em 16 de outubro de 2012.