

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

## **AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO<sup>1</sup>**

**Fernanda Duarte Siqueira<sup>2</sup>, Eniva Miladi Fernandes Stumm<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Estudo relacionado ao projeto de pesquisa institucional Avaliação da Dor, Estresse e Coping em Pacientes e Familiares no Âmbito Hospitalar

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da UNIJUI. Bolsista PIBIC/CNPQ, nandadu29@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Atenção Integral à Saúde, Orientadora, Coordenadora da pesquisa, eniva@unijui.edu.br

### Introdução

A dor é descrita pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva, emocional, desagradável e indesejada, decorrente de dano aos tecidos do organismo (ARAUJO; OLIVEIRA, 2012). Esse conceito implica na compreensão do fenômeno doloroso como subjetivo, pessoal, multidimensional, em qualidade e intensidade. Envolve aspectos físicos, psíquicos, afetivos, culturais, sociais, autonômicos e da doença de base. (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011; CRUZ; STUMM 2015). Desse modo ocorre a partir de estímulos de terminações nervosas indiferenciadas. As células, ao sofrer um dano, liberam prostaglandinas que levam à permeabilidade capilar e à atração de células fagocitárias. Estas aumentam a sensibilidade e se transformam em dor. A liberação dessas substâncias produz alterações, tais como taquicardia, aumento do volume sistólico, débito cardíaco e da pressão arterial, taquipnéia, retenção hídrica, elevação dos níveis glicêmicos, alterações na coagulação e redução da resposta imune (SAÇA et al., 2010).

Avaliar a dor do paciente em pós-operatório, de forma sistemática, com o uso de escalas validadas, se constitui em parâmetros de humanização, qualidade da assistência e favorece o planejamento de intervenções de enfermagem para a redução da dor (BOTTEGA et al., 2014). Neste contexto ressalta-se a responsabilidade da equipe com o cuidado personalizado. A prática de avaliar a dor do paciente, mensura-la e monitora-la levou a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), entidade norte-americana de avaliação de hospitais, a padronizar a dor como quinto sinal vital, um item a ser avaliado na acreditação hospitalar. A partir disso o paciente tem o direito à mensuração, controle e registro adequado de sua dor. Esse avanço que ocorreu pode ser utilizado como padrão para os serviços de saúde, com vistas a garantir a qualidade e segurança no cuidado, que resulta em melhoria da assistência ao paciente e na qualificação da equipe de saúde (COSTA et al., 2015). Para a JCAHO, a avaliação da dor inclui: localização, intensidade da dor, com o uso de escalas comportamentais e de parâmetros fisiológicos (SANTOS et al., 2012).

A dor é classificada em aguda, crônica, somática, nociceptiva, visceral e neuropática (Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor 2011). No que tange a dor do paciente em pós-operatório é classificada como aguda, produzida por lesão na pele, estruturas somáticas profundas ou viscerais. A maior intensidade de dor é sentida no pós-operatório imediato, sob a responsabilidade dos profissionais de enfermagem, na gestão da dor a qual requer medidas para o seu tratamento. (SANCHO; CARVALHO, 2013). O pós-operatório imediato inicia na sala de cirurgia, após o

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

termino do ato cirúrgico, quando ocorre à reversão da anestesia e se estende até 24 horas (ROCHA; MORAES, 2010). Neste sentido a dor no pós-operatório é esperada e se não tratada de maneira adequada produz efeitos deletérios no organismo do paciente e aumenta a morbimortalidade (TEIXEIRA et al., 2014).

Uma das modalidades anestésicas amplamente utilizadas para esses procedimentos é a anestesia geral na qual pode aumentar a sensibilidade à dor, em concentrações mais baixas aliviam a dor e em concentrações mais altas podem influenciar o desenvolvimento da dor pós-operatória. Assim, o tipo de anestesia pode interferir nas respostas do paciente referentes ao alívio da dor (ORTIZ et al., 2014). A Sociedade Brasileira de Anestesiologia de 2015 define a anestesia geral como estado de total ausência de dor e outras sensações em todo o corpo. Neste período o paciente permanece imóvel ao estímulo cirúrgico, em decorrência de depressão do sistema nervoso central e torna-se incapaz de sentir e/ou de reagir a qualquer estímulo doloroso.

O manejo adequado da dor do paciente pelo enfermeiro e sua equipe é essencial na evolução pós-cirúrgica, pois a dor não controlada aumenta o risco de complicações, prolonga a internação, os custos hospitalares e desencadeia insatisfação no paciente (COSTA et al., 2016). Neste sentido, a avaliação e o registro sistemático das queixas de dor são determinantes para a escolha do método terapêutico e avaliação de sua eficácia. Verifica-se poucas evidências científicas referentes ao manejo da dor no paciente em pós-operatório e relacionada aos riscos da anestesia geral, daí o interesse em realizar a presente pesquisa com o seguinte objetivo: mensurar a dor de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, sob anestesia geral, assistidos em uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, em três momentos: ao ser admitido, uma hora após e quando em condições de alta da respectiva unidade.

#### Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido em uma Unidade Recuperação Pós-Anestésica (URPA) de uma instituição hospitalar filantrópica porte IV de um município do Noroeste do Rio Grande do Sul. A mesma disponibiliza 10 leitos para pacientes em pós-operatório imediato. A equipe é formada por um enfermeiro assistencial e oito técnicas de enfermagem. Critérios de inclusão: estar na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica em pós-operatório imediato submetido à anestesia geral; aceitar participar do estudo e estar auto e alo orientado e ter mais de 18 anos. Critério de exclusão: não aceitar assinar o TCLE.

Participaram da pesquisa 152 pacientes internados na referida unidade. O período de estudo foi de julho a dezembro de 2015. A coleta de dados foi realizada com os seguintes instrumentos: variáveis sociodemográficas, as quais compreendem: sexo, idade, nível educacional, situação conjugal e filhos.

Para classificação da dor, foi utilizado a escala numérica, adaptada do Questionário McGill – forma reduzida (MELZACK, 1987), que avalia dor percebida no momento de sua aplicação. A intensidade de dor presente (PPI) é a que o paciente gradua sua dor em intervalos de 0 a 10, na qual 0 significa ausência de dor, 1 a 3 dor leve, 4 a 6 dor moderada, 7 a 9 dor intensa e 10 é a pior dor imaginável. A avaliação da dor dos participantes do estudo foi realizada em três momentos: ao ser admitido na URPA, uma hora após e na alta da URPA.

Foram respeitados todos os preceitos éticos que envolvem uma pesquisa com pessoas, conforme Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob Parecer Consubstanciado nº 427.613/2013. Ressalta-se que os

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

resultados desse trabalho integram a pesquisa interinstitucional Avaliação da Dor, Estresse e coping em pacientes e familiares no âmbito hospitalar. Para análise dos dados foi realizada estatística descritiva, com uso do SPSS versão 21.0.

#### Resultados e discussão

Na amostra estudada verifica-se que 109 dos participantes da pesquisa (71,7%) são mulher, 68,4% com idade entre 31 a 60 anos e 52% cursou o ensino fundamental, representado por 79 pessoas. Quanto à situação conjugal, 98 (64,5%) são casados e a maioria, 127 (83,6%) possui filhos. Isto determina que estas características devem ser consideradas pela equipe de enfermagem, no intuito de prestar uma assistência planejada e individual (COSTA et al, 2016).

No que se refere à maioria dos participantes ser casada e ter filhos, mostra que o paciente pode contar com o apoio da família para enfrentar a doença, aliada a necessidade de cirurgia, além de contribuir para amenizar a sobrecarga física e emocional (FETSH el al 2016).

Na análise da dor dos dados referentes à avaliação da intensidade de Dor presente (PPI), contidos na Tabela 1, evidencia-se que nos três momentos avaliados, um grande percentual dos pacientes não referiu dor (40,1%, 38,2% e 44,7%).

A utilização da escala numérica, adaptada de McGill – forma reduzida, para avaliação da dor dos participantes desta pesquisa mostra que a maioria dos pacientes sente dor, porém em percentuais que divergem, o que demonstra a subjetividade da dor, concebida como uma experiência que se organiza de modo configuracional em termos de sentidos, emoções e significados que se desenvolvem a partir da inserção do sujeito nos diversos cenários sociais em que toma parte (NEUBERN, 2011).

O momento da admissão na URPA e por ocasião de alta, ocorreu variação da intensidade da dor. Essas constatações tiveram influência na assistência de enfermagem adequada, rápida e efetiva para o manejo da dor, para buscar conhecimento das reações que os anestésicos podem ocasionar durante e após cirurgia (PAULA et al. 2011). Por outro lado, a analgesia pode resultar em uma recuperação mais rápida e maior colaboração com o tratamento, o que leva à melhores resultados pós-cirúrgicos (BARBOSA et al., 2014).

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

**Tabela 1 - Intensidade de Dor Presente (PPI) nos pacientes em pós-operatório imediato submetidos à anestesia geral em uma URPA em Ijuí/RS**

	n (%)	P
<b>PPI DOR CHEGADA</b>		
Nenhuma dor	61 (40,1)	
Dor leve	17 (11,2)	
Dor moderada	31 (20,4)	
Dor intensa	30 (19,7)	
<b>PPI DOR APÓS 1h</b>		<b>0,007</b>
Nenhuma dor	58 (38,2)	
Dor leve	21 (13,8)	
Dor moderada	53 (34,9)	
Dor intensa	16 (10,5)	
<b>PPI DOR SAÍDA</b>		<b>0,000*</b>
Nenhuma dor	68 (44,7)	
Dor leve	48 (31,6)	
Dor moderada	32 (21,1)	
Dor intensa	3 (2,0)	
<b>TOTAL</b>	<b>152 (100)</b>	

Nascimento (2011), em pesquisa realizada em um hospital universitário, no Norte do Paraná, implantou a avaliação da dor como quinto sinal vital. Participaram 188 profissionais da saúde. Constatou-se que os principais motivos mencionados pelos profissionais referentes à importância da avaliação da dor foram: bem-estar do paciente, cuidados para ele não sentir dor. Ele afirma também que 14% dos pacientes podem sentir dor e não relatar, por causa de sua cultura ou vergonha de “incomodar” a equipe. Os pesquisados consideraram valorização da queixa de dor relevante no cuidado humanizado, portanto, deve ser incluída nos sinais vitais com vistas a diminuir o sofrimento e respeitar o direito do ser humano.

O número expressivo de pacientes com dor no pós-operatório imediato requer atenção do enfermeiro e da equipe multiprofissional. Neste sentido, ressalta-se a importância em se implementar programas de educação continuada, capacitações e ações direcionadas ao manejo da dor do paciente no pós-operatório imediato (BARBOSA et al, 2014).

#### Conclusão

Esta pesquisa mostra a importância da avaliação da dor de pacientes em pós-operatório imediato na qual é atribuição da equipe de saúde que atua em URPA. O enfermeiro como membro desta equipe tem papel fundamental no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com dor por isso esta definida como quinto sinal vital deve ser avaliada e registrada juntamente com os demais sinais

**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

vitais. Uma ferramenta indispensável é a utilização de escalas para a avaliação da mesma como um dos subsídios para o monitoramento e manejo adequado da dor.

Com isso este estudo procurou desencadear reflexões e discussões referentes a condutas da equipe de saúde, que vão desde a avaliação do paciente no pré-operatório até o acompanhamento e orientação para alta hospitalar. Neste sentido procura-se ampliar a qualidade da assistência prestada ao paciente em POI e servir de subsídio para implantação da avaliação da dor.

Palavras-chave: Dor; Anestesia, Assistência de enfermagem, Sala de recuperação pós-anestésica.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, H. M. et al. Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.143-147, jan./mar. 2014.

BOTTEGA, H. B. et al. Evaluation of pain in neonates and children in intensivecare. J. Res. Fundam. Care. Rio de Janeiro v. 6, n.3, p. 909-917, jul./set. 2014.

COSTA et al. A percepção da equipe de enfermagem acerca do atendimento prestado ao idoso hospitalizado com dor. Caderno Pedagógico, v. 12, n. 3, 2015.

CRUZ, T. C.; STUMM, M. F. E. Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: relato de caso. Rev. Dor..v. 16, n. 3, p.232-234, jul./set. 2015.

NASCIMENTO,L.A.; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. ActaPaul Enferm. São Paulo. V. 24, n. 1, p. 50-54. 2011.

ROCHA, L. S.; MORAES, M.W. Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica.Rev. Dor. V. 11, n.3, p. 254-58, jul./set. 2010.

SAÇA, S. C. et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). J Health Sci Inst. São Paulo.v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010.

SANCHO, M. C. C. A.; CARVALHO, R. Pain-relatedevaluationandinterventions in children in theanestheticcareunit. Rev Dor. v. 14, n. 1, p. 31-34, jan./mar. 2013.

SANTOS, L. M. et al. Painassessment in theprematurenewborn in IntensiveCare Unit. RevBrasEnferm. Brasília. V. 65, n. 1, p. 27-33. 2012.

SBED – SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. Hospital sem dor: diretriz para implantação da dor como 5º sinal vital. 2015.

SILVA, J. A.; RIBEIRO FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. Rev Dor. São Paulo. v. 12, n. 2, p. 38-51, abr./jun. 2011.

TEIXEIRA, P. A. P. et al. Manejo da dor pós-operatória: uma revisão bibliográfica. RevMed Saúde. Brasília v. 3, n. 1, p. 85- 93, jan./fev. 2014.