

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA EM
DESENVOLVIMENTO
BIOTECNOLOGIA MÉDICA

Fernando Yaeda de Melo

Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia
ambulatorial no câncer de mama

Dissertação de mestrado

Botucatu
2013

Fernando Yaeda de Melo

Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia
ambulatorial no câncer de mama

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista Campus de Botucatu,
ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa e
Desenvolvimento Biotecnologia Médica, para
obtenção do título de mestre em Pesquisa e
Desenvolvimento: Biotecnologia Médica.

Orientador: Prof.Dra. Lígia Maria Kerr
Co-orientador: Prof. Dr. Ângelo Gustavo Zucca Mathes

Botucatu
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSANGELA APARECIDA LOBO**

Melo, Fernando Yaeda de.

Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia
ambulatorial no câncer de mama / Fernando Yaeda de Melo. – Botucatu :
[s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Ligia Maria Kerr

Coorientador: Ângelo Gustavo Zucca Matthes

Capes: 40101045

1. Mamas – Câncer. 2. Cirurgia ambulatorial. 3. Câncer – Tratamento.
4. Dor aguda.

Palavras-chave: Cirurgia ambulatorial; Dor aguda; Neoplasia de mama;
Preditores.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa.

À minha família, a minha querida avó Takako, minha mãe Mitico, minhas tias Harco e Yurico, razão maior de minha existência e exemplo de amor com que fui criado. Sempre acreditaram nos meus sonhos e me apoiaram para que eu os concretizasse.

À minha esposa Karina, pelo amor, incentivo, apoio incondicional, companheirismo e suporte emocional, além dos sacrifícios e concessões.

Ao meu sogro, meu querido amigo Jocelyn, meu agradecimento especial, por todo o esforço de um ano inteiro de longas viagens. O incentivo constante, apoio e sua incansável dedicação para que eu concluísse meu trabalho.

À minha querida sogra Vita, minha cunhada Patricia, por toda dedicação dispensada, apoio e paciência durante a construção desse trabalho.

A minha orientadora, Dr^a Ligia Maria Kerr, por toda ajuda, pelos ensinamentos e suporte para concretização desta dissertação de mestrado.

Ao meu co-orientador, Dr. Ângelo Gustavo Zucca Matthes, por ter me incentivar no meu primeiro ano de residência oncológica a estudar, pesquisar e concretizar esse trabalho.

Ao meu mestre, Dr. René Aloísio da Costa Vieira, grande incentivador de pesquisa, um grande amigo que me ajudou a enxergar que eu seria capaz de concretizar esse trabalho. Meu eterno agradecimento.

À Dr^a. Claudia Carvalho Rizzo, que ensinou e me ajudou a entender a importância dos sintomas da dor nos pacientes.

À Enf^a. Beatriz Adriana Freitas, por toda ajuda na organização, grande executora, profissional exemplar, dedicada com seus pacientes. Minha gratidão por fazer acontecer esse estudo.

À equipe do Departamento de Pequenas Cirurgias, auxiliares de enfermagem Eliana de Jesus Ramos, Carmem Martins Silva Marques, Marco Antônio Bispo, Maria Auxiliadora Casimiro Hoft, Mariana Pereira Texeira, Marli Aparecida da Silva Gonsalves, Iara Cristina Costa, Francine Roberta Pereira e Milene Cristina Melo, por auxílio na execução desse estudo, sem vocês esse trabalho não teria ocorrido.

A todos os titulares de Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária do Hospital de Câncer de Barretos, Dr. Raphael Luiz Haikel, Dr. Rodrigo D. Michelli, Dr. Gustavo Henrique Fabri, Dr Antônio Bailão que deram o suporte para execução desse trabalho.

A todos os Residentes da Oncologia Cirúrgica e Mastologia, por toda ajuda na execução desse trabalho.

Resumo

Introdução: Diariamente centenas de mulheres recebem o diagnóstico de câncer de mama. É o maior responsável por mortes relacionadas ao câncer entre as mulheres. O diagnóstico do câncer de mama sofreu grandes mudanças nas últimas décadas. Saímos de um quadro de predomínio absoluto de doença avançada ao diagnóstico para diagnósticos em fases cada vez mais iniciais. Essas mudanças ocorreram graças aos programas de rastreamento mamográficos. Passamos a realizar cada vez mais procedimentos cirúrgicos ambulatoriais com anestesia local, visando diagnóstico do câncer de mama nesta fase inicial, subclínica. Com esta nova realidade, surgem novas preocupações, como a dor e desconforto que podem envolver tais procedimentos. Vários estudos já determinaram preditores que estariam associados a queixa de maior dor no pós-operatório desses procedimentos realizados ambulatorialmente. E no caso da dor intra-operatória? Há fatores pré-operatórios que possam predizer a intensidade da dor referida, no intra-operatório, em pacientes submetidas a procedimento cirúrgico ambulatorial sob anestesia local?

Material e Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo, controlado, sem cegamento, realizado no Hospital de Câncer no período de 01/2012 a 01/2013. A coleta dos dados foi realizada por uma única profissional treinada para a aplicação do questionário. As participantes respondiam a um questionário envolvendo dados demográficos, história mórbida pregressa e ansiedade (IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado). Ao término do procedimento os cirurgiões e pacientes responderam um questionário com suas percepções sobre o procedimento. Utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA) para quantificação da dor. Considerou-se como dor importante 2 pontos de corte – EVA ≥ 4 e EVA ≥ 7 .

Resultados: Foram avaliadas 230 pacientes. Para ponto de corte 4 observa-se maior queixa de dor em pacientes portadores de doença reumatológica ($p=0.01$), história pessoal de neoplasia de mama ($p=0.02$), pacientes submetidas a biópsias excisionais / incisionais quando comparadas as biópsias guiadas por estereotaxia ($p=0.05$), maior ansiedade no pré-operatório ($p=0.01$) e lesões de maior volume ($p=0.05$). Para o ponto de corte 7, preditores para dor intensa foram alta escolaridade ($p=0.01$); portadores de doença reumatológica ($p=0.01$), distúrbio psiquiátrico ($p=0.05$); presença de história pessoal de neoplasia ($p=0.03$) e baixa ansiedade pré-procedimento ($p=0.00$). Também a idade mais avançada ($p=0.05$), volume da lesão ressecada ($p=0.01$), distância entre o fio e a incisão no caso de biópsia esterotáxica ($p=0.01$) mostraram significância estatística para predição de dor intensa no intra-operatório. Na regressão logística, modelo multivariado, as variáveis que resultaram preditoras independentes para dor foram “doença psiquiátrica”, “ansiedade pré-tratamento” e “volume”, ajustadas pela variável dor crônica.

Conclusão: A utilização de sedação intra-operatória, em pacientes com suspeita diagnóstica de câncer de mama, submetidas a procedimento cirúrgico ambulatorial, deve ser considerada na presença de antecedentes psiquiátricos, ansiosa, e que apresentem lesões de grande volume.

Palavras-chave: Cirurgia ambulatorial; Dor aguda; Neoplasia de mama; Preditores

Summary

Introduction: Every day hundreds of women are diagnosed with breast cancer. It is largely responsible for cancer-related deaths among women. The diagnosis of breast cancer has undergone major changes in recent decades. We left a picture of absolute predominance of advanced disease at diagnosis for diagnoses in increasingly early stages. These changes occurred due to mammographic screening programs. We come to realize increasingly ambulatory surgical procedures under local anesthesia, aiming diagnosis of breast cancer at this early stage, subclinical. With this new reality, new concerns, such as the pain and discomfort that may involve such procedures. Several studies have determined predictors that were associated with greater complaints of pain postoperatively these procedures performed in an outpatient setting. And in the case of intraoperative pain? Are there preoperative factors that may predict the intensity of referred pain, intraoperatively in patients undergoing ambulatory surgical procedure under local anesthesia?

Material and Methods: This was a prospective, controlled, without blinding held at Cancer Hospital in the period from 01/2012 to 01/2013. Data collection was performed by a single trained professional to the questionnaire. The participants completed a questionnaire involving demographics, disease history and anxiety (STAI - Trait Anxiety Inventory-State). At the end of the procedure the surgeons and patients completed a questionnaire with yours perceptions about the procedure. We used the Visual Analogue Scale (VAS) for pain assessment. It was considered as significant pain two cutoffs - VAS ≥ 4 and VAS ≥ 7 .

Results: 230 patients were evaluated. For cutoff 4 shows biggest complaint of pain in patients with rheumatologic disease ($p = 0.01$), personal history of breast cancer ($p = 0.02$), patients undergoing excisional biopsies / incisional biopsies compared guided stereotactic ($p = 0.05$), more anxiety preoperatively ($p = 0.01$) and higher volume of lesions ($p = 0.05$). For a cutoff 7, predictors for severe pain were low educational level ($p = 0.01$), patients with rheumatologic disease ($p = 0.01$), psychiatric disorder ($p = 0.05$), presence of personal history of cancer ($p = 0.03$) and low anxiety before the procedure ($p = 0.00$). Also, older age ($p = 0.05$), volume of resected lesion ($p = 0.01$), distance between the wire and the incision in case of stereotactic biopsy ($p = 0.01$) showed statistical significance for prediction of severe pain intraoperatively. Logistic regression multivariate model, the variables that resulted independent predictors of pain were "psychiatric illness", "anxiety pretreatment" and "volume", adjusted by variable chronic pain.

Conclusion: The use of intraoperative sedation in patients with suspected breast cancer, undergoing outpatient surgical procedure should be considered in the presence of psychiatric history, anxious, and presenting large volume lesions.

Keywords: Ambulatory Surgery, Pain, Breast Neoplasia; Predictors

Lista de Ilustrações

Figura 1.	Representação esquemática do protocolo de pesquisa.....	24
-----------	---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	Características gerais das pacientes	29
Tabela 2	Variáveis contínuas da amostra	29
Tabela 3	Variáveis categóricas relacionadas a lesão mamária.....	30
Tabela 4	Variáveis categóricas relacionadas a dor e a ansiedade das pacientes.....	31
Tabela 5	Variáveis categóricas relacionadas a percepção do cirurgião.....	32
Tabela 6	Variáveis categorias de dor relacionadas à paciente em relação a diferentes pontos de corte.....	34
Tabela 7	Variáveis categorias de dor relacionadas ao procedimento em relação a diferentes pontos de corte	35
Tabela 8	Variáveis contínuas relacionadas a dor em relação a diferentes pontos de corte	36
Tabela 9	Modelo multivariado ajustado frente a dor 4	37
Tabela 10	Modelo multivariado ajustado frente a dor 7	38

Sumário

Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de ilustrações	viii
Lista de tabelas	ix
1 Introdução	1
1.1 Epidemiologia do câncer de mama	2
1.2 Atraso ao diagnóstico.....	2
1.3 Programas de rastreamento do câncer de mama	3
1.4 Mudanças nos paradigmas do câncer de mama	4
1.5 Cirurgia ambulatorial	5
1.5.1 Regulamentação da prática da cirurgia ambulatorial.....	6
1.5.1.1 Condições da Unidade.....	7
1.5.1.2 Critérios de seleção da paciente	7
1.6 Diagnóstico de lesões não palpáveis	8
1.7 Impacto do diagnóstico do câncer de mama	11
1.8 Dor em paciente cirúrgico.....	12
1.9 Fatores preditores de dor.....	15
2 Objetivo	19
3 Materiais e Métodos	21
3.1 Ética em Pesquisa	21
3.2 Pacientes	21
3.3 Aquisição de dados	22
3.4 Mensuração da dor.....	24
3.5 Mensuração do grau de ansiedade	25
3.6 Dor e sedação.....	25
3.7 Análise estatística.....	25
4 Resultados	28
4.1 Análise descritiva	28

4.1.1 Características gerais	28
4.1.2 Dados pré-procedimento cirúrgico	28
4.1.3 Percepção da paciente sobre o procedimento	30
4.1.4 Percepção do médico sobre o procedimento	31
4.1.5 Sedação intra-operatória	32
4.2 Preditores de dor intra-operatória	32
4.2.1 Fatores preditores para o ponto de corte 4	32
4.2.2 Fatores preditores para o ponto de corte 7	33
4.3 Regressão logística dos fatores preditores de dor intra-operatória	37
4.3.1 Ponto de corte 4	37
4.3.2 Ponto de corte 7	38
5 Discussão	40
6 Conclusão.....	49
7 Bibliografia.....	51
Anexo	58
Apêndice.....	63

1. Introdução

1.1 Epidemiologia do Câncer de Mama

Diariamente centenas de mulheres recebem o diagnóstico de câncer de mama. No mundo, 1.38 milhões de mulheres são diagnosticadas e quase 500 mil morrem anualmente [1]. Na maioria dos países, corresponde ao câncer mais frequente (excluindo-se o câncer de pele) entre as mulheres. É o maior responsável por mortes relacionadas ao câncer entre as mulheres [2, 3]. Câncer de mama corresponde à maior incidência de câncer entre as mulheres na maioria das regiões do mundo, com exceção de algumas regiões da África, Américas Central e do Sul bem como Sudeste Asiático, onde câncer de colo de útero é mais comum [1]. Trata-se de um dos maiores problemas de saúde pública do mundo [4].

Estima-se que houve, em 2012, mais de 50.000 casos novos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres [5].

Aumento da incidência em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento é atribuído a melhora nos métodos diagnósticos, urbanização, aumento da expectativa e adoção do estilo de vida ocidental [6, 7].

1.2 Atraso diagnóstico

Atraso diagnóstico se refere a intervalo prolongado entre o aparecimento dos sintomas iniciais e a procura por auxílio médico e é definido por um período

maior que 12 semanas. O atraso diagnóstico está associado com pobre prognóstico [8]. Atraso diagnóstico está associado a aumento do tamanho inicial da neoplasia, estágios mais avançados ao diagnóstico e pior sobrevida[9]. Atraso é o maior contribuinte para diagnóstico inicial em estágios avançados do câncer de mama, e a principal causa de pior prognóstico em países em desenvolvimento [10, 11]. Os principais motivos do atraso diagnóstico envolvem aspectos pessoais (econômicos, culturais e sociais) bem como incapacidade do poder público [12].

1.3 Programas de Rastreamento do Câncer de Mama

Programas de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama, em mulheres assintomáticas, estão promovendo grandes mudanças na forma de se tratar o câncer de mama. Com a possibilidade de se fazer o diagnóstico de neoplasias clinicamente não palpáveis, microscópicas, há um incremento na sobrevida e redução das taxas de mortalidade. Um dos mais importantes determinantes da sobrevida é o estadiamento ao diagnóstico, que leva em consideração o tamanho tumoral e comprometimento linfonodal. A sobrevida média em 5 anos é de 99% para tumores localizados, 84% na presença de metástase linfonodal e 23% na presença de metástase a distância [13].

O rastreamento mamográfico é o método com a melhor relação custo-efetividade para a detecção do câncer de mama em estágios precoces [14]. Detecção precoce mostrou ser importante devido à forte associação entre tamanho do tumor e sobrevida [14, 15].

Primeiras evidências da efetividade de programas de rastreamento do câncer de mama utilizando a mamografia datam dos anos 80 e 90. Os primeiros

estudos demonstraram reduções, em média, de 25-30% nas taxas de mortalidade por câncer de mama [16, 17]. Vários países conduziram estudos avaliando a efetividade dos programas de rastreamento mamográfico. Uma redução da mortalidade entre 21-28% devido ao rastreamento foi observado na Austrália. Reduções entre 19-37% foram observados na Dinamarca, Reino Unido, Holanda e Suíça [18].

Em 2004 foram publicadas, no Brasil, as primeiras diretrizes do Ministério da Saúde recomendando rastreamento mamográfico a cada dois anos para mulheres entre 50-69 anos e anual a partir de 35 anos para mulheres com história familiar de câncer. Embora a publicação seja de 2004, legislação específica entrou em vigor apenas em 2008 [19].

1.4 Mudanças nos Paradigmas do Câncer de Mama

Mudanças extremas na abordagem cirúrgica do câncer de mama ocorreram nos últimos 30 anos. A técnica de remoção radical em bloco de todo tecido mamário e sua correspondente drenagem linfática, baseada na teoria Halstediana de disseminação [20], foi abandonada e os tratamentos conservadores, tanto na remoção do tecido mamário como na abordagem da axila, vêm sendo cada vez mais empregados. A teoria proposta pelo doutor Bernard Fisher, que define o câncer de mama como uma doença sistêmica, sendo o prognóstico firmado pela capacidade ou não do tumor em desenvolver metástase por meio da disseminação hematogênica, foi a base para o desenvolvimento da cirurgia com preservação de tecido mamário [21].

O diagnóstico e tratamento do câncer de mama passaram por mudanças drásticas nas últimas duas décadas, associados ao aprimoramento da anestesia e ao conceito do “Hospital Dia”, determinando a realização de grande número de procedimentos a nível ambulatorial [22, 23]. Desta forma, cada vez mais se indica procedimentos cirúrgicos ambulatoriais para diagnóstico, pois cada vez mais se faz o diagnóstico de lesões microscópicas / não palpáveis devido à intensificação dos programas de rastreamento do câncer de mama promovendo, assim, o diagnóstico precoce dessa neoplasia.

1.5 Cirurgia Ambulatorial

A mudança do pensamento médico sobre o valor terapêutico do repouso no pós-operatório abriu perspectiva para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial. Entre 1800 e 1940, o repouso era visto como a maior contribuição para a recuperação pós-operatória. Todavia, a partir das experiências assistenciais vivenciadas na 2ª Grande Guerra Mundial aumentaram as observações apoiando a redução, não só do repouso pós-operatório, mas também do período de internação [24].

Os primeiros relatos bem sucedidos de cirurgias ambulatoriais datam de 1090, no Reino Unido e 1940, no Canadá [25, 26]. A era moderna da cirurgia ambulatorial começou na década de 60, do século passado, no Butterworth Hospital, em Michigan, Estados Unidos da América (EUA) [27, 28]. O tratamento de pacientes sem internação passa a contar com apoio da anestesiologia. A cirurgia ambulatorial torna-se uma prática segura, se empreendida com a seriedade e controles rigorosos por parte do cirurgião e do anestesilogista, não

havendo razões para a ocorrência de maior incidência de complicações em comparação ao tratamento feito em ambiente hospitalar [28].

Nesse contexto, houve um crescente aperfeiçoamento dos conceitos e das práticas da cirurgia ambulatorial, sobretudo em alguns países da Europa e nos EUA. O desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, a incorporação de recursos para prevenção da dor, da náusea e do vômito, a melhoria da qualidade dos estabelecimentos e do sistema de saúde, além da redução dos custos da internação têm contribuído para o desenvolvimento da cirurgia ambulatorial[29]. Devido suas vantagens clínicas, econômicas e sociais associadas à excelente segurança e baixas taxas de mortalidade, em muitos países da América do Norte, Europa e Oceania responde por 50% dos procedimentos cirúrgicos realizados [30-32]

Avanços cirúrgicos e farmacológicos reduziram drasticamente a necessidade do tempo de internação para recuperação da anestesia e da cirurgia. Além disso, redução de custos bem como a satisfação do paciente devido menos efeitos colaterais, saída do hospital no mesmo dia do procedimento com mínima intervenção do dia-a-dia do paciente são os grandes responsáveis pelo grande avanço das cirurgias ambulatoriais [33].

1.5.1 Regulamentação da prática da cirurgia ambulatorial

A realização das cirurgias ambulatoriais é regulamentada pela portarias do Conselho Federal de Medicina [34, 35]. Os atos cirúrgicos e ou endoscópicos, em regime ambulatorial, devem levar em conta as seguintes condições: as condições da unidade e a seleção adequada de pacientes.

1.5.1.1 Condições da Unidade

Frente às condições da unidade faz-se necessário:

- a) Condições estruturais e sanitárias do ambiente com estrutura para esterilização e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;
- b) Registro de todos os procedimentos realizados;
- c) Condições mínimas para a prática da anestesia [35];
- d) Garantia de internação, caso haja necessidade;
- e) Garantia de assistência pós-alta durante 24 horas por dia na unidade ou no sistema de saúde.

1.5.1.2 Critérios de seleção do paciente

Frente às condições do paciente faz-se necessário:

- a) Pacientes hígidos ou com distúrbio sistêmico moderado decorrente de doenças crônicas;
- b) Procedimentos cirúrgicos que não necessitam cuidados especiais no pós-operatório;
- c) Garantia de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado.

O cirurgião com base na anamnese e no exame físico indica a operação e faz a programação da sua realização mediante anuência do paciente, levando em conta aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, além, evidentemente, da avaliação anestésica. A maioria dos pacientes incluídos no programa de cirurgia ambulatorial deve pertencer à classe I e II do escore da Sociedade Americana de

Anestesiologistas (ASA). Os pacientes classificados como ASA I não apresentam alterações orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psiquiátricas enquanto os pacientes avaliados como ASA II apresentam alterações de pequena monta facilmente corrigíveis. Os pacientes classificados como ASA III devem ser operados em regime de internação por apresentar alterações sistêmicas graves ou, eventualmente, se reunirem condições de ser tratados em regime ambulatorial, o procedimento deve ser feito em unidades integradas a um hospital [36].

O principal problema para desenvolvimento da cirurgia ambulatorial encontra-se na baixa aceitação do paciente por receio de sentir dor (dor durante ou após o procedimento). Intensidade da dor é o fator decisivo para satisfação do paciente após procedimento sob regime ambulatorial[37-39]. Educação e preparação do paciente para redução de ansiedade pré-operatória e, portanto, da dor é fundamental. O médico deve estar preparado para melhor conduzir o paciente, reduzindo seus medos, ansiedade e principalmente, fornecendo alternativas eficazes para controle da dor no intra e no pós operatório [40].

1.6 Diagnóstico de lesões não-palpáveis

O diagnóstico do câncer de mama sofreu grandes mudanças nas últimas décadas. No passado, 50-70% dos cânceres de mama eram diagnosticados através do exame físico [41]. O diagnóstico de lesões subclínicas aumentou drasticamente nos últimos anos. Cerca de 15-20% dos achados suspeitos a mamografia correspondem a lesões malignas [42, 43]. Portanto, justifica-se o

desenvolvimento de métodos diagnósticos minimamente invasivos para confirmação de posição da lesão bem como confirmação histológica.

Para diagnóstico das lesões mamárias, os métodos de punção-biópsia percutânea são mais favoráveis em termos de custo, economizam tempo e apresentam menor morbidade em comparação com a intervenção cirúrgica. Os procedimentos percutâneos podem utilizar agulha fina (punção aspirativa por agulha fina – PAAF) ou agulha grossa (punção por agulha grossa – PAG). Na PAAF são aspiradas células, e o material é enviado para estudo citopatológico, enquanto na PAG são obtidos fragmentos teciduais que são submetidos à avaliação histopatológica [44].

A PAAF representa um método mais acessível tanto para as pacientes quanto para os médicos. Usualmente sem contraindicações, suas complicações são raras, o manuseio da técnica é simples, podendo ser praticada em ambulatório [44]. Em mãos experientes representa um ganho de tempo e de recursos que viabilizam a sua aplicação em programas de detecção precoce do câncer de mama, podendo representar um método importante para o diagnóstico do câncer de mama [45]. Sua maior limitação são as elevadas taxas variáveis de material insuficiente [46, 47]. Tais resultados podem ocorrer principalmente devido à coleta insuficiente de material pelo examinador ou por problemas de interpretação por parte do citopatologista [45]. Além disso, a PAAF apresenta grande variabilidade na validade de seus resultados, o que também limita seu uso [46]. Uma revisão da literatura médica, baseada em 31.340 punções, indicou que a sensibilidade e a especificidade da PAAF variaram muito entre os grupos estudados: de 65 a 98% e de 34 a 100%, respectivamente [48]. Apesar dessas

limitações, a PAAF mantém sua importância no diagnóstico das lesões mamárias [45].

A punção aspirativa com agulha grossa (PAG) fornece mais informações sobre a lesão mamária, como a possibilidade de realização do diagnóstico das lesões benignas proliferativas com mais acurácia, a identificação do caráter invasor e do grau histológico da lesão, bem como o estudo imuno-histoquímico para identificação do status dos receptores hormonais e do HER-2, fundamentais para a terapêutica do câncer de mama [49]. Sua acurácia para o diagnóstico das lesões não palpáveis da mama vem se confirmando em uma série de estudos [46, 49, 50]. Recentemente, o *Radiologic Diagnostic Oncology Group V Study* demonstrou, após analisar 2.403 casos, sensibilidade e especificidade de 97 e 100%, respectivamente [51]. Outro estudo prospectivo e multicêntrico estimou que em uma série de 1.003 casos a sensibilidade e a especificidade da PAG foram de 91-92% e 98-100%, respectivamente [52]. Entretanto, a PAG, apesar de ser um método de elevada acurácia, apresenta maior custo e nem toda a população, principalmente a residente na periferia dos grandes centros urbanos, tem acesso a este método diagnóstico.

Para a realização de biópsias excisionais de lesões subclínicas pode-se realizar a marcação guiada por US ou mamografia. A técnica ideal de localização de lesões não palpáveis envolve localização precisa, evitar a remoção de tecido mamário sadio, promover margens livres com pouco tempo de procedimento e o menor tempo possível. Biópsia estereotática guiada por fio metálico é o método mais comum utilizado para localização de lesões não palpáveis [42, 53, 54]. Como principais desvantagens estão a dificuldade de posicionamento em mamas

densas, desconforto na passagem do fio e, principalmente, a possibilidade de deslocamento do fio durante o procedimento [55, 56].

Outra opção muito utilizada é a localização radioguiada de lesões ocultas (ROOL). O processo envolve injeção intra-tumoral de um radiotraçador nuclear guiado por ultrassom ou mamografia. A excisão é guiada através de um probe que detecta o radiomarcador. Este método vem ganhando popularidade na última década devido ao menor volume excisado, marcação mais acurada da lesão e altas taxas de ressecções com margens livres [57, 58].

1.7 Impacto do diagnóstico do câncer de mama

Muitos pacientes apresentam alterações de ordem psicológica com o diagnóstico de câncer, geralmente expressos na forma de depressão ou ansiedade[59], ocorrendo em até 50% dos pacientes [60-63]. O momento em que se recebe o diagnóstico de uma neoplasia é da maior angústia. Especialistas relatam maior nível de sofrimento emocional ao diagnóstico do que ao longo da doença [63-65].

Em geral, transtornos psiquiátricos são muito mais frequentes em pessoas que recebem um diagnóstico de câncer do que em qualquer outro tipo de doença[66, 67]. As taxas de depressão e desajuste de comportamento ocorrem em 23% das pacientes ao diagnóstico de uma neoplasia de mama [68].

Para a mulher, a mama representa um símbolo de feminilidade e sexualidade; qualquer doença que envolva a possibilidade de perda da mama pode ser devastadora na vida da mulher. Nos últimos anos, vários estudos têm avaliado os efeitos psicológicos e sexuais causados em uma paciente com

diagnóstico de câncer de mama. Os principais problemas estão relacionados a preocupação com os filhos, menopausa precoce e suas consequências, problemas com a imagem pessoal e vida sexual, carreira profissional, medo constante de recidiva da doença [69, 70].

1.8 Dor em paciente cirúrgico

O controle da dor e o alívio do sofrimento são responsabilidade e compromisso do profissional da área de saúde. Devido à falta de conhecimento a respeito de doses eficazes, do tempo de ação dos analgésicos, das técnicas analgésicas disponíveis, dos receios quanto à depressão respiratória, vício, entre outros fatores, há relatos na literatura especializada de que a dor é sub-tratada e é um sintoma frequente no ambiente hospitalar.

Doentes com câncer frequentemente vão a óbito sofrendo com dor moderada ou intensa. A dor do câncer é menos frequente nas fases iniciais da doença e é observada em 20% a 50% dos casos no diagnóstico e em 70% a 90% dos indivíduos com doença avançada. Costuma ser intensa em 25% a 30% dos doentes e frequentemente manifesta-se em mais de um local [71]

O inadequado alívio da dor no pós-operatório, apesar das suas repercussões, é um problema permanente na prática clínica. Em estudo sobre a avaliação de doentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal, observou-se que todos os doentes tinham algum analgésico prescrito em regime “se necessário”, mas cerca da metade não o havia recebido. Os que haviam recebido analgésico permaneceram com dor.[72]

O inadequado alívio da dor pós-operatória, só na última década, tem sido descrito no Brasil, mas há muito é citado na literatura internacional. O seu tratamento parece ter evoluído pouco durante os últimos anos.

Devido à sua prevalência, ênfase tem se dado à melhoria da qualidade da assistência ao paciente que sofre com a dor nas instituições hospitalares. Com foco nessa melhoria, indicadores e medidas que buscam avaliar a qualidade dos serviços prestados vêm se desenvolvendo, como a avaliação e o gerenciamento da dor. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realizem os ajustes necessários ao tratamento. A melhoria da qualidade e a humanização do atendimento constituem-se hoje uma busca indispensável para qualquer hospital que deseja alcançar um padrão mínimo que se adeque as práticas da atualidade. [73]

Além da qualidade na assistência há de se ressaltar os benefícios no manejo da dor nas instituições hospitalares. Ênfase deve ser dada ao tratamento da dor, não só por minimizar e eliminar o desconforto, mas também por facilitar a recuperação, evitar efeitos colaterais relacionados ao tratamento e promover tratamento com baixos custos, prevenindo complicações advindas de sua ocorrência que poderiam estar relacionadas com o aumento da morbidade e aumento do período de internação. O tratamento da dor tem como alicerces a monitorização padronizada, os protocolos para uso de analgésicos e controle dos efeitos colaterais, e do treinamento dos profissionais que serão responsáveis pela analgesia.

A dor é um sintoma e uma das causas mais frequentes da procura por auxílio médico. A necessidade de a dor ser reconhecida como 5º sinal vital foi

citada pela primeira vez em 1996 por James Campbell: “Se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado” [66].

A avaliação da dor deve ser visível nas instituições de saúde, assim o seu registro juntamente com os demais sinais vitais garantirá, na sua vigência, imediata intervenção e reavaliações subsequentes. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize os ajustes necessários ao tratamento [74].

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre 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. Devido a sua subjetividade McCaffery e Beebe definiram que a dor “é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir”.

Dor é uma sensação desagradável, que varia desde desconforto leve a excruciante, associada a um processo destrutivo atual ou potencial dos tecidos que se expressa através de uma reação orgânica e/ou emocional [75].

A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo apreende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com lesões nos primeiros anos de vida. Os biólogos sabem que os estímulos causadores de dor são capazes de lesão tecidual. Assim, a dor é aquela experiência que associamos com lesão tecidual real ou potencial. Sem dúvida é uma sensação em uma ou mais partes do

organismo, mas sempre é desagradável, e, portanto representa uma experiência emocional [75].

Muitas pessoas relatam dor na ausência de lesão tecidual ou de qualquer outra causa fisiopatológica provável: geralmente isto acontece por motivos psicológicos. É impossível distinguir a sua experiência da que é devido à lesão tecidual se aceitarmos o relato subjetivo.

A abordagem que se faz da dor, atualmente, é que ela é um fenômeno “biopsicossocial” que resulta de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais e não uma entidade dicotômica.

A dor já é reconhecida como um quinto sinal vital que deve ser avaliado em todo paciente internado, em especial em pacientes no pós-operatório [76]. Um bom controle da dor no pós-operatório está associado a melhores resultados cirúrgicos [74, 77], bem como um controle inadequado da dor está associado a um estímulo do sistema simpaticomimético, aumentando complicações cardiovasculares como isquemia miocárdica e arritmias [78]. Além disso, há aumento do risco de complicações pulmonares [78], risco aumentado de desenvolvimento de dor crônica no pós operatório [79, 80], bem como o trauma psíquico gerado pela experiência dolorosa. Promove-se, portanto, aumento dos custos do sistema de saúde e redução da satisfação dos pacientes [39, 81, 82].

1.9 Fatores preditores de dor

Vários estudos tentaram encontrar fatores que possam prever a dor que um paciente pode apresentar no pós operatório. Apesar dos avanços no conhecimento da fisiologia, farmacologia e anestesiologia, prever quais

pacientes apresentarão dor intensa no intra-operatório ou pós-operatório ainda permanece um grande desafio. A porcentagem de pacientes insatisfeitos com a analgesia pós operatória tem permanecido constante nos últimos 20 anos, em torno de 60% [83, 84]. É comumente reconhecido que dor pós-operatória é determinada primariamente pela duração e tipo de cirurgia bem como pelo tratamento da dor no pós-operatório [85]. Entretanto, pacientes que são submetidos a mesmo procedimento podem apresentar intensidades de dor diferentes [86, 87]. Os reais mecanismos que determinam esta variabilidade interpessoal ainda permanecem desconhecidos.

A dor é determinada não somente por características de estímulos nocivos, mas também por fatores ambientais [71]. Estes representam importante variabilidade interpessoal devido a perfis psicológicos, experiências dolorosas prévias[71]. Estudos com dor crônica sugerem que muitos fatores influenciam na sua intensidade, tais como diferenças culturais e étnicas[88], perfil psicológico da paciente [88, 89], histórico de dor, nível sócio-econômico [90] e envolvimento familiar [91, 92].

Os fatores psicológicos são importantes na percepção da dor [93, 94]. Tradicionalmente, ansiedade e depressão são as principais variáveis de interesse. Existe uma correlação entre altos níveis de ansiedade pré-operatória e dor pós-operatória [72, 73]. Em alguns estudos, a depressão mostra a mesma associação [95].

A ansiedade é a manifestação mais frequente no pré-operatório de procedimento cirúrgicos [96-98]. Entre os fatores relacionados a ela incluem-se: medo da cirurgia e da morte, antecipação da dor cirúrgica, incapacitação acompanhada da perda de independência e separação da família [96, 98]. Sua

incidência no pré-operatório, em adultos, varia de 11 a 80%. Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a ansiedade, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é considerado o padrão-ouro e tem sido amplamente utilizado [98]. A importância de se avaliar a ansiedade se acentua devido à importância de verificar, de modo mais aprofundado, a associação entre esta manifestação no pré-operatório e a recuperação no pós-operatório[99]. Altos níveis de ansiedade pré-operatória, avaliados pelo IDATE, têm sido associados a importantes consequências no pós-operatório, como dor, consumo de analgésico, morbimortalidade cardiovascular e infecção no sítio cirúrgico [72, 97, 100-103].

Além desses fatores, acredita-se que outros fatores psicológicos estejam associados à dor como a catastrofização da dor. A catastrofização da dor, em alguns estudos, mostrou ser fator com maior peso na dor pós-operatória quando comparado a ansiedade e a depressão [104]. Catastrofização é um pensamento distorcido e negativo que pode ser definido como um “pensamento negativo exagerado”. Relação entre catastrofização e intensidade de dor referida tem sido relatada em vários estudos, tanto para dor crônica como para dor aguda pós-operatória [105, 106].

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo devido ao aumento crescente de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais com anestesia local, procedimentos estes cada vez mais presentes na mastologia moderna. Além disso, há ausência de estudos na literatura que relacionem dor intra-operatória e cirurgia ambulatorial para o câncer de mama.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Determinar fatores que indiquem previamente à cirurgia, quais seriam as candidatas ideais para realização de procedimento cirúrgico ambulatorial, utilizando sedação intra-operatória.

MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, controlado, sem cegamento, realizado no Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII no período de 01/2012 a 01/2013. Estudo realizado no Departamento de Mastologia e Reconstrução e no Departamento de Cirurgia Ambulatorial do mesmo hospital.

3.1 Ética em Pesquisa

Antes do seu início, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII em 20/03/2012 sob número 562/2011.

3.2 Pacientes

Participaram do estudo todas as pacientes do sexo feminino que apresentavam indicação de procedimento cirúrgico ambulatorial para diagnóstico de lesões mamárias suspeitas.

Critérios de inclusão

- Idade superior a 18 anos;
- Procedimentos: biópsia incisional, biópsia excisional ou biópsia guiada por estereotaxia;
- Ausência de déficit cognitivo importante;
- Concordância com os termos do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão

- Pacientes submetidas a procedimento com necessidade de participação de um profissional anestesiológico (sedação profunda ou anestesia geral);
- Pacientes em desacordo com critérios para participação de procedimento cirúrgico ambulatorial ($ASA \geq 3$);
- Procedimentos cirúrgicos que não se enquadrem nos critérios de inclusão;
- Não concordância com os termos do Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3 Aquisição de dados

Os dados foram avaliados por dois profissionais. Previamente ao procedimento uma enfermeira do Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) treinada para a aplicação do questionário oferecia à paciente o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo 1), e após aceitação, a mesma aplicava um questionário IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), validado para quantificação do grau de ansiedade (Anexo 2). O cirurgião, que não sabia do resultado do questionário, avaliava o caso e realizava o procedimento ambulatorial, independente do questionário ou história clínica da paciente. A coleta das pacientes ocorreu de maneira consecutiva.

A coleta dos dados foi realizada por uma única profissional. O questionário era aplicado momentos antes do procedimento, em uma sala reservada, anexa ao Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA). Após concordarem em participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes respondiam a um questionário envolvendo vários itens: dados demográficos, presença de comorbidades, grau de ansiedade, história prévia pessoal e familiar

de neoplasia, passado de dor crônica (dor com mais de seis semanas de evolução), entre outros dados. Aplicava-se, também, o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) - questionário validado para quantificação do grau de ansiedade.

Após esta fase inicial, as pacientes eram então submetidas ao procedimento cirúrgico inicialmente proposto. A opção do profissional a realizar o procedimento ocorreu de forma aleatória. A escolha do tipo e quantidade de anestésico aplicada, a forma de execução do procedimento, bem como a necessidade ou não de sedação ficaram a critério exclusivo do médico executor do procedimento. Quando o médico julgou no pré-operatório ou no transoperatório, pelas condições da paciente, a necessidade de sedação, o mesmo realizava tal procedimento, e a paciente mantinha-se no protocolo.

Ao término do procedimento cirúrgico, os cirurgiões preenchiam a ficha clínica da paciente, a qual continha perguntas a respeito do procedimento cirúrgico propriamente dito, além de sua interpretação frente ao grau de ansiedade, dor da paciente, bem como se considerava correto seu julgamento frente ao procedimento anestésico realizado. O profissional saía da sala, e a técnica de enfermagem que auxiliou o procedimento questionava a paciente frente à ansiedade, dor e se a mesma realizaria o procedimento cirúrgico novamente, nestas condições (Apêndice 1). Os dados foram coletados em ficha padronizada, tabulados e posteriormente encaminhados para análise estatística.

A Figura 1 exemplifica o fluxo das pacientes.

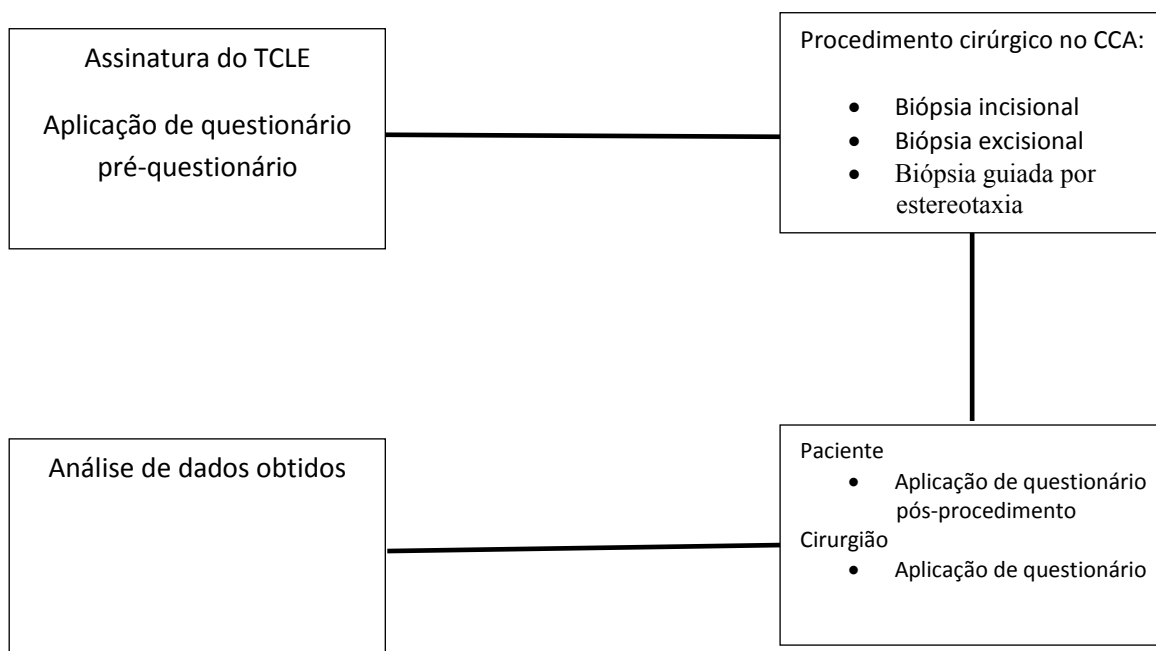


Figura 1. Representação esquemática do protocolo de pesquisa

3.4 Mensuração da dor

Na avaliação da dor, utilizou-se a Escala Visual Análoga (EVA), comumente usada para avaliar a intensidade e a severidade da dor [107-109]. Nesta escala, classifica-se a dor: 0 – dor ausente; 1-3 – dor fraca; 4-6 – dor moderada; 7-9 – dor forte e 10 – dor insuportável. A Figura 2 exibe o exemplo da mesma.

Utilizamos, em nossas análises, dois pontos de corte diferentes: $EVA \geq 4$ (ou seja, dor moderada, forte e insuportável) e $EVA \geq 7$ (ou seja, dor forte e insuportável).

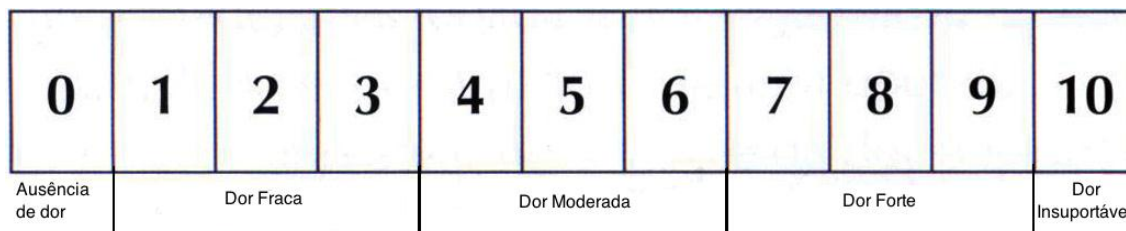


Figura 2. EVA - Escala Visual Analógica para quantificação da dor

3.5 Mensuração do grau de ansiedade

Para avaliação da mensuração do grau de ansiedade, utilizou-se o método IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) [110], traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício em 1979 [111].

3.6. Dor e sedação

Na avaliação da variável de interesse, isto é a necessidade de procedimento ambulatorial necessitando o uso de anestesista, associaram-se duas variáveis, a utilização de sedação transoperatória, associada a nota de dor expressada pela paciente. Neste sentido criaram-se duas variáveis: Dor ≥ 4 e Dor ≥ 7 . Não se excluíram as pacientes sedadas da amostra, visto que estas apresentavam condições intrínsecas que necessitavam de sedação, e sua exclusão, poderia mascarar a variável considerada de interesse, isto é, necessidade de sedação ambulatorial.

3.7 Análise Estatística

A partir dos dados coletados foram avaliadas as frequências simples. As variáveis categóricas e contínuas foram então avaliadas através do *qui-quadrado*

e *t de student*, respectivamente. Foram consideradas de significância as variáveis com $p < 0.05$. Realizou-se então análise univariada das variáveis. Das variáveis que se mostraram de significância até $p < 0.20$, foi realizada regressão logística multivariada, visando determinação de fatores de risco.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva

4.1.1 Características gerais

Foi incluído no estudo um total de 230 pacientes. A idade média foi de 49.2 (± 11.4) anos. As características gerais deste grupo são apresentadas na Tabela 1. Há dados sobre estado civil, escolaridade, morbilidade associada e história prévia familiar e pessoal de neoplasia.

4.1.2 Dados pré-procedimento cirúrgico

As indicações para procedimento ambulatorial foram, em 73.1% dos casos, a presença de nódulo suspeito, enquanto que nos 26.9% restantes presença de microcalcificações suspeitas. Em apenas 2.8% dos casos havia alteração mamária suspeita em ambas as mamas. Radiologicamente, a maioria das lesões eram Birads IV (82.5%); Birads V em 9.6% dos casos e Birads III em 8.0% das alterações suspeitas.

Dois tipos principais de procedimentos diagnósticos foram realizados: em 78.1% dos casos, biópsias estereotáxicas (na maioria dos casos guiadas por fio metálico); nos 21.9% restantes, foram realizadas biópsias incisionais / excisionais. O anestésico preferencial utilizado nos procedimentos foi a lidocaína 2%. Em quase 80% das vezes, o procedimento foi realizado por médico residente / especializando. O tempo médio para realização dos procedimentos foi de 28

minutos. Houve uso preferencial, durante a ressecção, de tesoura / bisturi (em 71.3% dos procedimentos). As lesões localizavam-se, em média, a 2.3 cm da pele.

Tabela 1. Características gerais das pacientes.

Variável	Categoria	N (%)
Estado Civil	Solteira / Separada	52 (20.7%)
	Casada / Amasiada	175 (69.7%)
	Viúva	24 (9.6%)
Escolaridade	Analfabeta	22 (8.2%)
	1º grau	149 (59.4%)
	2º e 3º grau	80 (31.9%)
Comorbidades	Diabetes Mellitus	28 (12.1%)
	Hipertensão arterial	86 (37.4%)
	Doença Reumatológica	9 (3.6%)
	Doença Psiquiátrica	50 (19.9%)
	Dor crônica prévia	88 (41.7%)
Historia	Pessoal de câncer de mama	13 (5.2%)
	Familiar de câncer	136 (54.2%)

Tabela 2. Variáveis contínuas da amostra

Variável	Mensuração	Média ± DP
Volume anestésico	ml	15.7 ± 7.7
Profundidade da lesão	cm	2.7 ± 1.8
Distância entre fio e incisão	cm	2.3 ± 1.8
Tempo do procedimento	minutos	28.3 ± 12.5
Tamanho da lesão	cm	2.6 ± 1.2
Volume da lesão	cm ³	27.6 ± 32.4

Tabela 3. Variáveis categóricas relacionadas a lesão mamária

Variável	Categoria	N (%)
Mama	Unilateral	244 (97.2%)
	Bilateral	7 (2.8%)
Lesão suspeita	Nódulo	179 (73.1%)
	Microcalcificação	66 (26.9%)
BI-RADS	BI-RADS 3	20 (8.0%)
	BI-RADS 4	207 (82.5%)
	BI-RADS 5	24 (9.6%)
Biópsia	Estereotática	196 (78.1%)
	Incisional/ Excisional	55 (21.9%)
Anestésico preferencial	Xilocaína	225 (98%)
	Bupivacaína	5 (2%)
Número de lesões	1 lesão	233 (92.8%)
	Mais de 1 lesão	18 (7.2%)
Bisturi preferencial	“A frio” (tesoura/bisturi)	180 (71.7%)
	Bisturi elétrico	71 (28.3%)

4.1.3 Percepção da paciente sobre o procedimento

Mais de 70% das pacientes referiam ausência ou baixo grau de ansiedade antes do procedimento cirúrgico. Quando indagadas sobre o que mais incomodou durante o procedimento, 29.9% referiram dor como maior queixa. Cerca de 65% das pacientes apresentaram dor leve durante o procedimento (VAS entre 1 e 3). Em 83.7% dos casos, as pacientes afirmaram que se submeteriam ao mesmo procedimento novamente, se fosse necessário. A dor média ao procedimento foi de 2 ± 2.6 , sendo que a IDATE média foi de 38 ± 15.3 . O que mais incomodou as

pacientes durante o procedimento, em ordem decrescente: dor do procedimento (62.0%), o ambiente cirúrgico (28.5%), conversas paralelas (3.5%), outros (6.0%) (uso do eletrocaltério)

Tabela 4. Variáveis categóricas relacionadas à dor e à ansiedade das pacientes

Variável	Categoria	N (%)
Ansiedade pré-procedimento	Ausente	59 (23.5%)
	Baixo	129 (51.4%)
	Moderado	40 (15.9%)
	Alto	23 (9.2%)
Fator que mais incomodou	Nada	148 (59%)
	Dor	75 (29.9%)
	Outros	28 (11.1%)
Dor no procedimento	1-3	165 (65.7%)
	4-6	62 (24.3%)
	7-10	23 (10.0%)
Faria o exame novamente	Sim	210 (83.7%)
	Não	41 (16.3%)

4.1.4 Percepção do médico sobre o procedimento

Em 74.9% dos casos, o médico acreditava que a paciente apresentava-se com grau de ansiedade ausente ou baixo previamente ao procedimento. Quando o médico foi indagado se a analgesia por ele realizada foi suficiente, 91% referiram que sim. Já quando questionado se indicaria, novamente, o mesmo procedimento com anestesia local, 81.7% dos médicos afirmaram que sim.

Tabela 5. Variáveis categóricas relacionadas à percepção do cirurgião

Variável	Categoria	N (%)
Você acha que a anestesia foi adequada	Sim	229 (91.2%)
	Não	22 (8.8%)
Qual a melhor opção para o procedimento	Anestesia local apenas	184 (73.3%)
	Anestesia local + sedação	67 (26.7%)
Indicaria novamente sob anestesia local	Sim	205 (81.7%)
	Não	46 (18.3%)

4.1.5. Sedação Intra-operatória

Sedação ocorreu em 17 casos (6.8%). No restante dos casos, realizou-se apenas anestesia local.

4.2 Preditores de dor intra-operatória

4.2.1 Fatores preditores para o ponto de corte 4

Quando analisamos os dados obtidos, entre as variáveis categóricas, observa-se maior queixa de dor em pacientes portadores de doença reumatológica ($p=0.01$), história pessoal de neoplasia de mama ($p=0.02$). O tipo de procedimento realizado também influenciou na intensidade de dor referida durante o ato cirúrgico, sendo maior nas pacientes submetidas a biópsias excisionais / incisionais quando comparadas as biópsias guiadas por estereotaxia ($p=0.05$). Pacientes referindo maior ansiedade no pré-operatório referiram maior dor no intra-operatório ($p=0.01$). Dentre as variáveis contínuas, apenas volume da lesão ressecada ($p=0.05$) mostrou-se preditora de dor intra-operatória.

4.2.2 Fatores preditores para ponto de corte 7

Entre variáveis categóricas, foram preditoras para dor intensa: baixa escolaridade ($p=0.01$); ser portador de doença reumatológica ($p=0.01$), distúrbio psiquiátrico ($p=0.05$); presença de história pessoal de neoplasia ($p=0.03$) e presença de alta ansiedade pré-procedimento ($p=0.00$). No caso das variáveis contínuas, idade ($p=0.05$), volume da lesão ressecada ($p=0.01$), distância entre o fio e a incisão no caso de biópsia esterotáxica ($p=0.01$) mostraram significância estatística para predição de dor intensa no intra-operatório.

Tabela 6. Variáveis categóricas de dor relacionadas à paciente em relação a diferentes pontos de corte.

	Dor 4-10	<i>p</i>	Dor 7-10	<i>p</i>
Estado civil		0.91		0.09
Solteira / Separada	40.4%		17.3%	
Casada / Amasiada	37.1%		12.6%	
Viúva	37.5%		29.2%	
Escolaridade		0.08		0.01
Analfabeta	54.5%		36.4%	
1º Grau	32.9%		13.4%	
2º e 3º Grau	42.5%		12.5%	
Comorbidade associada				
Doença Reumatológica		0.01		0.01
Sim	77.8%		55.6%	
Não	36.4%		13.6%	
Doença Psiquiátrica		0.72		0.05
Sim	40.0%		24.0%	
Não	37.3%		12.9%	
Dor Crônica		0.99		0.10
Sim	39.8%		19.3%	
Não	39.8%		11.4%	
Neoplasia prévia		0.02		0.03
Sim	7.7%		0.0%	
Não	39.5%		16.0%	
Familiar com neoplasia		0.70		0.60
Sim	36.8%		14.0%	
Não	39.1%		16.5%	

Tabela 7. Variáveis categóricas de dor relacionadas ao procedimento em relação a diferentes pontos de corte.

	Dor 4-10	<i>p</i>	Dor 7-10	<i>p</i>
Tipo da lesão		0.44		0.49
Nódulo	33.2%		9.2%	
Microcalcificação	37.1%		11.3%	
Birads		0.89		0.98
III	31.6%		10.5%	
IV	33.3%		9.2%	
V	38.1%		9.5%	
Tipo de procedimento		0.05		0.47
Biópsia estereotáxica	34.7%		18.2%	
Biópsia Incisional / excisional	49.1%		14.3%	
Uso preferencial		0.38		0.07
Bisturi elétrico	32.5%		18.3%	
A frio (tesoura / bisturi)	38.5%		13.4%	
Profissional que operou		0.91		1.00
Titular	38.5%		15.4%	
Especializando	37.7%		15.1%	
Lesões ressecadas		0.68		0.59
1 lesão	38.2%		14.6%	
> 1 lesão	33.3%		22.2%	
Ansiedade pré		0.01		0.00
Ausente	27.1%		10.2%	
Baixa	37.2%		15.5%	
Moderada	40.0%		5.0%	
Alta	65.2%		43.5%	

Tabela 8. Variáveis contínuas relacionadas à dor em relação a diferentes pontos de corte.

Variável			Média	Desvio Padrão	<i>P</i>
Idade	Dor 4-10	Ausente	49.4	12.2±0.98	0.99
		Presente	49.2	10.1±1.05	
	Dor 7-10	Ausente	48.6	48.6±0.79	0.05
		Presente	52.5	52.5±1.74	
Tamanho da Lesão	Dor 4-10	Ausente	2.5	1.1±0.09	0.37
		Presente	2.6	1.3±0.14	
	Dor 7-10	Ausente	2.5	1.1±0.08	0.08
		Presente	2.9	1.3±0.23	
Volume ressecado	Dor 4-10	Ausente	24.5	26.3±2.13	0.05
		Presente	32.7	40.1±4.18	
	Dor 7-10	Ausente	24.8	24.8±1.92	0.01
		Presente	43.4	43.4±8.02	
Tempo de procedimento	Dor 4-10	Ausente	28.1	13.1±1.07	0.74
		Presente	28.6	11.5±1.21	
	Dor 7-10	Ausente	28.1	12.4±0.86	0.55
		Presente	29.4	13.5±2.29	
Profundidade Da lesão	Dor 4-10	Ausente	2.8	1.8±0.17	0.46
		Presente	2.6	1.7±0.17	
	Dor 7-10	Ausente	2.7	1.8±0.12	0.39
		Presente	2.9	1.7±0.28	
Distância Fio-incisão	Dor 4-10	Ausente	2.2	1.6±0.14	0.22
		Presente	2.5	2.0±0.24	
	Dor 7-10	Ausente	2.7	1.8±0.12	0.01
		Presente	2.9	1.7±0.28	
IDATE	Dor 4-10	Ausente	42.8	16.8±1.34	0.31
		Presente	40.8	12.5±1.28	
	Dor 7-10	Ausente	42.1	15.8±1.08	0.83
		Presente	41.6	12.3±2.00	

4.3 Regressão logística dos fatores preditores de dor intra-operatória

4.3.1 Ponto de corte 4

Realizado regressão logística univariada para as variáveis: faixa etária, volume, tamanho, tipo de procedimento, profundidade da lesão, distância entre fio e incisão, uso preferencial na ressecção, médico que realizou o procedimento, número de lesões ressecadas, ansiedade pré-procedimento, doença reumatológica, doença psiquiátrica, história de câncer na família, história pessoal de câncer, dor crônica, cirurgia mamária prévia e soma do IDATE.

No modelo multivariado, consideraram-se as variáveis que tiveram valor de $p < 0.20$ na análise univariada, construindo-se desta maneira o modelo múltiplo. Neste sentido permaneceram no modelo multivariado a ansiedade pré-tratamento, a profundidade da lesão e a história pessoal de câncer (Tabela 9). Neste sentido a única variável que se mostrou como fator preditor independente para a dor foi a ansiedade pré-tratamento, ajustada pelas outras duas variáveis.

Tabela 9. Modelo multivariado ajustado frente à dor 4.

Variável	OR	IC	P
Referência	1.00	-	-
História pessoal	0.175	0.02-1.39	0.099
Ansiedade pré-tratamento	1.685	1.23-2.31	0.001
Profundidade	0.861	0.73–1.01	0.074

4.3.2 Ponto de corte 7

Utilizaram-se as mesmas variáveis utilizadas no ponto de corte 4. No modelo multivariado, adotaram-se as variáveis que se mostraram significativas no modelo univariado. Foram consideradas as variáveis: volume, ansiedade pré-tratamento, doença reumatológica, doença psiquiátrica, dor crônica. Após ir incluindo todas as variáveis exclui-se doença reumatológica pela pouca quantidade de casos para esse ponto de corte. Permaneceram no modelo multivariado as variáveis: doença psiquiátrica, ansiedade pré-tratamento, volume ressecado e dor crônica. As variáveis que resultaram preditoras independentes para dor foram “doença psiquiátrica”, “ansiedade pré-tratamento” e “volume”, ajustadas pela variável dor crônica.

Tabela 10. Modelo multivariado ajustado frente à dor 7.

Variável	OR	IC	P
Referência	1.00	-	-
Antecedente psiquiátrico	5.022	1.65-15.29	0.005
Ansiedade pré-tratamento	2.194	1.27-3.80	0.005
Volume ressecado	1.013	1.01-1.03	0.039
Dor crônica	1.649	0.56-4.88	0.366

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Este é, pelo nosso conhecimento, o primeiro estudo especificamente desenhado para avaliação de dor intra-operatória durante procedimento cirúrgico ambulatorial para pacientes com suspeita diagnóstica (ou diagnóstico) de câncer de mama. Já são bem conhecidos vários preditores para dor aguda e/ou crônica no pós operatório [93, 112-117]. Não há na literatura dados semelhantes para prever dor intra-operatória e assim melhor selecionar quais pacientes seriam candidatas ideais ao procedimento com sedação. Em muitas de nossas análises, correlacionamos os já conhecidos preditores para dor no pós operatório com resultados de preditores para dor intra-operatória devido ausência de dados similares disponíveis na literatura mundial.

A expansão dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais na prática cirúrgica moderna resultaram em uma aumento nas técnicas com uso de anestesia local. Assim, procedimentos cada vez mais complexos podem ser realizados com o paciente acordado. Com esta nova realidade, surgem novas preocupações, como a dor e desconforto que podem envolver tais procedimentos.

A dor nada mais é que uma experiência sensorial e emocional influenciada por aspectos psicológicos, sensoriais, afetivos, socioculturais e ambientais. Apesar de todo esse conhecimento sobre a dor e suas consequências, a dor é frequentemente sub-tratada. A porcentagem de pacientes insatisfeitos com a analgesia tem permanecido constante nos últimos 20 anos, em torno de 60% [83, 84]. Controle inefetivo da dor é algo inaceitável porém frequente [118].

Um grande desafio do combate e entendimento da dor inicia-se na sua mensuração, já que a dor é, antes de tudo, subjetiva, variando individualmente em

função de vivências culturais, emocionais e ambientais e de processo fisiopatológico.

Diversas escalas de dor têm sido amplamente usadas para avaliar dor crônica e aguda em diferentes condições médicas. Os instrumentos podem ser uni ou multidimensionais; descritivos ou de graduação; para adultos e crianças; para pessoas de baixa e alta escolaridade.

A Escala Visual Análoga (EVA) é a escala comumente usada para avaliar a intensidade e a severidade da dor. O uso dela é justificado pelo pouco tempo que leva para ser respondida, pode ser administrada rápida e repetidamente durante o acompanhamento do paciente e pode ser usada tanto na clínica quanto na pesquisa [107-109]. Nesta escala, classifica-se a dor: 0 – dor ausente; 1-3 – dor fraca; 4-6 – dor moderada; 7-9 – dor forte e 10 – dor insuportável.

Utilizando-se a regressão logística multivariada encontramos como preditores independente dor moderada e/ou intensa intra-operatória a ansiedade, o volume da lesão ressecada e a presença de distúrbio psiquiátrico.

Quando se pensa em preditores para dor pós operatória, a ansiedade é um dos fatores mais estudados. Vários estudos [112, 115, 119] têm a ansiedade como um dos maiores preditores para dor intensa no pós-operatório. Altos índices de ansiedade no pré-operatório estão relacionados dor intensa no pós operatória, maior consumo de analgésicos no pós-operatório e desenvolvimento de dor crônica. Porém, essas conclusões não são unânimes na literatura; encontramos vários estudos que não observaram correlação positiva entre ansiedade e dor intensa no pós-operatório [112]. Acredita-se que esses resultados conflitantes sejam resultado de diferenças nos questionários para dor, tipos de procedimentos cirúrgicos e variabilidade nas amostras [112].

Na nossa casuística, a ansiedade referida pelo paciente foi um importante instrumento para predizer dor moderada / intensa no intra-operatório. Tanto para identificação de dor moderada (OR -1.68) e principalmente para dor intensa (OR-2.19), a ansiedade referida no pré-operatório está relacionada a maior queixa de dor no intra-operatório.

Talvez, pequenas medidas adotadas pelos profissionais da saúde poderiam trazer maior tranquilidade e menor ansiedade para o paciente a ser submetido a um procedimento sob anestesia local. Pacientes são obrigados a andar, muitas vezes seminus, em uma sala com estranhos, ficar imóveis em uma mesa estranha e, durante o procedimento, ser sujeitos a sons e cheiros causados pelo eletrocaltério bem como a ouvir as discussões técnicas e informais que ocorrem normalmente em um centro cirúrgico. Todos esses constituem fatores estressantes, responsáveis pelo aumento da ansiedade antes e durante um procedimento cirúrgico. Já é bem conhecido que a comunicação direta e o fornecimento de informações para os pacientes diminui a ansiedade peri-operatória [120]. São de grande incômodo para um paciente anestesiado as conversas entre os profissionais utilizando-se termos técnicos e conversas paralelas que ocorrem durante um procedimento cirúrgico com o paciente acordado.

Em nosso estudo, dentre as principais queixas relatadas pelo paciente estavam, além da dor do procedimento, o ambiente cirúrgico e as conversas paralelas durante o procedimento. Todos esses fatores são estressantes e causadores de aumento de ansiedade peri-operatório. Observamos que o uso do bisturi elétrico frente ao uso de bisturi / tesoura durante a dissecação de tecidos, apesar de ausência de significância estatística como preditor de dor intra-

operatória, representou instrumento estressor, sendo causa de desconforto durante o ato cirúrgico.

Há métodos mais objetivos para avaliação do grau de ansiedade do que a simples informação de que se está ou não ansioso. Inúmeros são os escores para avaliação do estado de ansiedade (IDATE, Escore de Beck). Em nossos estudos optamos pela utilização do IDATE. O IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1970 [110], traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício em 1979 [111]. Corresponde a um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados a ansiedade [114]. Considerado o método padrão-ouro para mensuração do grau de ansiedade[111]. A escolha do IDATE para ser aplicada neste estudo deve-se à qualidade do instrumento (auto avaliação e de fácil compreensão pelo leigo) e por ser considerada uma escala padrão-ouro. Consiste em 20 afirmações para as quais os voluntários indicam a intensidade naquele momento através de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O escore total da escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A fim de se evitar a “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, isto é, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebem o valor de 4, 3, 2 ou 1 respectivamente. Há 10 itens computados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20).

Estudos prévios utilizando este inventário concluíram que a intensidade da dor pós-operatória relaciona-se com altos valores no IDATE [71, 121, 122]. Em nosso estudo não encontramos relação entre dor no intra-operatório e ansiedade pré-operatória pelo IDATE. Além disso, observamos que a estrutura do IDATE, com 20 questões, com múltipla escolha, limita seu uso como instrumento prático e

de fácil aplicação nos diferentes cenários clínicos e de pesquisa, especialmente quando se deseja fazer avaliações repetidas. Trata-se de um instrumento de difícil aplicação na prática diária o que acabaria promovendo grandes atrasos no pré-cirúrgico.

O volume de mama ressecada também constitui-se fator preditor de dor intra-operatória. Resultado esse esperado pois a ressecção de maior volume resulta em maior dano tecidual provocando maior dor durante o procedimento. De forma inesperada, não encontramos o mesmo achado quando se trata de profundidade da lesão ressecada. Isso se deve, possivelmente, aos diferentes tamanhos de mama; lesões de localização profunda em mamas volumosas não trazem a mesma repercussão quando presentes em mamas diminutas. Talvez, mais importante que a profundidade da lesão, seja a relação profundidade / volume mamário.

Foi definido como doença psiquiátrica qualquer patologia que se incluía Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID 10). Prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 19.9% em nossa amostra; dados semelhantes a prevalência geral na população brasileira, que é de 21% [123]. A presença de transtornos psiquiátricos mostrou-se preditora de dor intra-operatória. Esses dados confirmam outros presentes em vários estudos em que além da ansiedade, a depressão, transtornos obsessivos-compulsivos e transtornos de humor estão associados a maior percepção de dor no pós-operatório [117].

O diagnóstico de câncer de mama para lesões subclínicas é algo cada vez mais presente em nossa realidade. Tudo isso graças ao estímulo da detecção precoce do câncer com políticas de rastreamento baseadas no exame de

mamografia. Cada vez mais se faz uso de métodos menos invasivos para seu diagnóstico. As biópsias do tipo “core” devem ser estimuladas por serem menos desconfortáveis para a paciente. Porém, havendo discordância clínico-patológica, faz-se necessário a realização de biópsias cirúrgicas. Nossa amostra, que englobou apenas casos de biópsias cirúrgicas, constitui-se de pacientes com biópsia “core” ou punção com agulha fina prévia. Nesses casos, na ausência de resultados conclusivos ou na necessidade de maior quantidade de tecido para análise pelo patologista, indicou-se a biópsia cirúrgica. A maioria das pacientes em nosso estudo foram submetidas a biópsias guiadas por estereotaxia, refletindo assim, o diagnóstico cada vez mais precoce de lesões mamárias. As biópsias incisionais / excisionais, quando comparadas às biópsias estereotáticas, foram preditores de dor moderada / intensa durante procedimento cirúrgico mamário.

A população do nosso estudo é constituída basicamente de pessoas com baixo nível de escolaridade (quase 70% da amostra com até 1º grau completo), característica da população atendida em nosso hospital. Não encontramos relação entre escolaridade e a dor referida no intra-operatório. Poucos estudos [103, 116] sugerem haver uma relação entre baixo nível de escolaridade e menor queixa de dor no pós-operatório devido, provavelmente, às diferenças no traço de personalidade e capacidade de lidar com a dor.

Pacientes jovens apresentaram dor mais intensa no intra-operatório, quando comparadas a pacientes com idade mais avançada. Resultados semelhantes são encontrados quando avaliamos preditores de dor pós-operatória [71, 114, 116, 124, 125]. Acredita-se que com o avançar da idade, há uma redução da percepção nociceptiva periférica, reduzindo a percepção da dor.[71]

Dor crônica é definida como dor persistente ou recorrente com mais de 3 meses de evolução. Histórico de dor crônica é um conhecido fator preditor de dor moderada / intensa em pós operatórios, sendo em muitos deles considerado um dos principais preditores de dor moderada / severa no pós-operatório[114, 116]. Uma possível explicação seria através da sensibilização de neurônios nociceptivos, localizados no corno posterior da medula espinhal, que estão sobre estimulação contínua [116]. Em nossas análises, o histórico de dor prévia, representado pela dor crônica e doença reumatológica, foram preditores para dor moderada / intensa no intra-operatório, porém quando os dados foram acordados através do modelo multivariado ajustado a dor, o histórico de dor prévia não representou um forte preditor de dor intra-operatória.

Não encontramos relação entre história familiar de neoplasia e maior queixa de dor no intra-operatório de cirurgia mamária ambulatorial. Não encontramos dados semelhantes na literatura para comparação porém, em estudo prévio, pacientes com história familiar de dor crônica, há maior incidência de dor pós-operatória [126].

Pacientes com história de neoplasia mamária prévia referiram menos dor (tanto moderada quanto intensa) durante procedimento cirúrgico. Provavelmente, o conhecimento do tratamento baseado em suas experiências passadas podem justificar tal achado.

O anestésico local mais utilizado foi a lidocaína. É o anestésico de escolha para procedimentos de curta duração pois apresenta início de ação curta (2-3 minutos) com duração curta (1-2 horas). Pouca foi a associação com outros tipos de anestésicos locais. Em poucos casos houve a associação de lidocaína com bupivacaína. Comparada com a lidocaína, o seu início de ação é mais tardio,

porém sua duração é de até duas vezes maior. Como houve procedimentos longos, com até 1 hora de duração, faz-se necessário conscientização da equipe para a utilização adequada de anestésicos a fim de promover melhor controle analgésico do paciente.

Para a sedação, utilizamos um benzodiazepínico (midazolam), pois apresenta efeito indutor do sono, ansiolítico e amnésico. De fácil manejo, apresenta início de ação rápida e curta meia-vida. Em nossos pacientes, somente realizamos sedação leve (em que não há perda de consciência do paciente). Seguindo a resolução do Conselho Federal de Medicina 1.670/03, publicada no Diário Oficial da União em 14 de julho de 2003, não realizamos procedimentos com sedação profunda, pois implicaria na necessidade de mais um médico acompanhando o procedimento.

A análise de outras variáveis como estado civil, tipo de lesão mamária, profissional que realizou o procedimento, número de lesões ressecadas e tempo de procedimento não apresentaram significância estatística nas análises realizadas.

Sedação ocorreu em apenas 7% das pacientes. Ela foi realizada a critério do médico que realizou o procedimento. A sedação não ocorreu, portanto, somente na presença de dor; ocorreu também quando médico achou necessidade como, por exemplo, por excesso de ansiedade da paciente.

Possivelmente, um dos principais fatores de dor intensa durante o ato cirúrgico se deva a ação do próprio médico que executa o procedimento. Muitas vezes a pressa e pouca paciência, ambas injustificáveis, permite que pacientes sejam anestesiados inadequadamente. Infelizmente esse foi um fator de difícil

controle em nosso estudo, pois o ato anestésico ficou a critério exclusivo do cirurgião.

A aplicação questionário (incluindo-se o questionário de ansiedade – IDATE) poucos minutos antes do procedimento, já no ambiente do centro cirúrgico ambulatorial, pode ter sido responsável por um aumento da ansiedade do paciente para o procedimento.

CONCLUSÃO

6. Conclusão

- A utilização de sedação intra-operatória, em pacientes com suspeita diagnóstica de câncer de mama, submetidas a procedimento cirúrgico ambulatorial, deve ser considerada na presença de antecedentes psiquiátricos, ansiosa, e que apresentem lesões de grande volume.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ferlay, J., et al., *Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008*. Int J Cancer, 2010. **127**(12): p. 2893-917.
2. Jemal, A., et al., *Global cancer statistics*. CA Cancer J Clin, 2011. **61**(2): p. 69-90.
3. Youlden, D.R., et al., *The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality*. Cancer Epidemiol, 2012. **36**(3): p. 237-48.
4. Okonkwo, Q.L., et al., *Breast cancer screening policies in developing countries: a cost-effectiveness analysis for India*. J Natl Cancer Inst, 2008. **100**(18): p. 1290-300.
5. Vigilância, I.N.d.C.J.A.G.d.S.C.G.d.A.E.C.d.P.e., *Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância*. 2011: p. 118.
6. WHO (2010) *Breast Cancer: prevention and control*.
7. Porter, P., "Westernizing" women's risks? *Breast cancer in lower-income countries*. N Engl J Med, 2008. **358**(3): p. 213-6.
8. Ramirez, A.J., et al., *Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review*. Lancet, 1999. **353**(9159): p. 1127-31.
9. Burgess, C.C., et al., *Who and what influences delayed presentation in breast cancer?* Br J Cancer, 1998. **77**(8): p. 1343-8.
10. Richards, M.A., et al., *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review*. Lancet, 1999. **353**(9159): p. 1119-26.
11. Anderson, B.O. and R. Jakesz, *Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative*. World J Surg, 2008. **32**(12): p. 2578-85.
12. Sharma, K., et al., *A systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation*. J Oncol, 2012. **2012**: p. 121873.
13. Howlader N, N.A., Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W et al., *SEER cancer statistics review, 1975-2008*. Bethesda: National Cancer Institute, 2011.
14. Elmore, J.G., et al., *Screening for breast cancer*. JAMA, 2005. **293**(10): p. 1245-56.
15. Tabar, L., et al., *The Swedish Two-County Trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up*. Radiol Clin North Am, 2000. **38**(4): p. 625-51.
16. Tabar, L., et al., *Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare*. Lancet, 1985. **1**(8433): p. 829-32.
17. Schopper, D. and C. de Wolf, *How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence*. Eur J Cancer, 2009. **45**(11): p. 1916-23.

18. Hakama, M., et al., *Cancer screening: evidence and practice in Europe 2008*. Eur J Cancer, 2008. **44**(10): p. 1404-13.
19. Lee, B.L., et al., *Breast cancer in Brazil: present status and future goals*. Lancet Oncol, 2012. **13**(3): p. e95-e102.
20. Halsted, W.S., I. *The Results of Radical Operations for the Cure of Carcinoma of the Breast*. Ann Surg, 1907. **46**(1): p. 1-19.
21. Fisher, B., *Biological and clinical considerations regarding the use of surgery and chemotherapy in the treatment of primary breast cancer*. Cancer, 1977. **40**(1 Suppl): p. 574-87.
22. Newman, L.A. and M. Sabel, *Advances in breast cancer detection and management*. Med Clin North Am, 2003. **87**(5): p. 997-1028.
23. Chung, M.A., D. Wazer, and B. Cady, *Contemporary management of breast cancer*. Obstet Gynecol Clin North Am, 2002. **29**(1): p. 173-88.
24. Palumbo, L.T., R.E. Paul, and F.B. Emery, *Results of primary inguinal hernioplasty*. AMA Arch Surg, 1952. **64**(3): p. 384-94.
25. Nicholas, D., *The surgery of infancy*. Br Med J, 1909. **ii**: p. 753-6.
26. Glassow, F., *Inguinal hernia repair using local anaesthesia*. Ann R Coll Surg Engl, 1984. **66**(6): p. 382-7.
27. Davis, J.E. and K. Sugioka, *Selecting the patient for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations*. Surg Clin North Am, 1987. **67**(4): p. 721-32.
28. Cohen, D.D. and J.B. Dillon, *Anesthesia for outpatient surgery*. JAMA, 1966. **196**(13): p. 1114-6.
29. Pregler, J.L. and P.A. Kapur, *The development of ambulatory anesthesia and future challenges*. Anesthesiol Clin North America, 2003. **21**(2): p. 207-28.
30. De Lathouwer, C. and J.P. Poullier, *How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends?* Ambul Surg, 2000. **8**(4): p. 191-210.
31. Natof, H.E., *Complications associated with ambulatory surgery*. JAMA, 1980. **244**(10): p. 1116-8.
32. Warner, M.A., S.E. Shields, and C.G. Chute, *Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia*. JAMA, 1993. **270**(12): p. 1437-41.
33. Bellani, M.L., *Psychological aspects in day-case surgery*. Int J Surg, 2008. **6 Suppl 1**: p. S44-6.
34. *Resolução do CFM, 1802/2006*, P. Executivo, Editor. 01 de novembro de 2006: Brasília, DF. p. 102.
35. *Resolução do CFM, 1409/1994*, P. Executivo, Editor. 14 de junho de 1994: Brasília, DF. p. 8548.
36. Kehlet, H. and D.W. Wilmore, *Multimodal strategies to improve surgical outcome*. Am J Surg, 2002. **183**(6): p. 630-41.
37. Bain, J., et al., *Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes*. Qual Health Care, 1999. **8**(2): p. 86-91.
38. Jenkins, K., et al., *Post-operative recovery: day surgery patients' preferences*. Br J Anaesth, 2001. **86**(2): p. 272-4.
39. Myles, P.S., et al., *Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients*. Br J Anaesth, 2000. **84**(1): p. 6-10.

40. Barranger, E., [*Ambulatory gynecologic surgery*]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2007. **35**(7-8): p. 613-4.
41. Anderson, B.O., et al., *Overview of breast health care guidelines for countries with limited resources*. *Breast J*, 2003. **9 Suppl 2**: p. S42-50.
42. Franceschi, D., et al., *Breast biopsy for calcifications in nonpalpable breast lesions. A prospective study*. *Arch Surg*, 1990. **125**(2): p. 170-3.
43. Goedde, T.A., et al., *The impact of mammography on breast biopsy*. *Am Surg*, 1992. **58**(11): p. 661-6.
44. Kooistra, B., et al., *Preoperative cytological and histological diagnosis of breast lesions: A critical review*. *Eur J Surg Oncol*, 2010. **36**(10): p. 934-40.
45. Vimpeli, S.M., et al., *Large-core needle biopsy versus fine-needle aspiration biopsy in solid breast lesions: comparison of costs and diagnostic value*. *Acta Radiol*, 2008. **49**(8): p. 863-9.
46. Pisano, E.D., et al., *Fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial: results from the radiologic diagnostic oncology group V*. *Radiology*, 2001. **219**(3): p. 785-92.
47. Kooistra, B., C. Wauters, and L. Strobbe, *Indeterminate breast fine-needle aspiration: repeat aspiration or core needle biopsy?* *Ann Surg Oncol*, 2009. **16**(2): p. 281-4.
48. *The uniform approach to breast fine-needle aspiration biopsy. NIH Consensus Development Conference*. *Am J Surg*, 1997. **174**(4): p. 371-85.
49. Usami, S., et al., *Pathological aspects of core needle biopsy for non-palpable breast lesions*. *Breast Cancer*, 2005. **12**(4): p. 272-8.
50. Bukhari, M.H. and Z.M. Akhtar, *Comparison of accuracy of diagnostic modalities for evaluation of breast cancer with review of literature*. *Diagn Cytopathol*, 2009. **37**(6): p. 416-24.
51. Fajardo, L.L., et al., *Stereotactic and sonographic large-core biopsy of nonpalpable breast lesions: results of the Radiologic Diagnostic Oncology Group V study*. *Acad Radiol*, 2004. **11**(3): p. 293-308.
52. Brenner, R.J., et al., *Stereotactic core-needle breast biopsy: a multi-institutional prospective trial*. *Radiology*, 2001. **218**(3): p. 866-72.
53. della Rovere, G.Q., et al., *Localization of impalpable breast lesions--a surgical approach*. *Eur J Surg Oncol*, 1996. **22**(5): p. 478-82.
54. Papatestas, A.E., et al., *Surgery for nonpalpable breast lesions*. *Arch Surg*, 1990. **125**(3): p. 399-402.
55. Rahusen, F.D., et al., *Ultrasound-guided lumpectomy of nonpalpable breast cancer versus wire-guided resection: a randomized clinical trial*. *Ann Surg Oncol*, 2002. **9**(10): p. 994-8.
56. Homer, M.J., *Transection of the localization hooked wire during breast biopsy*. *AJR Am J Roentgenol*, 1983. **141**(5): p. 929-30.
57. De Cicco, C., et al., *Radioguided occult lesion localisation (ROLL) and surgical biopsy in breast cancer. Technical aspects*. *Q J Nucl Med*, 2002. **46**(2): p. 145-51.
58. Paganelli, G., A. Luini, and U. Veronesi, *Radioguided occult lesion localization (ROLL) in breast cancer: maximizing efficacy, minimizing mutilation*. *Ann Oncol*, 2002. **13**(12): p. 1839-40.
59. Miovic, M. and S. Block, *Psychiatric disorders in advanced cancer*. *Cancer*, 2007. **110**(8): p. 1665-76.

60. Derogatis, L.R., et al., *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. JAMA, 1983. **249**(6): p. 751-7.
61. Graves, K.D., et al., *Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress*. Lung Cancer, 2007. **55**(2): p. 215-24.
62. Aass, N., et al., *Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital*. Eur J Cancer, 1997. **33**(10): p. 1597-604.
63. Kangas, M., J.L. Henry, and R.A. Bryant, *The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis*. J Consult Clin Psychol, 2005. **73**(4): p. 763-8.
64. Hammerlid, E., et al., *A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients*. Br J Cancer, 1999. **80**(5-6): p. 766-74.
65. Nordin, K., et al., *Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model*. Eur J Cancer, 2001. **37**(3): p. 376-84.
66. Shapiro, S.L., et al., *Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables*. J Clin Psychol, 2001. **57**(4): p. 501-19.
67. Hosaka, T., et al., *Factors associated with the effects of a structured psychiatric intervention on breast cancer patients*. Tokai J Exp Clin Med, 2001. **26**(2): p. 33-8.
68. Okamura, H., et al., *Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis*. Breast Cancer Res Treat, 2003. **80**(3): p. 331-8.
69. Mor, V., M. Malin, and S. Allen, *Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients*. J Natl Cancer Inst Monogr, 1994(16): p. 191-7.
70. Schover, L.R., et al., *Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality*. Cancer, 1995. **75**(1): p. 54-64.
71. Perry, F., et al., *Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery with patient-controlled analgesia*. Clin J Pain, 1994. **10**(1): p. 57-63; discussion 82-5.
72. Scott, L.E., G.A. Clum, and J.B. Peoples, *Preoperative predictors of postoperative pain*. Pain, 1983. **15**(3): p. 283-93.
73. Nelson, F.V., et al., *The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient*. J Pain Symptom Manage, 1998. **15**(2): p. 102-9.
74. Puntillo, K. and S.J. Weiss, *Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients*. Nurs Res, 1994. **43**(1): p. 31-6.
75. Bandyopadhyay, M., M. Markovic, and L. Manderson, *Women's perspectives of pain following day surgery in Australia*. Aust J Adv Nurs, 2007. **24**(4): p. 19-23.
76. Berry, P.H. and J.L. Dahl, *The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses*. Pain Manag Nurs, 2000. **1**(1): p. 3-12.
77. Liu, S.S. and C.L. Wu, *Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: a systematic update of the evidence*. Anesth Analg, 2007. **104**(3): p. 689-702.

78. Rodgers, A., et al., *Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials*. BMJ, 2000. **321**(7275): p. 1493.
79. Poleshuck, E.L., et al., *Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study*. J Pain, 2006. **7**(9): p. 626-34.
80. Peters, M.L., et al., *Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention*. Ann Surg, 2007. **245**(3): p. 487-94.
81. Courtney, C.A., et al., *Outcome of patients with severe chronic pain following repair of groin hernia*. Br J Surg, 2002. **89**(10): p. 1310-4.
82. DeGood, D.E. and B. Kiernan, *Perception of fault in patients with chronic pain*. Pain, 1996. **64**(1): p. 153-9.
83. Larue, F., et al., *France: status of cancer pain and palliative care*. J Pain Symptom Manage, 1996. **12**(2): p. 106-8.
84. Botti, M., T. Bucknall, and E. Manias, *The problem of postoperative pain: issues for future research*. Int J Nurs Pract, 2004. **10**(6): p. 257-63.
85. McGrath, P.J. and L. McAlpine, *Psychologic perspectives on pediatric pain*. J Pediatr, 1993. **122**(5 Pt 2): p. S2-8.
86. Austin, K.L., J.V. Stapleton, and L.E. Mather, *Multiple intramuscular injections: a major source of variability in analgesic response to meperidine*. Pain, 1980. **8**(1): p. 47-62.
87. Gourlay, G.K., R.J. Willis, and J. Lamberty, *A double-blind comparison of the efficacy of methadone and morphine in postoperative pain control*. Anesthesiology, 1986. **64**(3): p. 322-7.
88. Houghton, I.T., et al., *Inter-ethnic differences in postoperative pethidine requirements*. Anaesth Intensive Care, 1992. **20**(1): p. 52-5.
89. Gamsa, A., *Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain?* Pain, 1990. **42**(2): p. 183-95.
90. Larson, A.G. and D. Marcer, *The who and why of pain: analysis by social class*. Br Med J (Clin Res Ed), 1984. **288**(6421): p. 883-6.
91. Turk, D.C., H. Flor, and T.E. Rudy, *Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact*. Pain, 1987. **30**(1): p. 3-27.
92. Kopp, M., et al., *Differences in family functioning between patients with chronic headache and patients with chronic low back pain*. Pain, 1995. **63**(2): p. 219-24.
93. Ip, H.Y., et al., *Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review*. Anesthesiology, 2009. **111**(3): p. 657-77.
94. Thibault, P., et al., *Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients*. Pain, 2008. **139**(1): p. 47-54.
95. Ozalp, G., et al., *Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain*. Acta Anaesthesiol Scand, 2003. **47**(1): p. 26-9.
96. Badner, N.H., et al., *Preoperative anxiety: detection and contributing factors*. Can J Anaesth, 1990. **37**(4 Pt 1): p. 444-7.
97. Caumo, W., et al., *Risk factors for postoperative anxiety in adults*. Anaesthesia, 2001. **56**(8): p. 720-8.
98. Egan, K.J., et al., *Self-administration of midazolam for postoperative anxiety: a double blinded study*. Pain, 1992. **49**(1): p. 3-8.

99. Manyande, A., et al., *Anxiety and endocrine responses to surgery: paradoxical effects of preoperative relaxation training*. Psychosom Med, 1992. **54**(3): p. 275-87.
100. Feinmann, C., et al., *Psychological factors influencing post-operative pain and analgesic consumption*. Br J Oral Maxillofac Surg, 1987. **25**(4): p. 285-92.
101. Martinez-Urrutia, A., *Anxiety and pain in surgical patients*. J Consult Clin Psychol, 1975. **43**(4): p. 437-42.
102. Reading, A.E. and D.N. Cox, *Psychosocial predictors of labor pain*. Pain, 1985. **22**(3): p. 309-15.
103. Taenzer, P., R. Melzack, and M.E. Jeans, *Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements*. Pain, 1986. **24**(3): p. 331-42.
104. Pedler, A., *The Pain Catastrophising Scale*. J Physiother, 2010. **56**(2): p. 137.
105. Sullivan, M.J. and J.L. D'Eon, *Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients*. J Abnorm Psychol, 1990. **99**(3): p. 260-3.
106. Sullivan, M.J., W.M. Rodgers, and I. Kirsch, *Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress*. Pain, 2001. **91**(1-2): p. 147-54.
107. Ferraz, M.B., et al., *Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis*. J Rheumatol, 1990. **17**(8): p. 1022-4.
108. Lara-Munoz, C., et al., *Comparison of three rating scales for measuring subjective phenomena in clinical research. I. Use of experimentally controlled auditory stimuli*. Arch Med Res, 2004. **35**(1): p. 43-8.
109. Revill, S.I., et al., *The reliability of a linear analogue for evaluating pain*. Anaesthesia, 1976. **31**(9): p. 1191-8.
110. Gorsuch RL, S., CD, Luschene RE, *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. 1983, Palo Alto (CA).
111. Biaggio, A.N., L.F., Spielberger, C.D., *Desenvolvimento de forma experimental em português do IDATE*. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 1977(29): p. 33-44.
112. Vaughn, F., H. Wichowski, and G. Bosworth, *Does preoperative anxiety level predict postoperative pain?* AORN J, 2007. **85**(3): p. 589-604.
113. Mamie, C., et al., *Are there reliable predictors of postoperative pain?* Acta Anaesthesiol Scand, 2004. **48**(2): p. 234-42.
114. Caumo, W., et al., *Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery*. Acta Anaesthesiol Scand, 2002. **46**(10): p. 1265-71.
115. Kalkman, C.J., et al., *Preoperative prediction of severe postoperative pain*. Pain, 2003. **105**(3): p. 415-23.
116. Gramke, H.F., et al., *Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery*. Clin J Pain, 2009. **25**(6): p. 455-60.
117. Caddick, J., et al., *The power of words: sources of anxiety in patients undergoing local anaesthetic plastic surgery*. Ann R Coll Surg Engl, 2012. **94**(2): p. 94-8.

118. Cohen, F.L., *Postsurgical pain relief: patients' status and nurses' medication choices*. Pain, 1980. **9**(2): p. 265-74.
119. Srivastava, T., et al., *Perception of fear, distress and pain by parents of children undergoing a micturating cystourethrogram: a prospective study*. J Paediatr Child Health, 2001. **37**(3): p. 271-3.
120. Hansen, E. and C. Bejenke, *[Negative and positive suggestions in anaesthesia : Improved communication with anxious surgical patients]*. Anaesthesist, 2010. **59**(3): p. 199-202, 204-6, 208-9.
121. Gil, K.M., et al., *Patient-controlled analgesia in postoperative pain: the relation of psychological factors to pain and analgesic use*. Clin J Pain, 1990. **6**(2): p. 137-42.
122. Jamison, R.N., et al., *Psychosocial and pharmacologic predictors of satisfaction with intravenous patient-controlled analgesia*. Anesth Analg, 1993. **77**(1): p. 121-5.
123. Maragno, L., et al., *[Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil]*. Cad Saude Publica, 2006. **22**(8): p. 1639-48.
124. Thomas, T., et al., *Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management*. Pain, 1998. **75**(2-3): p. 177-85.
125. Beauregard, L., A. Pomp, and M. Choiniere, *Severity and impact of pain after day-surgery*. Can J Anaesth, 1998. **45**(4): p. 304-11.
126. Bachiocco, V., et al., *Individual pain history and familial pain tolerance models: relationships to post-surgical pain*. Clin J Pain, 1993. **9**(4): p. 266-71.

Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa CEP

Para: **Fernando Yaeda de Melo**

De: **Dr. Sérgio Vicente Serrano**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Data: 20/03/2012

Projeto de Pesquisa: 562/2011

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pia XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou e **Aprovou com Recomendação**, o projeto 562/2011, intitulado “Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia ambulatorial no câncer de mama”, tendo como pesquisador(a) Fernando Yaeda de Melo.

Recomendamos:

-Trocar a frase “Muitas vezes a equipe médica taxa a paciente como sendo “psicologicamente perturbada””, por “Muitas vezes a equipe médica subestima a dor da paciente.”;

Atenciosamente,


Dr. Sérgio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia ambulatorial no câncer de mama”

Que tipo de estudo é este e por que ele está sendo realizado?

Você está sendo convidado a participar deste estudo que tem por objetivo avaliar fatores que permitam determinar quais pacientes são candidatas ideais para cirurgia de mama com anestesia local, e que será feito em pacientes atendidos pelo Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII.

Eu sou obrigado a participar do estudo?

A decisão de participar desse estudo é única e exclusivamente sua. Você pode desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto afete seu atendimento neste hospital ou seus direitos legais. Se você decidir participar, você ficará com um cópia deste documento e deverá assinar uma via para indicar o seu consentimento.

O que realmente eu farei participando deste estudo?

No momento da chegada no centro cirúrgico ambulatorial do Hospital de Câncer de Barretos, será encaminhado para uma sala (do próprio hospital) onde, após tomar conhecimento deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberá informações referentes ao conteúdo da pesquisa e responderá ao questionário aplicado antes e pós o procedimento. Uma vez que, tendo-se esclarecido eventuais dúvidas o mesmo poderá assinar o termo voluntariamente.

Quem realizará estes procedimentos?

Todos os procedimentos cirúrgicos serão realizados pela equipe departamento de Mastologia / Reconstrução

Riscos e desconfortos:

O tratamento poderá resultar em desconforto (dor), formação de hematoma, deiscência e infecção, que varia de paciente para paciente, situação inerente ao procedimento cirúrgico. Caso haja necessidade de entrar em contato com médico assistente, poderá fazê-lo através de telefone (17) 3321-6600 ou comparecer pessoalmente ao hospital (todos os dias, 24h por dia) para que seja oferecida toda assistência necessária. Caso sinta desejo de

interromper sua participação no estudo, por qualquer motivo, poderá desistir e seguir continuidade do seu tratamento no hospital sem acarretar qualquer prejuízo. A sua assinatura no espaço abaixo significa que você leu, esclareceu dúvidas, entendeu o conteúdo deste documento e concorda que sejam registrados seus dados relativos a esta pesquisa (sem identificação do seu nome).

Você entende que não há qualquer direito sobre os resultados do estudo, nem a qualquer retorno financeiro com base nestes estudos.

Em caso de dúvidas, orientações adicionais e considerações, o que fazer?

Caso necessite de orientações adicionais você poderá entrar em contato com o Dr. Fernando Yaeda de Melo – CRM 126.616 no telefone (17)9145-5862 ou (17) 3321-6600. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Hospital de Câncer de Barretos – Av. Antenor Villela, 1331 – Bairro Paulo Prata, no telefone (17)3321-6600 (ramal 6894).

Toda informação obtida deste estudo será confidencial?

Sim, será confidencial. Apenas os pesquisadores envolvidos no estudo terão acesso as informações e dados referentes à sua doença, coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Análise de fatores preditores de dor intra-operatória na cirurgia ambulatorial no câncer de mama**” ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, a confidencialidade dos dados coletados e esclarecimentos. Fui informado(a) que eu posso me retirar do estudo em qualquer momento.

Eu declaro que aceito participar deste estudo de forma livre e espontânea, assim sendo assino na presença de uma testemunha que eu escolhi livremente.

_____	Data / / .
Assinatura do paciente / Responsável legal.	
_____	Data / / .
Assinatura da testemunha.	
_____	Data / / .
Assinatura do pesquisador.	

Anexo 3. Questionário IDATE

IDATE

Inserir identificação

Inserir identificação

Número

Nome: _____

FICHA 1 – PACIENTE

**GRAU DE ANSIEDADE PRÉ-
OPERATÓRIA**

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AValiação:

Absolutamente não.....1

Um pouco.....2

Bastante.....3

Muitíssimo.....4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto-me segura | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estou tensa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estou arrependida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Sinto-me a vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me perturbada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estou preocupada com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me descansada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sinto-me ansiosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me “em casa” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraindo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeita | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me superexcitada e confusa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |

Apêndice 1. Ficha aplicada a paciente

CIRURGIA AMBULATORIAL E DOR - CÂNCER DE MAMA

Inserir identificação

Inserir identificação

Número

FICHA 2- PACIENTE
PRÉ PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

1	Data do preenchimento	DD/MM/AAAA	1	
2	Data do diagnóstico	DD/MM/AAAA	2	
3	Estado Civil	0- Solteiro; 1- Casado/Amasiado; 2- Separado/Divorciado; 3- Viúvo	3	
4	Cor da pele	1-Branca; 2-Parda; 3-Negra; 4-Amarela; 5-Índio	4	
5	Peso	KILOS	5	
6	Altura	METROS	6	
7	Descendência	(p.ex: portugueses, espanhóis, italianos, russos...:pai e mãe (especificar))	7	
8	Profissão		8	
9	Escolaridade	1- Analfabeto; 2- 1º grau; 3- 2º grau; 4- Superior; 99- Desconhecido	9	

COMORBIDADES

10	DM	0- Não; 1- Sim	10	
11	HAS	0- Não; 1- Sim	11	
12	Cardiopatia	0- Não; 1- Sim	12	
13	Pneumopatia	0- Não; 1- Sim	13	
14	Doença Reumatológica	0- Não; 1- Sim	14	
15	Doença Hepática	0-Não; 1- Sim	15	
16	Insônia	0-Não; 1- Sim	16	
17	Doença Psiquiátrica	0-Não; 1- Sim	17	
	Se sim para item 17			
18	Transtorno de Ansiedade Generalizada	0-Não; 1- Sim	18	
19	Transtorno Bipolar	0-Não; 1- Sim	19	
20	Depressão	0-Não; 1- Sim	20	
21	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0-Não; 1- Sim	21	
22	Transtorno do Pânico	0-Não; 1- Sim	22	
23	Anorexia / Bulimia	0-Não; 1- Sim	23	
24	Stress	0-Não; 1- Sim	24	
25	Faz uso de anti-depressivos/ neurolépticos	0-Não; 1- Sim	25	

26	Especificar medicação:	26	
27	No passado fez uso de anti-depressivos/ neurolépticos 0-Não; 1- Sim	27	
28	Outros 0-Não; 1- Sim (especificar)	28	
HISTÓRIA PREGRESSA / FAMILIAR			
29	Tabagismo 0-Não; 1- Sim; 2- Ex tabagista	29	
30	Etilismo 0-Não; 1- Sim; 2- Ex etilista	30	
31	Drogadição 0-Não; 1- Sim; 2- Ex drogadito	31	
32	História de Câncer na família 0. Não; 1- Sim (especificar)	32	
33	História pessoal prévia de câncer 0- Não; 1- Sim (especificar)	33	
34	Dor constante / crônica prévia 0- Não; 1- Mama; 2- Cefaléia; 3- Articulações/Membros; 4- Coluna; 5-Outros(especificar)	34	
35	Se sim para item anterior Início da dor há (dias)	35	
36	VAS da dor crônica 0 a 10	36	
37	Uso de analgésicos 0-Não; 1- Esporádico (até 1x / sem); 2- Crônico (>2x / sem por mais de 3 meses); 3 – Não sabe	37	
38	Tipo de analgésico 1- Simples (paracetamol, AAS, dipirona...); 2- AINES; 3- Opióides; 4-Corticóides; 5- Outros; 88- Não se aplica	38	
CIRURGIAS PRÉVIAS			
39	Cirurgia mamária prévia 0-Não; 1- Em outra lesão de mama; 2- Na mesma lesão de mama	39	
40	Outras Cirurgias Prévias 0-Não; 1- Cabeça/Pescoço; 2-Tórax; 3-Abdomen; 4- Membros; 5- Urgência/Emergência; 6- Outros	40	
41	Anestesia prévia 1- Local; 2- Raqui/peri; 3- Geral; 88- Não se aplica	41	
42	Complicações anestésicas 1-Sim; 2-Não (Se sim, especificar); 88- Não se aplica	42	
43	Apresentou dor intensa no intra / pós operatório em outros procedimentos 0-Não; 1- Sim	43	
44	Precisou fazer uso de medicação para controle da dor? 0-Não; 1- Sim	44	
45	Se sim, por quanto tempo? (dias)	45	
AVALIAÇÃO GRAU DE ANSIEDADE			
46	Aplicar ficha anexa – STAIT	46	

CIRURGIA AMBULATORIAL E DOR - CÂNCER DE MAMA

Inserir identificação

Inserir identificação

Número

FICHA 3- PACIENTE

PÓS-PROCEDIMENTO

AO TÉRMINO DA CIRURGIA

47	Dor que apresentou durante o procedimento, de 0 a 10 (mostrar régua de dor) VAS (0 a 10)  ESCALA VISUAL ANALÓGICA	47	
48	O que mais incomodou a paciente? 0- Nada; 1- Dor; 2- Desconforto com ambiente; 3- Desconforto com funcionários; 4. Náusea-vômito 5. Calor 6. Agitação 7- Outros (especificar) _____	48	
49	Faria este mesmo procedimento outra vez 0- Não; 1- Sim	49	

CIRURGIA AMBULATORIAL E DOR - CÂNCER DE MAMA

Inserir identificação

Inserir identificação

Número

FICHA 4 – CIRURGIÃO

DADOS SOBRE O PROCEDIMENTO

CIRURGIA

50	Data do procedimento	DD/MM/AAAA	50	
51	Mama	0- Direita; 1- Esquerda; 2- Bilateral	51	
52	BIRADS	0- 0; 1- I; 2- II; 3- III; 4- IV; 5- V	52	
53	Tipo de procedimento 1- Biopsia incisional; 2- Biopsia Excisional; 3- Biopsia esteriotática; 4- Setorectomia; 5- Quadrantectomia; 6 – PLS; 7- Ampliação de margens; 8- CAM 9 - Outros (especificar) _____		53	
54	Profundidade da lesão	CENTÍMETROS	54	
55	Distância entre o fio e a incisão (quando biopsia esteriotática)	CENTÍMETROS	55	
56	Anestésico – xilocaína	0-Não; 1- Xilocaína sem vaso; 2- Xilocaína com vaso	56	
57	Volume utilizado - Xilocaina	MILILITROS	57	
58	Anestésico – Bupivacaína	0-Não; 1- Bupivacaína; 2- Bupivacaína + Xilocaína	58	
59	Volume utilizado - Bupivacaina	MILILITROS	59	
60	Necessidade de utilização de sedação IV	0- Não; 1- Dormonid; 2-Propofol; 3-Outros _____	60	
61	Uso preferencial na ressecção	1- Bisturi elétrico; 2- A frio (tesoura / bisturi frio)	61	
62	Tempo do procedimento	MINUTOS	62	
PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO SOBRE A PACIENTE				
63	Grau de ansiedade da paciente pré procedimento	0-Ausente; 1-Baixo; 2-Moderado; 3- Alto	63	
64	Grau de dor apresentado pela paciente	0-10 (VATS)	64	
	ESCALA VISUAL ANALÓGICA			
65	O que mais incomodou a paciente? 0- Nada; 1- Dor; 2- Desconforto com ambiente; 3- Desconforto com funcionários; 4. Náusea-vômito 5. Calor 6. Agitação 7- Outros (especificar) _____		65	
66	A analgesia foi adequada?	0-Não; 1-Sim	66	
67	Grau de ansiedade da paciente pós procedimento	0-Ausente; 1-Baixo; 2-Moderado; 3- Alto	67	
68	Indicaria novamente este procedimento sob anestesia local?	0-Não; 1-Sim	68	
69	Qual a melhor opção para realização deste procedimento nesta paciente 1. Anestesia Local 2. Local + sedação 3. Anestesia Geral		69	

CIRURGIA AMBULATORIAL E DOR - CÂNCER DE MAMA

Inserir identificação

Inserir identificação

Número

FICHA 5- PESQUISADOR

PÓS-PROCEDIMENTO

ANATOMIA PATOLÓGICA			
70	Resultado AP 0- Ausência de neoplasia / Benigno; 1- CDIS; 2- CLIS; 3- CDI; 4- CLI; 5- Sarcoma; 6- outros (especificar)_____	70	
71	Estadiamento T 0- Tis; 1- T1; 2- T2; 3- T3; 4- T4	71	
72	Estadiamento N 0- N1; 1- N2; 3- N3	72	
73	Estadiamento M 0- M0; 1- M1	73	
74	Invasão angiolinfática 0- Não; 1- Sim	74	
75	Invasão perineural 0- Não; 1- Sim	75	
76	Tamanho da peça ressecada (somar se mais de 1) Centímetros	76	
77	Tamanho do tumor ressecado (somar se mais de 1) Centímetros	77	
78	Peso do tumor ressecado (somar se mais de 1) Gramas	78	