



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Marcelo de Paula Mendes Castilho

**O controle da dor pós-operatória em um hospital
terciário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Anestesiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Bono Fukushima

BOTUCATU
2018

Marcelo de Paula Mendes Castilho

O controle da dor pós-operatória em um hospital
terciário

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Anestesiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Bono Fukushima

BOTUCATU
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Castilho, Marcelo de Paula Mendes.

O controle da dor pós-operatória em um hospital terciário / Marcelo de Paula Mendes Castilho. - Botucatu, 2018

Trabalho acadêmico (residência - Pós-graduação em Anestesiologia (mestrado)) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Fernanda Bono Fukushima

Capes: 40102130

1. Dor pós-operatória. 2. Analgesia. 3. Opióides.

Palavras-chave: Analgesia ; Dor pós-operatória; Oligoanalgesia; Opióides ; Sistematização.

Epígrafe

"Algumas dores são passíveis de cura"

William Shakespeare

Dedicatória

Aos meus pais, pelo amor incondicional,
exemplos em minha vida.

A todos pacientes do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina de
Botucatu, e em especial aqueles que
possibilitaram a realização desse
trabalho.

Agradecimientos

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, dando especial atenção:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos nos primeiros anos do curso de mestrado.

Ao **Kaio I. Tata**, sem o qual essa pesquisa não teria sido realizada.

A **Tatiane Pineiz Biondo** da pós graduação de anestesiologia, que sempre se mostrou prestativa.

A **Gabriela L. dos V. Grobbel**, pelo apoio e carinho.

Ao Prof. Dr. **Edison I. O Vidal** pela ajuda que prestou para a realização desta pesquisa.

Ao Dr. **Guilherme A. M. Barros** pelos ensinamentos que se iniciaram durante minha residência em dor e que se estendem até hoje.

Por último, a Dra. **Fernanda B. Fukushima**, a qual tem um importante papel em minha formação, e, mais do que minha orientadora, é uma grande amiga, a qual serei eternamente grato.

Resumo

Introdução: A dor aguda é um fenômeno universal. O tratamento desse evento, entretanto, ainda é visto através de diversos vieses culturais, sociais e econômicos. Em situação de dor aguda pós-operatória estima-se que 40% dos pacientes apresentam controle inadequado da dor (intensidade moderada a intensa). O presente trabalho visa analisar a percepção de pacientes recém operados quanto à analgesia pós-operatória que receberam em um hospital escola terciário de natureza pública, bem como descrever as medidas prescritas e realizadas para analgesia pós-operatória de acordo com seu registro em prontuário. **Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado em pacientes internados, submetidos a procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, gastrointestinais, ginecológicos, hemodinâmicos, mastológicos, neurológicos, ortopédicos, torácicos, urológicos ou vasculares no período de junho a dezembro de 2017 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP, em Botucatu. Os pacientes foram entrevistados no 2º dia pós-operatório (2º PO) sobre sua experiência no 1º dia pós-operatório (1º PO) quanto ao controle da dor. Através de entrevista semiestruturada o paciente foi inquerido quanto a intensidade da sua dor, a satisfação quanto a analgesia recebida, e sua impressão geral do atendimento prestado pela equipe de saúde assistente. Foi realizada revisão dos prontuários e registrados dados quanto a frequência do registro de avaliação da dor, analgesia prescrita e fornecida, bem como sobre o registro de efeitos adversos. **Resultados:** Ao todo foram selecionados 159 pacientes, durante o período do estudo, os quais preenchem os critérios estabelecidos para participarem da pesquisa. Contudo, 68 foram excluídos, pois no momento da entrevista já haviam recebido alta, ou não estavam no leito, ou, ainda, a cirurgia havia sido cancelada. No total foram entrevistados 91 pacientes, sendo 46 (50,5%) do sexo masculino e 45 (49,5%) do sexo feminino. A maioria dos entrevistados (86,8%) relataram presença de dor no 1º PO. Os escores médios de dor e pior dor na Escala Numérica Verbal (ENV) foram, respectivamente: 3,1/10 e 5,6/10. Todos relataram terem recebido analgesia, sendo a medicação considerada muito efetiva ou efetiva para 84,6% dos entrevistados. A grande maioria dos entrevistados se sentiram muito respeitados/muitos satisfeitos ou respeitado/satisfeitos com a analgesia recebida. Em 60,4% dos prontuários analisados, não houve qualquer registro quanto a presença ou a ausência de dor, sendo que uma escala padronizada (ENV) foi utilizada em apenas dois dos 91 pacientes. Houve registro de analgesia regular para 84,6% dos pacientes, sendo que ela consistia na maioria dos casos (51,94%) de analgésicos simples associados a opioides fracos. Aproximadamente 54% (53,84%) dos pacientes receberam analgesia sob demanda, que consistia na maioria dos casos (55,10%) de opioides fracos. Os

opioides fortes foram pouco prescritos tanto no regime regular quando no de demanda (2,6% e 4,0%, respectivamente). **Conclusão:** Embora a grande maioria dos entrevistados tenham relatado dor no 1ºPO, e a avaliação da mesma não ter sido feita de forma sistematizada, a analgesia foi considerada muito efetiva ou efetiva para 84,6% dos entrevistados, havendo grande sentimento de satisfação e respeito pela analgesia recebida.

Palavras-Chave: Dor, Pós-operatório, Analgesia, Opioides, Efetividade, Escala numérica verbal (ENV).

Abstract

Justifications and Objectives: Acute pain is a universal phenomenon. However, the treatment of this event still has a diversity of cultural, social and economical biases. It is estimated that 40% of patients present inadequate management of pain (moderate to severe intensity) in a situation of acute postoperative pain. The aim of the present study is to analyze the perception of patients, who recently operated, regarding postoperative analgesia in a public tertiary hospital school. In addition, to describe the prescribed and performed postoperative analgesia according to registration in medical records. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study was performed in hospitalized patients submitted to cardiovascular, gastrointestinal, gynecological, hemodynamic, mastological, neurological, orthopedic, thoracic, urological or vascular surgical procedures from June 2017 to December 2017 at Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da UNESP, Botucatu, Brazil. Patients were interviewed on the second day of the postoperative period about their experience on the first day postoperative as to their pain control. Through a semi-structured interview, patients were asked about the intensity of pain, satisfaction as to the analgesia, and general impression of the process. Medical records were reviewed, and data were recorded as to the frequency of recorded pain, analgesia prescription and its administration, and side effects as well. **Results:** 159 patients met the criteria established to participate in the study and were selected to participate. However, 68 were excluded. The exclusions were due discharge, absence at the moment of the interview or surgery postponed. A total of 91 patients were interviewed, of which 46 (50.5%) were male and 45 (49.5%) were female. Most of the interviewees (86.8%) reported some type of pain on the first postoperative period. The mean pain score and the mean worst pain score in NRS were, respectively, 3.1/10 and 5.6/10. All reported having received analgesia, and the medication was considered very effective or effective for 84.6% of the interviewees. The vast majority of the interviewees felt very respected / many satisfied or respected / satisfied with the analgesia received. In 60.4% of the charts analyzed, there was no record of presence or absence of pain. A standardized scale (NRS) was used in only two patients. There was registration of regular analgesia for 84.6% of the patients, and it consisted, in the majority of cases (51.94%), of simple analgesics associated with weak opioids. On-demand analgesia was recorded for 53.84% of patients, and it consisted, in the majority of cases (55.10%), of weak opioids only. Strong opioids were poorly prescribed in both the regular and non-demand regimens (2.6% and 4.0%, respectively). **Conclusions:** Although the great majority of the interviewees complained of pain in the 1st PO, and the pain evaluation was not done in a systematized way, analgesia was considered very effective or effective for 84.6% of the interviewees, with a great feeling of satisfaction and respect by the analgesia received.

Keywords: Pain, Postoperative, Analgesia, Opioids, effectiveness, Numeric rating scale (NRS).

Lista de Abreviaturas

AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
ENV	Escala Numérica Verbal
INCB	<i>International Narcotics Control Board</i>
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
PCA	<i>Patient-Controlled-analgesia</i> ou bomba de analgesia controlada pelo paciente
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Distribuição das cirurgias realizadas por especialidade.....	33
Tabela 2 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para todos os procedimentos cirúrgicos.....	34
Tabela 3 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias gastrointestinais.....	34
Tabela 4 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias cardiovasculares.....	34
Tabela 5 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias ortopédicas.....	35
Tabela 6 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias urológicas.....	35
Tabela 7 -	Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para outros procedimentos cirúrgicos.....	35
Tabela 8 -	Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no 1ºPO.....	36
Tabela 9 -	Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no pior momento no 1ºPO.....	36
Tabela 10 -	Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no melhor momento do 1ºPO.....	37
Tabela 11 -	Relato dos pacientes sobre média de intensidade da dor ao movimento no 1ºPO.....	37
Tabela 12 -	Relato dos pacientes sobre a efetividade da analgesia no 1ºPO.....	38
Tabela 13 -	Relato dos pacientes sobre facilidade para pedir/receber medicação no 1ºPO.....	38
Tabela 14 -	Relato dos pacientes sobre a percepção dos cuidados ofertados ao tratamento da dor no 1ºPO.....	39
Tabela 15 -	Relato dos pacientes sobre a satisfação da analgesia recebida para o tratamento da dor no 1ºPO.....	39
Tabela 16 -	Escalas utilizadas para avaliação da dor no 1ºPO registradas em prontuário.....	40
Tabela 17 -	Analgesia ofertada ao paciente no 1ºPO, segundo registros dos prontuários médicos, de acordo com a regularidade.....	40
Tabela 18 -	Registro no prontuário da prescrição de analgesia regular no 1ºPO.....	41
Tabela 19 -	Registro no prontuário da prescrição de analgesia sob demanda no 1ºPO.....	41
Tabela 20 -	Analgésicos prescritos segundo classe farmacológica e associações na analgesia regular no 1ºPO.....	41
Tabela 21 -	Analgésicos prescritos segundo classe farmacológica e associações na analgesia sob demanda no 1ºPO.....	42

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	21
2.OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivos Específicos.....	27
3. MÉTODO.....	28
3.1 Tamanho amostral.....	30
3.2 Análise estatística.....	30
4. RESULTADOS.....	32
5. DISCUSSÃO.....	43
6. CONCLUSÃO.....	53
7. REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS.....	63
APÊNDICE.....	68

1. Introdução

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. Trata-se, portanto, de uma experiência individual e pode afetar profundamente o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. A incapacidade desencadeada pela experiência dolorosa pode influenciar aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais do indivíduo (TREED; RIEF; BARKE, et al, 2015).

A dor aguda ocorre em resposta a um trauma ou lesão tecidual e persiste até a resolução do fator desencadeante. Dentre as diferentes etiologias da dor aguda podemos destacar a dor pós-operatória, pela sua previsibilidade e consequente possibilidade de adequado tratamento clínico (MELZACK, 1990).

O subtratamento da dor no período pós-operatório pode levar a consequências graves na recuperação do paciente devido principalmente a repercussões cardiovasculares e respiratórias. Sabe-se que a analgesia pós-operatória eficaz está associada com redução do tempo de internação, menores índices de morbimortalidade durante a hospitalização, menores índices de infecção da ferida cirúrgica e diminuição na incidência de dor persistente após a cirurgia (ARGOFF, 2014).

São múltiplos os fatores que contribuem para o subtratamento da dor. Estes fatores podem estar relacionados a equipe de saúde, ao paciente ou mesmo ao próprio sistema público e políticas públicas do país (MELZACK, 1990).

Observa-se frequentemente uma tendência a subestimar a dor e desconsiderar o auto-relato do paciente. Também é comum a dor não ser avaliada ou registrada sistematicamente (ABDALRAHIM; MAJALI; BERGBOM, 2008), e a falta de conhecimento sobre o uso adequado de analgésicos, como os opioides (BOND; ACUNA; BARROS; et al, 2007; BOND, 2012; GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE, 2017). Todos esses elementos findam por dificultar o acesso adequado à analgesia (BARDIAU; CARR; COUSINS, 2007; MELZACK, 1990).

Além das barreiras dos pacientes e dos profissionais envolvidos nos cuidados, o sistema de saúde apresenta impedimentos ao alívio da dor. A prática médica tem centrado fortemente suas ações e investimentos na cura de doenças, e infelizmente pesquisas e ações voltadas para o controle de sintomas sofrem de menos possibilidades de investimento e financiamento (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007).

O medo do vício, abuso e dependência de opioides continuam a moldar as políticas de importação, fabricação, distribuição e prescrição de opioides (SINATRA, 2010). O consumo de morfina é especialmente baixo na maioria dos países em desenvolvimento. Em 2004, dados publicados pelo *International Narcotics Control Board* (INCB), mostram que apenas 6 países de alta renda foram responsáveis pelo consumo de 79% do consumo mundial de opioides (INCB, 2006).

Os dois principais obstáculos a disponibilidade dos opioides são a restrição ao acesso e seu custo. Por exemplo, os opioides não se encontram disponíveis dentro da lista de medicamentos essenciais da rede pública brasileira e seu fornecimento é restrito e burocrático. No município de São Paulo, por exemplo, com mais de 12 milhões de habitantes, existem apenas quatro pontos de retirada de opioides dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2018).

O subtratamento da dor apresenta consequências no curto e longo prazo. A dor não controlada desencadeia a liberação de hormônios de estresse que causam alterações sistêmicas como aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, diminuição da resposta imune e retardo na cicatrização (ARGOFF, 2014). A falha no tratamento da dor aguda é responsável também por modificações de sensibilização central e periférica neuronal, além de diminuir o limiar e aumentar a sensibilização à dor futuramente na vida destes pacientes, o que contribui para o desenvolvimento de síndromes dolorosas crônicas (ANAND, 1998).

Na avaliação da dor, a mensuração da intensidade do sintoma é sempre uma medida subjetiva, porém de grande importância. A partir dela, pode-se

estabelecer um acompanhamento evolutivo do quadro doloroso e avaliar criticamente o sucesso/necessidade de readequação das terapias estabelecidas. Frequentemente, a não avaliação de forma rotineira da dor por parte dos profissionais de saúde, somada às crenças indevidas pelos pacientes de que “é normal” sentir dor no pós-operatório e de que seu médico já dispensou todos os esforços possíveis para o controle dos seus sintomas, estão ligados ao tratamento inadequado da dor pós-operatória e ao sofrimento evitável dos pacientes (SINATRA, 2010).

O direito ao tratamento adequado da dor emerge, e está diretamente fundamentado, no dever do médico em agir eticamente para com seus pacientes. É dever do médico prestar tratamento razoável voltado para o alívio do sofrimento. O princípio bioético da beneficência, agir para o bem do paciente, e o de evitar a negligência derivam da mesma fonte: o médico tem o dever de agir de boa fé e os pacientes têm o direito de esperar que o médico assim o faça (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007; DENNY; GUIDO, 2012). Aliviar a dor não é apenas uma questão de beneficência, mas também da não-maleficência (DENNY; GUIDO & BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012). Não prover analgesia adequada ao paciente pode ser considerada uma violação dos direitos humanos, e má conduta profissional (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007; DENNY; GUIDO, 2012).

O alcance do princípio bioético da autonomia é amplo: inclui o direito dos pacientes a serem informados de todos os aspectos de sua doença e tratamento e lhes permite tomar decisões informadas sobre seus cuidados. Inclui ainda o dever do médico de ouvir a queixa de dor do paciente, fazer esforço para aliviá-la e permitir ao paciente autonomia para a autodeterminação dos seus cuidados. Inversamente, não ouvir as queixas álgicas do paciente e não agir para o alívio destas, pode ser considerado negligência médica (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007; DENNY; GUIDO, 2012).

O código de ética médica brasileiro postula em seu capítulo V Art. 32. que: “É vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente” (CÓDIGO ETICA, 2018). Tratar a dor do paciente, confortá-lo no seu

sofrimento, é sobretudo um dever ético. A questão do subtratamento da dor é um problema que necessita de avaliação adequada para que se possa pensar em políticas educacionais ou públicas/institucionais para combatê-lo (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007).

Recentemente Garcia et al (2017), analisaram os desafios no tratamento da dor pós-operatória na América Latina, e enfatizaram a escassez de estudos sobre essa temática em âmbito regional (GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE et al, 2017). De fato, em revisão da literatura no portal SCIELO, fazendo uma pesquisa com os termos *post operative pain* e *record*, encontramos poucos estudos avaliando a abordagem sistematizada de dor pós-operatória pela equipe de saúde assistente. Somado a isso, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) tem trazido dados preocupantes sobre a educação médica no que tange aos cuidados com a dor pós-operatória na América Latina (BOND; ACUNA; BARROS et al, 2007; BOND, 2012; GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE et al, 2017). Diante da falta de dados sobre a prevalência e o tratamento da dor pós-operatória no Brasil, conduzimos este estudo para avaliar a dor pós-operatória em um hospital escola terciário.

2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a percepção do paciente quanto a qualidade da analgesia pós-operatória alcançada no 1º dia do período pós-operatório (1º PO).

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Quantificar a experiência dolorosa no 1º PO;
 - Avaliar a percepção do paciente sobre a importância que o controle da sua dor pós-operatória teve para a equipe de saúde;
 - Avaliar no prontuário médico a prescrição médica voltada para analgesia, diferenciando tratamentos regulares daqueles prescritos apenas na presença de queixa de dor;
 - Avaliar a regularidade da menção de avaliação da dor por médicos e enfermeiros,
 - Avaliar as condutas tomadas para analgesia em decorrência dessa avaliação;
 - Contrastar o registro de sintomas dolorosos no prontuário com o relato da percepção dos pacientes sobre os mesmos sintomas.
-

3. Método

Estudo transversal, descritivo realizado em pacientes internados, submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de junho a dezembro de 2017 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP, em Botucatu. Um acadêmico de medicina era responsável por verificar no mapa cirúrgico quais procedimentos iriam ocorrer no dia seguinte, e selecionar os pacientes interessados em participar da pesquisa. Todos os pacientes selecionados foram convidados para o estudo, no dia que antecedeu o procedimento cirúrgico e diante da concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) elaborado de acordo com os princípios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob o parecer 2.047.831 (anexo 1).

As entrevistas foram realizadas no segundo dia pós-operatório pelo mesmo acadêmico, e ocorreram nas enfermarias das especialidades cirúrgicas (exceto os pacientes submetidos a procedimentos cardiovasculares, onde as entrevistas ocorreram no CTI). As perguntas eram realizadas a partir de um questionário semiestruturado (apêndice 2) e tinham como alvo a lembrança que os pacientes tinham do controle da dor no primeiro dia pós-operatório (1º PO). O paciente foi inquerido à beira do leito quanto à intensidade da sua dor, à satisfação quanto a analgesia recebida, e sua impressão geral do processo de cuidados relacionados à dor pós-operatória (apêndice 2).

A avaliação da intensidade de dor foi feita através de uma Escala Numérica Verbal (ENV) com variação de 0 a 10. Considerou-se um valor de ENV igual a 0 como equivalente a ausência de dor, a ENV de 1 a 3 equivalente a dor leve, a ENV de 4 a 7 equivalente a dor moderada, e a ENV de 8 a 10 equivalente a dor intensa. Em seguida, foi realizada revisão dos prontuários e registrados dados pelo acadêmico de medicina quanto à frequência do registro de avaliação da dor, analgesia prescrita e fornecida, bem como sobre o registro de efeitos adversos (apêndice 3).

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos; ter sido submetido, durante o ano de 2017, no hospital em estudo, a procedimento cirúrgico cardiovascular, gastrointestinal, ginecológico, hemodinâmico, mastológico, neurológico, ortopédico, torácico, urológico ou

vascular; encontrar-se lúcido e capaz de se lembrar do controle algico ofertado no 1º PO, assim como capacidade de se comunicar efetivamente no 2º PO; concordar em participar na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1).

Os critérios de exclusão para a pesquisa foram: qualquer condição que interferisse na adequada comunicação entre o entrevistador e o paciente: sedação; intubação; isolamento de contato; delirium, conforme avaliado pelo Confusion Assessment Method (CAM) (anexo 2) (INOUE; VAN; ALESSI et al, 1990).

3.1 Tamanho amostral

Calculamos um total de 91 pacientes como o número amostral mínimo a ser incluído na pesquisa para que seus objetivos possam ser alcançados. O cálculo amostral foi conduzido através do software RAOSOFT (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) e incorporou os seguintes parâmetros: margem de erro de 10%; intervalo de confiança de 95%; estimativa de ocorrência de 1500 cirurgias de médio e grande porte por ano no hospital em questão; estimativa de distribuição de resposta de 50% para a ocorrência de subtratamento da dor.

3.2 Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas dos dados obtidos da seguinte forma: dados de natureza nominal foram expressos em números absolutos e proporções, dados ordinais ou contínuos com distribuição aproximadamente normal foram descritos sob a forma de médias e desvios padrão, enquanto que dados ordinais ou contínuos com distribuição não normal foram representados

por medianas e intervalos interquartis. A avaliação quanto à estrutura de distribuição dos dados se deu por meio do exame de histogramas dos mesmos. Não foram realizados testes estatísticos. As análises descritivas foram realizadas por meio do software Microsoft Excel, versão 2017.

4. Resultados

Ao todo foram selecionados 159 pacientes durante o período do estudo, os quais preencheram os critérios estabelecidos para participação na pesquisa. Contudo, 68 pacientes foram excluídos, por terem recebido alta anteriormente ao período da entrevista, ou ausência no leito, ou, ainda, cancelamento da cirurgia. No total foram entrevistados 91 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de junho a dezembro de 2017 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) em Botucatu. Os pacientes foram distribuídos uniformemente entre os sexos, sendo 46 (50,5%) do sexo masculino e 45 (49,5%) do sexo feminino. A média de idade foi de 56,6 anos. As cirurgias, segundo a especialidade, assim como os escores médios, a mediana, o desvio padrão e o intervalo interquartil de dor, pior dor, melhor dor, dor em repouso e dor ao movimento encontram-se nas tabelas de 1 a 7.

Tabela 1 - Distribuição das cirurgias realizadas por especialidade.

Procedimentos Cirúrgicos	N	%
Gastrointestinal	26	28,57%
Cardíaco	20	21,97%
Ortopédica	15	16,48%
Urológica	12	13,18%
Outros*	18	19,80%
Total	91	100%

* Ginecológicos (N=3), Hemodinâmicos (N=4), mastológicos (N=1), neurocirúrgicos (N=3), torácicos (N=4), vasculares (N=3)

Tabela 2 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para todos os procedimentos cirúrgicos.

Todos procedimentos	Média	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	3,1	3,0	2,2	5,0-1,0
Pior dor (ENV 0-10)	5,6	5,0	3,4	9,0-3,0
Menor dor (ENV 0-10)	0,7	0,0	1,1	1,0-0,0
Dor no repouso (ENV 0-10)	1,1	0,0	1,7	2,0-0,0
Dor em movimento (ENV 0-10)	2,8	0,0	2,6	4,5-1,0

ENV (Escala numérica verbal)

Tabela 3 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias gastrointestinais.

Cirurgia gastrointestinal	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	3,6	3,0	2,2	5,8-2,0
Pior dor (ENV 0-10)	6,2	7,0	3,2	9,0-5,0
Melhor dor (ENV 0-10)	0,7	0,0	0,9	1,8-0,0
Dor em repouso (ENV 0-10)	1,2	1,0	1,3	2,0-0,0
Dor ao movimento (ENV 0-10)	3,8	3,0	2,2	5,0-2,0

ENV (Escala numérica verbal)

Tabela 4 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias cardiovasculares

Cirurgia cardiovascular	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	3,1	3,0	2,1	5,0-1,8
Pior dor (ENV 0-10)	5,9	5,5	3,5	10-4,0
Melhor dor (ENV 0-10)	0,7	0,0	1,2	1,0-0,0
Dor em repouso (ENV 0-10)	1,1	0,0	2,2	1,3-0,0
Dor ao movimento (ENV 0-10)	2,9	2,0	2,9	3,5-1,0

ENV (Escala numérica verbal)

Tabela 5 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias ortopédicas.

Cirurgia ortopédica	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	2,9	2,0	2,27	4,5-1,0
Pior dor (ENV 0-10)	4,9	5,0	3,51	8,0-2,5
Melhor dor (ENV 0-10)	0,7	0,0	1,33	1,0-0,0
Dor em repouso (ENV 0-10)	1,0	0,0	1,63	1,5-0,0
Dor ao movimento (ENV 0-10)	2,3	2,0	2,51	3,5-0,5

ENV (Escala numérica verbal)

Tabela 6 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para cirurgias urológicas.

Cirurgia urológica	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	2,6	2,0	1,9	3,0-1,8
Pior dor (ENV 0-10)	5,2	5,0	2,8	5,8-3,8
Melhor dor (ENV 0-10)	0,2	0,0	0,4	0,0-0,0
Dor em repouso (ENV 0-10)	0,3	0,0	0,6	0,0-0,0
Dor ao movimento (ENV 0-10)	1,8	1,0	1,2	2,3-1,0

ENV (Escala numérica verbal)

Tabela 7 - Análise do escore médio de dor, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para outros procedimentos cirúrgicos.

Outros procedimentos*	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo interquartil
Dor média (ENV 0-10)	3,1	3,0	2,38	4,75-1,25
Pior dor (ENV 0-10)	5,3	5,5	3,49	7,75-3,0
Melhor dor (ENV 0-10)	0,9	0,0	1,18	1,75-0,0
Dor em repouso (ENV 0-10)	1,3	0,0	2,14	2,5-0,0
Dor ao movimento (ENV 0-10)	2,4	1,0	2,83	4,75-0,0

ENV (Escala numérica verbal)

* Ginecológicos (N=3), Hemodinâmicos (N=4), mastológicos (N=1), neurocirúrgicos (N=3), torácicos (N=4), vasculares (N=3)

Setenta e nove entrevistados (86,8%) relataram alguma dor no primeiro dia pós-operatório, sendo 41 (51,89 %) do sexo feminino e 38 (48,10%) do sexo masculino. Todos relataram que receberam analgesia. Os dados referentes ao escore médio de dor encontram-se na tabela 8.

Tabela 8 - Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no 1ºPO.

Dor média	N	%
Sem dor (ENV 0)	13	14,2%
Leve (ENV 1-3)	44	48,3%
Moderada (ENV 4-7)	33	36,2%
Intensa (ENV 8-10)	1	1,09%
Total	91	100%

PO: Pós operatório ENV: Escala Numérica Verbal

No quesito pior dor, 67 pacientes (73,62%) relataram níveis moderados a intensos. Os dados referentes a média da pior dor encontram-se na tabela 9. No item melhor dor, 59 pacientes relataram ausência de dor (64,83 %) (tabela 10).

Tabela 9 - Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no pior momento do 1ºPO.

Pior dor	N	%
Sem dor (ENV 0)	12	13,18%
Leve (ENV 1-3)	12	13,18%
Moderada (ENV 4-7)	36	39,56%
Intensa (ENV 8-10)	31	34,06%
Total	91	100%

PO: Pós operatório ENV: Escala Numérica Verbal

Tabela 10 - Relato dos pacientes sobre a média de intensidade da dor no melhor momento do 1ºPO.

Melhor dor	N	%
Sem dor (ENV 0)	59	64,83%
Leve (ENV 1-3)	30	32,96%
Moderada (ENV 4-7)	2	2,19%
Intensa (ENV 8-10)	0	0%
Total	91	100 %

PO: Pós operatório ENV: Escala Numérica Verbal

Quando avaliada a presença de dor durante o movimento, 28 pacientes (30,76%) relataram escores moderados a intensos de dor, os dados estão descritos na tabela 11. A medicação prescrita foi considerada muito efetiva ou efetiva por 77 pacientes (84,6%) (tabela 12).

Tabela 11 - Relato dos pacientes sobre média de intensidade da dor ao movimento no 1ºPO.

Dor movimento	N	%
Sem dor (ENV 0)	18	19,78%
Leve (ENV 1-3)	45	49,45%
Moderada (ENV 4-7)	22	24,17%
Intensa (ENV 8-10)	6	6,59%
Total	91	100%

PO: Pós operatório ENV: Escala Numérica Verbal

Tabela 12 - Relato dos pacientes sobre a efetividade da analgesia no 1ºPO.

Efetividade	N	%
Muito efetivo	50	54,9%
Efetivo	27	29,7%
Razoavelmente efetivo	12	13,2%
Pouco efetivo	2	2,2%
Inefetivo	0	0%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

A maioria dos pacientes consideraram muito fácil ou fácil o acesso a medicação analgésica (N=78; 85,7%) (tabela 13). A maioria dos pacientes se sentiram muito respeitados/muito satisfeitos ou respeitados/satisfeitos com o cuidado com a dor (tabelas 14 e 15).

Tabela 13 - Relato dos pacientes sobre facilidade para pedir/receber medicação no 1ºPO.

Facilidade para pedir/receber medicações	N	%
Muito fácil	60	65,90%
Fácil	18	19,80%
Neutro	9	9,90%
Difícil	1	1,10%
Muito difícil	0	0%
Não avaliado	3	3,30%
Total	91	100%

PO: Pós operatório

Tabela 14 - Relato dos pacientes sobre a percepção dos cuidados ofertados ao tratamento da dor no 1ºPO.

Cuidados	N	%
Muito respeitado	75	82,40%
Respeitado	15	16,50%
Razoavelmente respeitado	1	1,10%
Pouco respeitado	0	0%
Desrespeitado	0	0%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

Tabela 15 - Relato dos pacientes sobre a satisfação da analgesia recebida para o tratamento da dor no 1ºPO

Satisfação com a analgesia recebida	N	%
Muito satisfeito	59	64,8%
Satisfeito	22	24,1%
Razoavelmente satisfeito	10	11,1%
Pouco satisfeito	0	0%
Insatisfeito	0	0%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

Foi verificado que na maioria dos prontuários não houve registro quanto presença ou ausência de dor e a escala numérica verbal foi utilizada em apenas dois pacientes (tabela 16). Os registros de dor em prontuário, em sua maioria, derivaram de relatos médicos e de fisioterapeutas dentro da evolução dos pacientes.

Tabela 16 - Escalas utilizadas para avaliação da dor no 1ºPO registradas em prontuário.

Instrumento de avaliação utilizado	N	%
Não avaliado	55	60,43%
Escala numérica verbal	2	2,19%
Escala adjetival*	15	16,48%
Sem dor**	19	20,87%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

* Fraca, Moderada, Forte, Insuportável

** Ausência de registro no prontuário sobre qual método utilizado para tal avaliação

Os resultados quanto a analgesia recebida encontram-se nas tabelas 17, 18 e 19. A analgesia regular se constituiu principalmente de analgésicos simples associados a opioides fracos e a analgesia sob demanda principalmente de opioides fracos (tabelas 20 e 21).

Tabela 17 - Analgesia ofertada ao paciente no 1ºPO, segundo registro do prontuário médico, de acordo com a regularidade.

Analgesia	N	%
Apenas regular	41	45,05%
Apenas demanda	13	14,28%
Regular + demanda	36	39,56%
Não registrado	1	1,09%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

Tabela 18 - Registro no prontuário da prescrição de analgesia regular no 1ºPO

Analgesia regular	N	%
Sim	77	84,61%
Não	13	14,28%
Sem registro	1	1,09%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

Tabela 19 - Registro no prontuário da prescrição de analgesia sob demanda no 1ºPO.

Analgesia de demanda	N	%
Sim	49	53,84%
não	42	46,15%
Total	91	100%

PO: Pós-operatório

Tabela 20 - Analgésicos prescritos segundo classe farmacológica e associações na analgesia regular no 1ºPO.

Analgesia regular	N	%
Analgésico simples + opioides fracos	40	51,94%
Analgésicos simples	23	29,87%
Opioides fracos	6	7,79%
AINES	3	3,89%
Analgésico simples + AINES	3	3,89
Analgésico simples + AINES + opioide forte (PCA de fentanil)	1	1,29%
PCA de anestésico local + opioide forte (morfina)	1	1,29%
Total	77	100%

PO: Pós-operatório

AINES: Anti-inflamatórios não esteroidais

PCA: *Patient-Controlled-analgesia* ou bomba de analgesia controlada pelo paciente

Tabela 21 - Analgésicos prescritos segundo classe farmacológica e associações na analgesia sob demanda no 1ºPO.

Analgesia sob demanda	N	%
Opioides fracos	27	55,10%
Analgésicos simples + opioides fracos	14	28,57%
AINES	3	6,12%
Analgésico simples	2	4,08%
Analgésico simples + AINES + opioide fraco	1	2,04%
Analgésico simples + opioide fracos + opioide forte (morfina)	1	2,04%
AINE + opioide forte (morfina)	1	2,04%
Total	49	100%

PO: Pós-operatório

AINES: Anti-inflamatórios não esteroidais

Nos registros dos prontuários, foi verificado que três pacientes apresentaram dor intensa que não melhoraram com a analgesia prescrita pelo médico assistente, sendo que em dois desses pacientes houve o pedido de avaliação pela equipe do Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do hospital, solicitando acompanhamento e otimização da analgesia, sendo prescrito para um dos pacientes bomba de analgesia controlada pelo paciente (PCA) com administração de fentanil por via endovenosa e para o outro paciente PCA peridural de anestésico local associado a morfina. No terceiro paciente não há registro no prontuário de que qualquer medida tenha sido tomada para o controle da dor.

Em relação aos efeitos adversos provocados pelo consumo de analgésico, houve apenas a queixa de náusea em um paciente.

5. Discussão

Observamos que, no 1ºPO, 87% dos entrevistados relataram presença de dor. A dor basal, em média, foi de fraca intensidade em 56% dos pacientes (intensidade média de 3,1/10 na ENV). O escore álgico no recordatório do pior momento foi de moderado a intenso em 74% dos entrevistados (intensidade média de 5,6/10 na ENV). Os escores médios da pior dor encontrados neste estudo foram maiores do que os encontrados na Alemanha (4,8) (MAIR; NESTLER; RICHTER et al, 2010), porém menores do que os encontrados na Dinamarca (6,5) (LORENTZEN; HERMANSEN; BOTTI, 2012), França (6,4) (FLETCHER; FERMANIAN; MARDAYE et al, 2008) e Estados Unidos (6,17-8,37) (GORDON; PELLINO; MIASKOWSKI et al, 2002; POLANCO-GARCÍA; GARCÍA-LOPEZ; FÀBREGAS et al, 2017).

A dor pós-operatória é um reconhecido problema mundial. Segundo o *guideline* publicado pela Sociedade Americana de Dor, em 2016 (CHOU; GORDON; LEON-CASASOLA et al, 2016), mais de 80% dos pacientes cirúrgicos apresentarão dor, sendo que 75% ou mais em níveis moderados, intensos ou extremos, valores condizentes com os encontrados no presente estudo (WARFIELD; KAHN, 1995; APFELBAUM; CHEN; MEHTA et al, 2003; CORRELL; VLASSAKOV; KISSIN & GAN; HABIB; MILLER et al, 2014; COONEY & GORDON; LEON-CASASOLA; WU et al, 2016).

Polanco-García et al (2017) avaliaram a dor pós-operatória em 13 hospitais espanhóis e observaram prevalência de relato de dor intensa em 39,4% dos pacientes (ENV médio 5,6/10), valores similares aos encontrados em nossa amostra. Entretanto, é necessário destacar que consideramos em nosso estudo para dor intensa um ENV ≥ 8 , diferente do estudo espanhol (ENV ≥ 7) o que infere que nossa amostra possivelmente apresentou mais dor que a amostra espanhola.

A dor pós-operatória na América Latina é um fenômeno ainda pouco estudado (GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE, 2017). Encontramos na literatura cinco estudos avaliando esta população de forma regional. Um levantamento realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 2008, mostrou prevalência de 47,7% (RIBEIRO; PINTO; RIBEIRO, 2012).

Em outro estudo, no município de Recife, a prevalência de dor pós-operatória foi de 46% (COUCEIRO; VALENÇA; LIMA et al, 2009). Outros três estudos realizados na Colômbia mostraram prevalência de dor pós-operatória entre 22% e 69% (CARDONA; CASTANHO; BUILES, 2003; CADAVID; MENDOZA; GÓMEZ et al, 2009; CADAVID; GONZÁLEZ; MENDOZA et al 2013), valores abaixo dos encontrados no presente estudo .

Segundo Cadavid et al (2009), os estudos que reportam alta prevalência de dor pós-operatória evidenciam a falta de uma avaliação sistematizada da dor dos pacientes, principalmente naqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, que geralmente não contam com o acompanhamento de uma equipe especializada no controle da dor. Os mesmos autores apontam que quando médicos e enfermeiros são treinados, e aprendem a utilizar protocolos simples para o controle da dor pós-operatória, conseguem reduzir substancialmente os escores de dor, sem alteração na frequência de efeitos adversos e com diminuição das complicações pós-operatórias (CADAVID; MENDOZA; GÓMEZ et al, 2009). A população analisada em nossa pesquisa, ainda que esteja restrita a um hospital terciário do estado de São Paulo, um dos estados mais ricos do Brasil, é em geral extremamente carente, refletindo, de certa forma, a pluralidade econômica do nosso país. Em contrapartida, o presente estudo teve por cenário um hospital terciário que possui serviço especializado no tratamento da dor aguda desde 1990, porém no hospital em questão a implantação do quinto sinal vital ainda não aconteceu.

Em nosso estudo todos os pacientes receberam e relataram receber alguma analgesia. Contudo, quando verificados os prontuários, 60,4% não foram avaliados quanto a dor. Dos pacientes avaliados, apenas dois pacientes (2,19%) foram avaliados com escala validada (ENV). Desta forma, a avaliação da dor, na maioria dos pacientes que participaram do estudo, não foi feita de forma sistematizada, resultado similar ao encontrado em outros estudos, nos quais a documentação sobre a dor era escassa e que a experiência dolorosa relatada pelo doente não coincidiu com os registros nos prontuários, além de ter sido verificado o uso limitado de escalas de dor (SILVA; PIMENTA, 2003; ABDALRAHIM; MAJALI; BERGBOM, 2008).

Oliveira et al (2013) avaliaram prontuários em hospital da rede privada de caráter terciário, localizado em Fortaleza/CE, e observaram presença de registro da avaliação da dor em apenas 46,6% dos pacientes, feita pela escala numérica verbal (ENV) (OLIVEIRA; LEITÃO; SILVA et al, 2013). Em nosso estudo encontramos resultados similares, contudo houve uma menor utilização de escala padronizada (ENV) em relação ao estudo mencionado, talvez pelo fato de nosso hospital não ter adotado a dor como quinto sinal vital. Ainda que exista a presença de uma equipe especializada no tratamento da dor, a avaliação adequada depende de políticas assistenciais apropriadas. Da mesma forma, em nosso país, observamos a falta de legislação específica que enfatize a importância da avaliação e tratamento da dor. Dentro do Sistema Único de Saúde o tratamento da dor aguda não possui código específico para cobrança, da mesma forma a implantação do quinto sinal vital na instituição não se relaciona com aumento no grau de complexidade desta.

Esses resultados são muito expressivos, pois a correta avaliação e manejo da dor são fundamentais para o controle da dor pós-operatória, e devem se basear em um sistema de cuidados de saúde bem organizado, com especial atenção ao registro dos resultados do manejo da dor de forma individualizada (ABDALRAHIM; MAJALI; BERGBOM, 2008). A avaliação e tratamento da dor é uma questão acima de tudo humanitária (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007). Uma vez que as políticas públicas não valorizam e remuneram esse tipo de procedimento, não reconhecem a importância ética e legal do tratamento da dor. Existe boa evidência de que a avaliação regular e pormenorizada, por médicos e enfermeiros da queixa de dor, melhora a percepção dos mesmos sobre o impacto desta condição na qualidade de vida dos pacientes, assim como seu tratamento (ABDALRAHIM; MAJALI; BERGBOM, 2008).

O objetivo principal da correta documentação dos cuidados com os pacientes é boa comunicação com a equipe assistente, proporcionando a melhora do atendimento. A literatura sugere que todos os profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente devem estar cientes da dor do paciente (ABDALRAHIM; MAJALI; BERGBOM, 2008). Hoje a avaliação e tratamento da dor têm sido reconhecidos como prioridade no mundo. A Joint Commission International for Healthcare Accreditation (JOSHI; BECK; EMERSON et al, 2014)

e a American Pain Society advogam pela implantação da dor como quinto sinal vital em todas as instituições de saúde (MORONE; WEINER, 2013). No Brasil o Ministério da Saúde criou a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que também preconiza a implantação da dor como quinto sinal vital enquanto um indicador de qualidade para os processos assistenciais (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Sabe-se que o volume de procedimentos cirúrgicos está aumentando no mundo, tanto em quantidade como em complexidade (HOMME, 2017). Joshi et al (2014) relataram que embora tenha sido sugerido que o aumento da quantidade de procedimentos cirúrgicos mais agressivos seja um dos fatores para falta de melhora no manejo da dor pós-operatória, o fator mais importante para seu subtratamento é a prescrição inadequada dos analgésicos, o que explica inclusive o fato de procedimentos cirúrgicos de pequenos porte estarem associados a alta prevalência de dor pós-operatória de grande intensidade, pois a intensidade da dor gerada por esses procedimentos é frequentemente subestimada pelos médicos assistentes (JOSHI; BECK; EMERSON et al, 2014).

O controle inadequado da dor tem consequências fisiológicas que podem resultar em recuperação prejudicada, diminuição da função, causando incapacidade, sofrimento e desenvolvimento de dor crônica, com consequente redução da qualidade de vida e aumento do uso de recursos médicos (JOSHI; BECK; EMERSON et al, 2014; COONEY, 2016). Um estudo realizado na Inglaterra mostrou, após avaliar 5000 pacientes com dor crônica, que em 23% destes a dor iniciou-se após um procedimento cirúrgico. Duas importantes revisões estimaram incidência de dor crônica após cirurgias de grande porte entre 20 e 50%, sendo que nesses pacientes a dor crônica incapacitante ocorreu em 2 a 10% dos casos (JENKINS; O'DWYER, 2008; SCHUG, 2012).

Mesmo procedimentos cirúrgicos de pequeno porte podem estar relacionados com incidência de desenvolvimento de dor crônica persistente. Jenkins JT e O'Dwyer, em um estudo de revisão publicado em 2008, observaram que na herniorrafia inguinal, a dor crônica é a principal e mais comum complicação a longo prazo (JENKINS; O'DWYER, 2008). Outro estudo aponta que em 39,5% dos pacientes submetidos a herniorrafia inguinal, a dor persiste

após 4 meses (CHAPMAN; VIERCK, 2017). São fatores de risco relacionados com desenvolvimento de dor crônica pós-operatória: intensidade da dor pós-operatória; presença de dor crônica pré-operatória; presença de sintomas de sofrimento psicológico e estresse importante (ex: depressão, ansiedade, catastrofização) (HOMME, 2017). Destes a intensidade da dor pós operatória ainda é o fator mais importante (HOMME, 2017).

Alguns fatores contribuem para os altos índices de dor pós-operatória no mundo. Um deles é a falha na avaliação da dor e da efetividade das medidas analgésicas utilizadas. Em nosso estudo a falta de sistematização na avaliação da dor dos pacientes, o desconhecimento por parte dos pacientes do potencial de conforto algico que pode ser oferecido após procedimentos cirúrgicos e as limitações financeiras institucionais podem ser fatores relacionados com alta prevalência de dor pós-operatoria.

Outro fator determinante é a subutilização de analgésicos, ou “oligoanalgesia” (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007). Diversos estudos evidenciam que enfermeiros e médicos frequentemente superestimam o potencial de dependência de opioides e/ou efeitos colaterais, optando por prescrever doses menores e intervalos maiores entre as doses, o que resulta no controle inadequado da dor (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007). Em 2007 a IASP observou que 86% dos profissionais de saúde da América Latina consideraram insuficientes o treinamento no manejo da dor na graduação (BOND; ACUNA; BARROS et al, 2007). Bond et al (2012) relataram em sua pesquisa que embora mais de 50% do entrevistados fossem alunos universitários, frequentando cursos formais relacionados ao manejo da dor, mais de 90% afirmaram que o nível de instrução ofertado não foi suficiente para satisfazer suas necessidades no momento em que se formaram e iniciaram a prática clínica (BOND, 2012). Os mesmos autores relatam que os graduandos receberam em média 12 horas de treinamento em dor (BOND, 2012). No hospital terciário onde se deu nosso estudo o tratamento da dor está incluído dentro do currículo da graduação em medicina. O tratamento da dor, entretanto, se dá principalmente pela equipe médica, composta por ex-alunos e, principalmente, residentes de outros serviços. Desta forma, apesar da existência de um

treinamento em dor na graduação, os dados refletem falhas existentes no treinamento de médicos em âmbito nacional.

Em nosso estudo, avaliando os prontuários, foi verificado que 84,61% dos pacientes receberam analgesia regular, e 53,84% receberam analgesia sob demanda. Um dos princípios do tratamento da dor pós-operatória é a prescrição de analgesia de forma regular (aprazamento de acordo com a farmacocinética do analgésico utilizado) quando a causa do evento algico é mantida. Na situação da dor pós-operatória, a dor é um evento esperado que se mantém dias após o procedimento cirúrgico. A escolha do analgésico pode ser feita a partir da intensidade da dor (fraca, moderada ou forte) ou pelo trauma cirúrgico. Preconiza-se o uso da escada analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde em 1986 como orientador dessa escolha (MOSKOVITZ; BENSON; PATEL et al, 2011). Moskovitz et al (2011) em estudo envolvendo 50,869 pacientes americanos observaram que a dor pós-operatória de intensidade moderada a forte ainda é uma questão relevante (MOSKOVITZ; BENSON; PATEL et al, 2011). Nesse estudo, dentro da faixa etária de idosos (maiores de 75 anos), 52% receberam analgesia inadequada para a dor relatada (MOSKOVITZ; BENSON; PATEL et al, 2011). Em situação de dor aguda pós-operatória estima-se que 40% dos pacientes apresentam controle inadequado da dor, com sintomas de intensidade moderada a intensa (BARDIAU; BRAECKMAN; SEIDEL et al, 1999; DOLIN; CASHMAN; BLAND, 2002; POWELL; DAVIES; BANNISTER et al, 2004). Foi observado em nosso estudo que no regime regular os analgésicos simples foram os mais prescritos (85,7%), seguido dos opioides fracos (59,73%). Os opioides fortes foram pouco prescritos (2,58%). No regime sob demanda, os opioides fracos foram os analgésicos mais prescritos (87,75%), seguidos dos analgésicos simples (36,73%). Os opioides fortes também foram pouco prescritos (4,08%). Nosso estudo evidenciou que o manejo do controle da dor dos pacientes entrevistados não foi feito de forma sistematizada pela equipe de saúde assistente. Houve pouca utilização da associação da analgesia regular e de demanda (N= 36; 39,56%). Contudo, grande parte dos entrevistados (N=77; 84,6%) relataram que a analgesia foi muito efetiva ou efetiva. Dados similares foram obtidos nos estudos de Apfelbaum et al (2003) e Gan et al (2014), que verificaram que, apesar da alta

prevalência de dor pós-operatória, 90% dos pacientes diziam-se satisfeitos com a analgesia recebida (APFELBAUM; CHEN; MEHTA et al, 2003; GAN; HABIB; MILLER et al, 2014). Segundo os mesmos autores um dos motivos para essa incoerência é o fato dos pacientes basearem suas respostas na forma amistosa como foram tratados pela equipe assistente (APFELBAUM; CHEN; MEHTA et al, 2003; GAN; HABIB; MILLER et al, 2014), assim como na qualidade da comida oferecida e limpeza do hospital (GAN; HABIB; MILLER et al, 2014). Outras possíveis explicações para isso, são: a crença de que a dor pós-operatória é algo inevitável ao ser humano (APFELBAUM; CHEN; MEHTA et al, 2003); desconhecimento por parte dos pacientes sobre o potencial de conforto no controle da dor pós-operatória que as medicações analgésicas possuem (APFELBAUM; CHEN; MEHTA et al, 2003), confiança que a equipe médica sempre fará todo o possível para minimizar o sofrimento do paciente (BRENNAN; CARR; COUSINS, 2007; ARGOFF, 2014). Tudo isso ajuda a entender o motivo da grande maioria dos pacientes terem ficado muito satisfeitos ou satisfeitos com a analgesia recebida e terem se sentido muito respeitados com os cuidados oferecidos para o tratamento de sua dor.

Além dos já mencionados aspectos relacionados à educação dos profissionais de saúde no tratamento da dor, a falta de políticas específicas para a diminuição de sua prevalência, dificulta a obtenção de alguns medicamentos, somado ao alto custo de tecnologias que por vezes são necessárias para fornecer a analgesia (GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE et al, 2017). Correll et al (2014), avaliaram o progresso no tratamento da dor pós-operatória no período entre 1993-2012 em uma revisão e verificaram que, apesar da eficácia significativa de algumas novas tecnologias no tratamento de dor, como a analgesia controlada pelo paciente ou a analgesia peridural controlada pelo paciente, isto não se refletiu na diminuição dos escores de dor pós-operatória. Tais achados evidenciam que a cultura clínica institucional, os diferentes pontos de vista e prioridades por parte dos anestesiológicos, cirurgiões e enfermeiros, assim como questões econômicas institucionais, e a capacidade do paciente em participar das decisões, podem afetar na incorporação e aplicabilidade dessas novas terapias na prática clínica diária (CORRELL; VLASSAKOV; KISSIN, 2014). Gan et al (2014) corroboraram os dados citados acima, ao afirmarem que, apesar

dos avanços do manejo da dor observados nos últimos 20 anos, pouco se observou na melhora dos índices de dor pós-operatória (GAN; HABIB; MILLER et al, 2014). Joshi et al (2014), também afirmaram que apesar dos avanços farmacológicos e novas técnicas de analgesia pos-operatória, pouco ou nada se observou na diminuição dos escores de dor (JOSHI; BECK; EMERSON et al, 2014). Correll e Kissin (2017) relataram em suas pesquisas que apesar das novas tecnologias que surgiram no manejo da dor, a maioria das publicações baseadas no interesse acadêmico para o manejo de dor estão relacionados com drogas e técnicas desenvolvidas a 40-50 anos (CORRELL; KISSIN, 2017).

Outro fator importante é que no Brasil existem leis que buscam restringir o acesso a opioides. O medo do mau uso ou abuso é uma realidade alarmante no Brasil. Em 2011, os Estados Unidos foram responsáveis por 55% do consumo mundial de opioides, e, conjuntamente com a Europa, responderam por 89% consumo mundial, valor imensamente superior ao encontrado na América Latina: 1% (GARCIA; BONILLA; KRAYCHETE et al, 2017). O mapa de consumo de opioides de 2015, traçado pelo Pain & Policy Studies Group da Universidade Wisconsin – Madison, mostra que, enquanto os americanos consumiram em 2015 aproximadamente 60,99 mg per capita de morfina, o Brasil consumia 3,09 mg per capita (Global opioid consumption, 2015). Esses resultados mostram que, apesar do aumento do consumo sem precedentes de opioides nos Estados Unidos, cursando com a pior epidemia de overdose de drogas da história, fazendo com que o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos colocasse a prevenção a overdose de opioides como um dos cinco principais desafios da saúde pública (KOLODNY; COURTWRIGHT; HWANG et al, 2015), o Brasil ainda utiliza muito pouco desses medicamentos

Observamos também que o serviço de dor aguda do hospital foi pouco acionado pela equipe assistente na amostra avaliada. Um *guideline* australiano para tratamento da dor aguda (2015) estabeleceu como nível de evidencia III-3 que a implementação de um serviço de dor aguda melhora o alívio da dor e reduz a incidência de efeitos adversos e que a educação da equipe e o uso de *guidelines* melhora a avaliação da dor, alívio da dor e práticas de prescrição. (AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANESTHETISTS, 2015).

Na situação específica desse estudo, observamos que a presença de um serviço de dor aguda não foi suficiente para melhorar as práticas de assistência da dor pós-operatória. É necessário um processo de educação do corpo clínico e da equipe de enfermagem na avaliação e no tratamento desse evento esperado e frequente. É imprescindível repensar as atitudes e concepções frente ao tratamento da dor aguda, incluindo o feedback dos pacientes nesse processo.

6. Conclusão

-
- A maioria dos entrevistados (N=79; 86,8%) apresentou dor no 1ºPO, alcançando nos piores momentos uma média de 5,6 na ENV.
 - A grande maioria dos pacientes se sentiram satisfeitos/respeitados com cuidados ofertados pela equipe de saúde no que tange ao controle algico.
 - Houve predomínio da prescrição de analgesia regular em relação a analgesia sob demanda, sendo analgésicos simples associados a opioides fracos o esquema preferencial no primeiro caso e os opioides fracos preferidos no segundo caso. Opioides fortes foram pouco prescritos em ambos os regimes.
 - A avaliação da dor não foi feita de forma sistematizada, sendo que em 60,4% dos prontuários ela sequer foi avaliada, e quando realizada, foi feita principalmente por médicos e fisioterapeutas. Desta forma, não foi possível avaliar pelos registros dos prontuários as condutas tomadas para a dor relatada pelos pacientes.
 - Embora grande parcela dos pacientes tenha relatado que a analgesia ofertada pela equipe assistente tenha sido muito efetiva/efetiva, o relato da presença de dor durante a entrevista estruturada foi frequente . O tipo de prescrição encontrada foi frequentemente incompatível com o trauma cirúrgico e a avaliação foi feita de forma não sistematizada. Esses achados sugerem que existe um desconhecimento sobre o potencial dos analgésicos no controle da dor pós-operatória e que é possível que os pacientes levem em consideração outros aspectos relacionados aos cuidados em geral para tal avaliação.
-

7. Referências

ABDALRAHIM, M.S.; MAJALI, S.A.; BERGBOM, I. Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. **Acute Pain**. 2008, v. 10, p. 73-81.

ANAND, K.J. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. **Biol Neonate**. 1998, v. 73, n. 1, p. 1-9.

APFELBAUM, J.L.; CHEN, C.; MEHTA, S.S.; et al. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. **Anesth Analg**. 2003, v. 97, p. 534-540.

ARGOFF, C.E. Recent management advances in acute postoperative pain. **Pain Pract**. 2014; v. 14, n. 5, p. 477-487.

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS, Faculty of Pain Medicine. **Acute pain** management: scientific evidence [Internet]. 2015 [citado 25 de maio de 2018]. Disponível em: <<http://search.informit.com.au/browsePublication;res=IELHEA;isbn=9780987323675><http://search.informit.com.au/browsePublication;res=IELHEA;isbn=9780987323675>> Acesso em 22 março de 2018.

BARDIAU, F.M.; BRAECKMAN, M.M.; SEIDEL, L; et al. Effectiveness of an acute pain service inception in a general hospital. **J Clin Anesth**. 1999; v. 11, n. 7, p. 583-589.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7^a Ed, New York, Oxford University Press. 2012.

BOND, M. A decade of improvement in pain education and clinical practice in developing countries: IASP initiatives. **Br J Pain**. 2012, v. 6, p. 81-84.

BOND, M.; ACUNA M.M, BARROS N, et al. Education and training for pain management in developing countries: a report by the IASP Developing Countries Taskforce. Seattle: **IASP Press**, 2007.

BRENNAN, F.; CARR, D.B.; COUSINS, M. Pain management: a fundamental human right. **Anesth Analg**. 2007, v. 105, n. 1, p. 205–221.

BRENNAN, F.; CARR, D.B.; COUSINS, M. Pain management: a fundamental human right. **Anesth Analg**. 2007, v. 105, p. 205-221.

CADAVID, A.M.; GONZÁLEZ, J.S.; MENDOZA, J.M.; et al. Impact of a clinical pathway for relieving severe post-operative pain at a University Hospital in South America. **J Anesthesiol Clin Sci**. 2013, v. 2, n. 31, p. 1-6.

CADAVID, A.M.; MENDOZA, J.M.; GÓMEZ, N.D.; et al. Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín. **Rev Colomb Anesthesiol**. 2009, v. 22, n. 1, p. 11-15.

CARDONA, E.; CASTANO, M.L.; BUILES, A.M.; et al. Management of post-surgical pain in Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellin **Rev Colomb Anesthesiol**. 2003, v. 31, p. 111-117.

CHAPMAN, C.R.; VIERCK, C.J. The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. **J Pain**. 2017, v. 18, p. 359-478.

CHOU, R.; GORDON, D.B.; LEON-CASASOLA, O.A.; et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. **J Pain**. 2016, v. 17, n. 2, p. 131-157.

Código de Ética [Internet]. [citado 25 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>

COONEY, M.F. Postoperative Pain Management: Clinical Practice Guidelines. **J Peria Anesthesia Nursing**. 2016, v. 31, n. 5, p. 445-451.

CORRELL, D.J.; KISSIN, I. Publication-Based Academic Interest in Drugs and Techniques for Treatment of Postoperative Pain, 1975–2015. **J Anesthesia History**. 2017, v. 3, p. 122-127.

CORRELL, D.J.; VLASSAKOV, K.V.; KISSIN, I. No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993–2012: scientometric analysis. **J Pain Res**. 2014, v. 7, p. 199–210.

COUCEIRO, T.C.M.; VALENÇA, M.M.; LIMA, L.C.; et al. Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na Dor Pós-Operatória. **Rev Bras Anesthesiol**. 2009, v. 59, n. 3, p.: 314-320.

DENNY, D.L.; GUIDO, G.W. Undertreatment of pain in older adults: an application of beneficence. **Nurs Ethics**. 2012, v. 19, n. 6, p. 800-809.

DOLIN, S.J.; CASHMAN, J.N.; BLAND, J.M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. **Br J Anaesth**. 2002, v. 89, p. 409-423.

FLETCHER, D.; FERMANIAN, C.; MARDAYE, A.; et al. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. **J Pain**. 2008, v. 137, p. 441-451.

GAN, T.J.; HABIB, A.S.; MILLER, T.E.; et al. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. **Curr Med Res Opin**. 2014, v. 30, p. 149-160.

GARCIA, J.B.S.; BONILLA, P.; KRAYCHETE, D.C.; et al. Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina. **Rev Bras Anesthesiol.** 2017, v. 67, n. 4, p. 395-403.

Global opioid consumption [Internet]. [citado 14 de julho de 2018]. Disponível em: <http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/default/files/201803/global_morphine.pdf>
http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/default/files/201803/global_morphine.pdf > Acesso em 14 julho de 2018.

GORDON, D.B.; LEON-CASASOLA, A.O.; WU, C.L.; et al. Research Gaps on Practice Guidelines for Acute Postoperative Pain Management in Adults: Findings from a Review of the Evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. **J Pain.** 2016, v. 17, n. 2, p. 158-166.

GORDON, D.B.; PELLINO, T. A.; MIASKOWSKI, C.; et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. **Pain Manag Nurs.** 2002, v. 3, p. 116–130.

HOMME, P.L. Transition from acute to chronic pain after surgery. **J Pain.** 2017, v. 158, p. 50-54.

INOUE, S.K.; VAN, D.C.H.; ALESSI, C.A; et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. **Ann Intern Med.** 1990, v. 113, n. 12, p. 941–948.

International Narcotics Control Board. Report of the **International Narcotics Control Board** for 2005. New York: United Nations; 2006.

JENKINS, J.T.; O'DWYER, P.J. Inguinal hérnias: clinical review. **BMJ.** 2008, v. 336, p. 269-272.

JOSHI, G.P.; BECK, D.E.; EMERSON, R.H.; et al. Am Surg. Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™. 2014, v. 80, p. 219-228.

KOLODNY, A.; COURTWRIGHT, D.T.; HWANG, C.S.; et al. The Prescription Opioid and Heroin Crisis: A Public Health Approach to an Epidemic of Addiction. **Annu Rev Public Health**. 2015, v. 36, p. 559-574.

LORENTZEN, V.; HERMANSEN, I.L.; BOTTI, M. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. **Eur J Pain**. 2012, v. 16, p. 278–288.

MAIER, C.; NESTLER, N.; RICHTER, H.; et al. The quality of pain management in German hospitals. **Dtsch Arztebl Int**. 2010, v. 107, p. 607-614.

MELZACK, R. The tragedy of needless pain. **Sci Am**. 1990; v. 262, n. 2, p. 27-33.

MORONE, N.E.; WEINER, D.K. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. **Clin Ther**. 2013, v. 35, n. 11, p. 1728–1732.

MOSKOVITZ, B.L.; BENSON, C.J.; PATEL, A.A.; et al. Analgesic treatment for moderate-to-severe acute pain in the United States: patients' perspectives in the Physicians Partnering Against Pain (P3) survey. **J Opioid Manag**. 2011, v. 7, p. 277-286.

OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO, I.M.T.A.; SILVA, L.M.S.; et al. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. **Rev Dor**. 2013, v. 14, p. 251-255.

Organização Nacional de Acreditação. Normas Orientadoras da Organização Nacional de Acreditação [Internet]. [citado 25 de maio de 2018]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/306/Selo-de-Qualificacao-ONA><https://www.ona.org.br/Pagina/306/Selo-de-Qualificacao-ONA> Acesso em 22 março de 2018.

POLANCO-GARCÍA, M.; GARCÍA-LOPEZ, J.; FÀBREGAS, N.; et al. Postoperative pain management in Spanish hospitals. A cohort study using the PAIN-OUT registry. **J Pain**. 2017, v. 18, n.10, p. 1237-1252.

POWELL, A.E.; DAVIES, H.T.O.; BANNISTER, J.; et al. Rhetoric and reality on acute pain services in the UK: a national postal questionnaire survey. **Br J Anaesth**. 2004, v. 92, p. 689-693.

RIBEIRO, S.B.F.; PINTO, J.C.P.; RIBEIRO, J.B. Dor nas Unidades de Internação de um Hospital Universitário. **Rev Bras Anesthesiol**. 2012, v. 62, n. 5, p. 599-611.

SCHAFFER, G.V. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Can Fam Physician**. 2010, v. 56, p. 514–517.

SCHUG, S.A. Persistent post-surgical pain: A view from the other side of the fence. **J Pain**. 2012, v. 153, p. 1344-1345.

Secretaria de Saúde. Relação de locais de dispensação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica do estado de São Paulo [Internet]. Relação de locais de dispensação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Estado de São Paulo. 2018. [citado 25 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistenciafarmaceutica/descentralizacao_assist_farm_06_02_15.pdf> Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

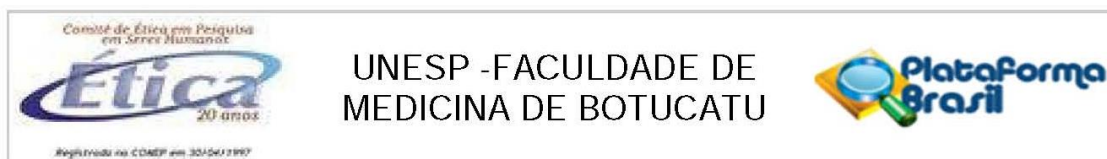
SILVA, Y.B.; PIMENTA, C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**. 2003, v. 37, p. 109-118.

SINATRA, R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. **Pain Med** Malden Mass. 2010, v. 11, n. 12, p. 1859–1871.

TREEDE, R.D.; RIEF, W.; BARKE, A.; et al. A classification of chronic pain for ICD-11. **J Pain**. 2015; n. 156, v. 6, p. 1003-1007.

WARFIELD, C.A.; KAHN, C.H. Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. **Anesthesiology**. 1995, v. 83, p. 1090-1094.

Anexos

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O Controle da Dor Pós-operatória: uma questão ética

Pesquisador: Fernanda Bono Fukushima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66373417.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Anestesiologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.047.831

Apresentação do Projeto:

A pesquisa avaliará a dor em 91 pacientes pós cirurgias abdominal, torácica, pélvica ou ortopédica de médio ou grande porte durante o ano de 2017 e atendidos no hospital da Clínica de Botucatu.

Os pacientes incluídos serão indivíduos adultos sem problema psiquiátrico e capazes de responder o questionário aplicado. A dor será avaliada por questionário de fácil compreensão e execução de resposta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar sob a perspectiva dos pacientes a qualidade do controle da dor pós-operatória alcançada no 1º dia do período pós-operatório (1º PO) bem como descrever as medidas analgésicas prescritas e executadas nesse período.

Objetivo Secundário:

- Quantificar a experiência dolorosa no 1º PO.
- Avaliar a percepção do paciente sobre a importância que o controle da sua dor pós-operatória teve para a equipe de saúde.
- Avaliar no prontuário médico a prescrição médica voltada para analgesia, diferenciando tratamentos regulares daqueles prescritos apenas na presença de queixa de dor.
- Avaliar a

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

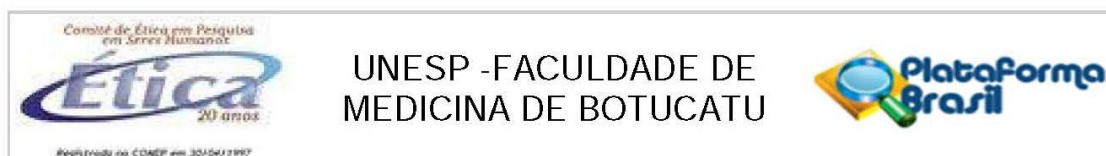
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.047.831

regularidade da menção de avaliação da dor por médicos e enfermeiros, bem como as condutas tomadas para analgesia em decorrência dessa avaliação.

- Contrastar o registro de sintomas dolorosos no prontuário com o relato da percepção dos pacientes sobre os mesmos sintomas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem risco e sem benefício imediato

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de baixo custo e resultados aplicável à assistência

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termo corretamente redigido. Redação segue a orientação do CEP de Botucatu

Recomendações:

Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução da presente pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, recomendo aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 04 de Maio de 2.017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 04/05/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_864437.pdf	29/03/2017 09:24:35		Aceite
Projeto Detalhado / Brochura	Analgesia_hospital_terciario.pdf	29/03/2017 09:24:15	Fernanda Bono Fukushima	Aceite

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

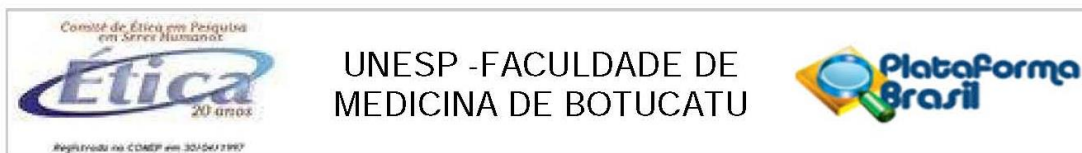
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.047.831

Investigador	Analgesia_hospital_terciario.pdf	29/03/2017 09:24:15	Fernanda Bono Fukushima	Aceito
Folha de Rosto	ROSTRO_KAIO.pdf	28/03/2017 17:08:30	Fernanda Bono Fukushima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2017 17:07:43	Fernanda Bono Fukushima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	373.pdf	28/03/2017 17:05:14	Fernanda Bono Fukushima	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/03/2017 17:03:02	Fernanda Bono Fukushima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Maio de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO 2 – CAM – CONFUSION ASSESSMENT METHOD

CrITÉRIOS diagnÓsticos

Algoritmo diagnÓstico do CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>)
Para o diagnÓstico de delirium de acordo com o CAM é necessÁria a presença das caracterÍsticas 1 e 2 abaixo, somadas Às caracterÍsticas 3 e / ou 4.
CaracterÍstica 1: InÍcio agudo e curso flutuante Esta caracterÍstica é usualmente obtida através de um informante confiÁvel, como familiar, um cuidador ou enfermeiro. Sua presença é confirmada através de respostas positivas Às seguintes questÓes: Há sinais de mudança aguda no estado mental do paciente em relaçaÓ ao seu estado habitual? O comportamento anormal tem flutuado ao longo do dia, isto é, tende a ir e vir, ou aumentar e diminuir de intensidade?
CaracterÍstica 2: Déficit de atençaÓ Esta caracterÍstica é demonstrada através de uma resposta positiva À seguinte questÓ: O(a) paciente tem tido dificuldade em manter o foco de sua atençaÓ, por exemplo, distraÍndo-se facilmente, ou apresentando dificuldade em acompanhar o que estÁ sendo dito?
CaracterÍstica 3: Pensamento desorganizado Esta caracterÍstica é elicitada através de uma resposta positiva À questÓ a seguir: O(a) paciente tem evidenciado pensamento desorganizado ou incoerente, como fala desconexa, fluxo ilÓgico de idéias ou mudança imprevisÍvel de um assunto para outro?
CaracterÍstica 4: NÍvel de consciênciA alterado Esta caracterÍstica é verificada através de qualquer resposta diferente de “alerta” para a seguinte questÓ: De modo geral, como vocÊ classificaria o nÍvel de consciênciA do paciente: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letÁrgico (sonolento, mas acorda facilmente), torporoso (difícil de acordar), ou em coma (incapaz de despertar).

ConfusÓ mental e alteraçÓes comportamentais em idosos; Vidal, E.I.O., Villas Boas, P.J.F, Machado, A.B.C, ChristÓvan, J.C., Furlan, J.M. Departamento de ClÍnica Médica – Disciplina de Geriatria e Gerontologia FMB – UNESP/SP

Apêndice

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “O controle da Dor pós-operatória: Uma questão ética”, que será desenvolvido por mim Kaio Iuanami Tata, **estudante de medicina deste HC**, com orientação da Professora Dra. Fernanda Bono Fukushima do Departamento de Anestesiologia da **Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP**.

Estou estudando a dor pós operatória neste hospital. Para que eu possa ter um resultado nesse momento gostaria de convidá-lo (a) a responder um breve questionário de aproximadamente 15 minutos de duração sobre a intensidade da sua dor e os tratamentos recebidos no período pós operatório.

Solicito também seu consentimento para consultar seu prontuário médico para coletar outras informações lá contidas como (idade, cirurgia, analgésicos prescritos, avaliações médicas e de enfermagem) referentes a esta internação.

Os dados coletados poderão influenciar a experiência dolorosa pós operatória de futuros pacientes, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome **(Pesquisador)** Kaio Iuanami Tata
Telefone: (14)38116222
Email: kaioata2@gmail.com

Nome **(orientador)** Fernanda Bono Fukushima
Telefone: (14)38116353
Email: ffukushima@fmb.unesp.br

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA COM PACIENTES

Nome:		Data:
Data de nascimento:	Sexo:	
Procedimento Cirúrgico:	Data do procedimento:	

Você teve dor após a sua cirurgia?

☐ Sim ☐ Não

Qual a intensidade **média** da sua dor nas últimas 24 horas? _____

Qual a intensidade da dor no **pior** momento das últimas 24 horas? _____

Qual a intensidade da dor no **melhor** momento das últimas 24 horas? _____

Qual a intensidade da dor **nesse momento**? Repouso: _____ Movimento: _____

Você recebeu algum medicamento para a sua dor?

☐ Sim Quantas vezes nas ultimas 24h? _____ ☐ Não

Você considera que este medicamento foi efetivo?

☐ Muito efetivo ☐ Efetivo ☐ Razoavelmente efetivo ☐ Pouco efetivo ☐ Inefetivo

Como você definiria o processo para pedir e receber medicação para sua dor?

☐ Muito fácil ☐ fácil ☐ neutro ☐ difícil ☐ Muito difícil

Você está satisfeito com a analgesia recebida?

☐ Muito satisfeito ☐ satisfeito ☐ razoavelmente satisfeito ☐ pouco satisfeito ☐ insatisfeito

Como você sentiu sobre o cuidado com a sua dor?

☐ Muito respeitado ☐ Respeitado ☐ razoavelmente respeitado ☐ pouco respeitado ☐ Desrespeitado

Por quê?

APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIO

RG:	Sexo:
DN:	
Procedimento Cirúrgico:	Foi utilizado algum instrumento para avaliação da dor? ☐ Sim ☐ Não
Escore de dor registrados durante o 1ºPO:	
Analgesia prescrita (total) após o procedimento :	
Medicamentos de uso regular	Medicamentos apenas para escape de dor
Qual a frequência do relato de avaliação da dor pós-operatória?	
Quais as medidas adotadas frente ao relato de dor do paciente?	
Houve relato de dor intensa que não melhorou com as medidas adotadas? () Sim () Não	
Em caso afirmativo para o item anterior, quais foram as condutas adotadas?	
Foi relatada a ocorrência de eventos adversos decorrentes das modalidades analgésicas prescritas?	