

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da efetividade da analgesia pós-operatória em hospital no sul de Santa Catarina de julho a outubro de 2006

Caroline Daminelli¹, Thiago Mamôru Sakae², Ney Bianchini³

Resumo

Introdução: O alívio da dor impõe-se não como apenas uma necessidade de ordem ética e moral, mas também em decorrência das conseqüências deletérias da dor não tratada. A analgesia pós-cirúrgica é parte fundamental do tratamento do paciente.

Objetivo: Avaliar a dor aguda no pós-operatório imediato.

Métodos: Trata-se de um estudo prospectivo e transversal. Foram entrevistados, durante 3 meses, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte de 5 especialidades. A dor de cada indivíduo foi avaliada, entre 20 a 30 horas após a cirurgia, através da Escala Numérica de Dor, com valores entre 0 (ausência de dor) e 10 (pior dor possível) e observando as medicações analgésicas prescritas.

Resultados: A incidência de dor pós-operatória foi de 73,2%, dentre os 142 pacientes entrevistados. O valor médio da intensidade de dor encontrado foi de 3,71. Dividindo os pacientes em 3 grupos, quanto à intensidade da dor apresentada, 26,0% dos mesmos referiram dor fraca, 46,2% dor moderada e 27,9%, dor forte. Analgésicos simples foram os medicamentos mais utilizados (77,5%) e, em seguida, os AINES (69,7%). Opióides fracos ou moderados foram utilizados em 56,3% das vezes. Apenas 3,5% dos pacientes utilizaram opióides fortes.

Conclusões: Percebeu-se nesse estudo uma subadministração de todas as classes de analgésicos, explicando a elevada incidência de dores fracas, moderadas e fortes nas diversas especialidades cirúrgicas.

Descritores: 1. Dor pós-operatória;
2. Analgesia;
3. Avaliação.

Abstract

Background: The pain relief is imposed not as only one ethical and moral order necessity, but also in result of the deleterious consequences of not treated pain. The after-surgical analgesia is a basic part of patient's treatment.

Objective: To evaluate acute pain in the postoperative immediate.

Methods: It is a prospective and cross-sectional study. A questionnaire was used to interview patient submitted to the medium-sized and major surgeries of 5 specialties. The pain of each individual was evaluated, between 20 and 30 hours after the surgery, through of Pain Numerical Scale, with values between 0 (pain absence) and 10 (worse possible pain), and observing prescribed analgesics medications.

Results: The postoperative incidence of pain was 73,2% between 142 interviewed patients. The average value of pain intensity was 3,71. Dividing the patients in 3 groups, in relation to the presented pain intensity, 26.0% of them had related weak pain, 46.2% moderate and 27.9% strong pain. Simple analgesics were the most used medications (77,5%), and, after that, AINES

¹Acadêmica do curso de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Presidente da Liga Acadêmica de Anestesiologia e Dor da Unisul.

²Médico, Mestre em Saúde Pública – UFSC, Corpo Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

³Médico Anestesiologista, especialização em Terapia da Dor pelo Hospital Clinic de Barcelona (Espanha). Corpo Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

(69,7%). Weak and moderate opioids had been used in 56,3% of the times. Only 3,5% of the patients had been used strong opioids.

Conclusions: Based on this data, a reduced administration of all analgesics types was observed, explaining the raised incidence of weak, moderate and strong pains in the diverse surgical specialties.

Key words: 1. *Postoperative Pain*;
2. *Analgesia*;
3. *Evaluation*.

Introdução

A IASP propõe uma interessante definição para dor, a partir da qual subentende-se por dor “uma experiência emocional, com sensação desagradável, associada à lesão tecidual presente, potencial ou descrita como tal”. Enquanto isso, a Sociedade Americana de Anestesiologia define a dor perioperatória como “dor que está presente no paciente cirúrgico devido à doença pré-existente, ao procedimento cirúrgico ou à combinação de ambos”^{1,2}.

A dor sempre é subjetiva, devendo-se aceitar como dor todos os sintomas que o paciente descreve como tal¹. A existência de muitos tipos de dor pode ser compreendida pela identificação da nocicepção, da percepção dolorosa, do sofrimento e do comportamento doloroso. Subjacente a essas situações clínicas pode-se identificar substrato anatômico, fisiológico e psicológico^{1,2}. Além disso, há fatores os quais determinam a presença de dor pós-operatória, estando estes relacionados à operação, ao paciente ou ao serviço³.

Constituem objetivos na terapêutica da dor: minimizar ou dirimir o desconforto do doente e inibir os reflexos nociceptivos; facilitar o processo de recuperação, diminuindo a morbidade pós-operatória; evitar tratar efetivamente os efeitos colaterais associados à terapia e tornar o tratamento economicamente compensador. Com esse intuito, são descritas diversas terapias, entre as quais a utilização de analgésicos por via sistêmica, a execução de bloqueios regionais, a infiltração da incisão cirúrgica com anestésicos locais de longa duração, a introdução de opióides no neuroeixo e o uso de PCA, tanto por via venosa como regional. Dentre as variadas opções medicamentosas disponíveis, trabalha-se principalmente com AINES ou, também chamados AINHS, dipirona, opióides e anestésicos locais^{1,4}.

Tratar a dor com medicação analgésica de resgate

ou de demanda só deve existir para tratar as falhas da analgesia, em momentos especiais, no caso das dores incidentais. A analgesia deve ser contínua, até a regressão da fase inflamatória aguda (geralmente 48 horas, na dependência da causa), a partir do que ela continuamente cede, acompanhando a resolução do processo patológico. Além disso, a retirada da analgesia deve ser gradual e o fim de uma analgesia complexa deve ser seguido pelo início de outra modalidade terapêutica, adequada à evolução do paciente^{1,5,6}.

A escolha de um instrumento para mensurar a dor deve, antes de tudo, ser de fácil aplicabilidade e adequar-se ao nível de compreensão do paciente. Os instrumentos para mensurar a dor podem ser uni ou multidimensionais¹.

As Escalas de intensidade pertencem ao primeiro grupo, pois avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa. Destaca-se, entre as escalas unidimensionais, a Escala Numérica ou Escala Linear Analógica Não-Visual, proposta pela OMS graduada de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica (EAV), que consiste de uma linha reta, não numerada, com indicações de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades. Na EAV solicita-se que o indivíduo marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras “sem dor” e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor. A EAV requer nível maior da função cognitiva⁷. Há escalas visuais que combinam a EAV, pela representação de expressões faciais em cada extremidade de uma linha horizontal, as quais demonstram variação de amplitude de ausência de dor até dor intensa e a Escala Linear Analógica Não-Visual, com valores de 0 a 10⁷.

Avaliando a dor através da Escala Numérica, pode-se classificá-la como fraca (³ 1 e £ 3), moderada (³ 4 e £ 6) e de forte intensidade (³ 7 e £ 10) e, assim, realizar a adequação da analgesia, de acordo com a intensidade algica^{2, 4, 8, 9, 10}.

No entanto, a experiência dolorosa é evento muito mais amplo, não se resumindo apenas à intensidade. Classicamente, considera-se 3 dimensões de dor: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa, avaliadas em escalas chamadas multidimensionais (ex: “Inventário para dor McGill”¹¹, “Wisconsin Brief Pain Questionnaire”¹¹), mas que em função de sua elevada complexidade e difícil aplicabilidade ou reprodutividade têm seu uso restrito para

situações específicas^{1, 11, 12}. Indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros por parte do paciente podem ser avaliados através do uso de Escalas Multidimensionais¹³.

O arsenal terapêutico à disposição do tratamento da dor é muito amplo, tornando necessário o amplo conhecimento das modalidades terapêuticas disponíveis, para selecionar a que melhor se adapta ao paciente, em particular⁵. A terapêutica da dor tem por princípio o conceito de analgesia balanceada ou multimodal, no qual se empregam medicações de princípios farmacológicos diversos, com o intuito de obter sinergismo de ação e menor incidência de efeitos adversos. Com essa finalidade, a OMS propôs a adoção de um esquema terapêutico⁴.

De acordo com esse esquema, na dor de fraca intensidade administra-se AINH associado a algum analgésico simples, em geral dipirona ou paracetamol e pode-se ainda fazer o uso de medicamentos adjuvantes; na de moderada intensidade segue-se o mesmo esquema, com a adição de um opióide pouco potente, como tramadol ou nalbufina; na dor de grave intensidade, idem ao primeiro esquema, com a administração concomitante de opióide potente, como morfina ou seus derivados^{2, 4, 8, 9, 10}.

A terapêutica inadequada da dor aguda pós-cirúrgica resulta em aumento do intervalo de tempo de hospitalização, no aumento da morbimortalidade perioperatória, na elevação dos custos de saúde e na cronificação do processo algico. A dor não tratada de forma correta ou suficiente implica também em uma série de eventos relacionados à resposta neuroendócrina ao trauma cirúrgico que, por fim, acarretam em importantes repercussões fisiopatológicas sobre os sistemas: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, renal, imunológico e mental.

Do ponto de vista funcional, a dor impede a fisioterapia precoce, o que constitui o fator mais importante na reabilitação apropriada após diversos procedimentos operatórios, como em cirurgias ortopédicas. A reabilitação pós-operatória depende diretamente de uma analgesia adequada.

Este trabalho teve por objetivo avaliar a dor aguda no pós-operatório imediato dos pacientes cirúrgicos do Hospital Nossa Senhora da Conceição e sua relação com a medicação analgésica prescrita pelo médico assistente durante o período de julho a outubro de 2006.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, prospectivo, com delineamento transversal na coleta de dados. A amostra caracterizou-se como de conveniência, para a qual foram selecionados os pacientes submetidos à cirurgia, no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão (HNSC), no Estado de Santa Catarina (SC), no período de julho a outubro de 2006. Foram realizadas análises exploratórias adicionais, na investigação da distribuição das características pessoais, clínicas e de medicação, em cada uma das categorias cirúrgicas e sua relação com a intensidade da dor.

Foram incluídos no estudo indivíduos submetidos às especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Cirurgia Vascular e Neurocirurgia por apresentarem maior demanda no serviço do HNSC.

Os pacientes selecionados para o trabalho necessariamente precisavam estar situados entre 20 (vinte) e 30 (trinta) horas do pós-operatório, a fim de melhor caracterizar dor aguda após procedimento cirúrgico.

Para preencher critérios de seleção, o paciente devia ter, ainda, entre 18 e 65 anos, de ambos os gêneros.

Foram excluídos do trabalho pacientes submetidos a cirurgias pertencentes a outras especialidades que não as citadas nos critérios de inclusão e a cirurgias de caráter ambulatorial e de pequeno porte.

Pessoas que, no pós-operatório tiveram uma má evolução, tendo que ser encaminhadas para a UTI e que, devido à gravidade do quadro apresentado, necessitaram de sedação não puderam ser entrevistadas. Indivíduos submetidos a cirurgias videolaparoscópicas não foram inclusos no trabalho.

Os dados foram coletados através de um protocolo criado pelos pesquisadores, o qual incluiu todas as variáveis de interesse e foi preenchido pela pesquisadora. Além disso, a dor do paciente foi quantificada por ele mesmo, através da Escala Numérica da dor, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual se caracteriza por apresentar notas variáveis entre zero (ausência de dor) e dez (dor máxima possível).

No momento da entrevista, era questionado se o paciente estava ou não sentindo dor. Quando a mesma se fazia presente, o clínico de plantão era avisado e prescrevia medicação analgésica de resgate.

As informações coletadas foram digitadas em banco de dados, utilizando o programa EpiData 3.1 e analisados com o programa EpiInfo 6. Para as variáveis categóricas foram apresentados os valores absolutos e relativos de acordo com sua distribuição nas categorias de interesse.

Para as variáveis numéricas foram apresentadas as medidas de tendência central e dispersão. A significância estatística das diferenças na prevalência dos desfechos de acordo com categorias das variáveis de interesse foi testada utilizando-se o teste do qui-quadrado e, na diferença entre médias o teste t de Student, Análise de Variância ou Kruskal-Wallis, quando adequado. O nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Resultados

Dentre os 142 participantes, houve predominância do gênero feminino (62,0%) em relação ao gênero masculino (38,0%). A média das idades dos pacientes entrevistados foi de 42,25 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 65 anos (DP=12,78).

Dentre as especialidades cirúrgicas, o maior número de pacientes pertenceu à Ortopedia (28,1%), seguida, em ordem decrescente, por Cirurgia Geral (26,0%), Ginecologia (25,4%), Neurologia (12,0%) e Cirurgia Vascular (8,5%).

No momento da entrevista, 104 pacientes entrevistados (73,2%) referiram sentir dor relacionada ao procedimento cirúrgico, enquanto que os outros 38 pacientes (26,8%) não sentiam qualquer dor pós-operatória.

Quanto à intensidade da dor apresentada, segundo a avaliação da dor através do uso de Escala Numérica, a qual varia entre 0 e 10, a média foi de 3,71 (DP=2,94). A maior parte dos pacientes (26,8%) negou a presença de qualquer dor. O valor não nulo mais frequentemente encontrado foi 5 (18,3%) (Figura 1).

Comparando-se o gênero à intensidade do processo algico pós-cirúrgico, não houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,986$). Entre as mulheres, a média da intensidade da dor referida foi de 3,71, enquanto, entre os homens, a média apresentada foi de 3,72, na escala de valores entre zero e dez.

Levando em consideração apenas os pacientes os quais referiram sentir dores pós-cirúrgicas, perfazendo um total de 104 pacientes dos 142 entrevistados, 26,0% dos mesmos referiram dor de fraca intensidade (valores ≤ 3 e ≤ 3); 46,1% dor de moderada intensidade (valores ≤ 4 e ≤ 6) e 27,9%, dor de forte intensidade (valores ≤ 7 e ≤ 10) ($p < 0,0001$).

Analgésicos simples foram os medicamentos mais

utilizados para o controle da dor e os menos utilizados foram os opióides fortes.

Não houve diferenças estatisticamente significativas de intensidade algica de acordo com a especialidade ($p=0,602$) (Figura 2).

Analgésicos simples foram mais utilizados na especialidade de Ginecologia na dor de fraca intensidade (100,0%) ($p=0,368$); quando moderada, foram mais utilizados pela especialidade de Neurologia (83,3%) ($p=0,95$) e quando forte, seu uso fez-se presente em 100% dos indivíduos submetidos à Cirurgia Neurológica ($p=0,23$).

O uso de AINE em dor de leve intensidade foi observado mais comumente em pacientes submetidos à Cirurgia Ortopédica (100,0%), em relação às demais especialidades ($p=0,43$). Em se tratando de dor de moderada intensidade, o uso de AINE foi mais observado entre os pacientes da Neurologia (88,3%) ($p=0,08$).

Opióides fracos ou moderados foram utilizados em pacientes referindo dor de fraca intensidade com maior frequência em Cirurgia Ortopédica (100,0%) ($p=0,07$). Nas dores de intensidade intermediária seu uso esteve mais presente no tratamento pós-cirúrgico da especialidade de Neurologia (83,3%) ($p=0,20$). Esses mesmos medicamentos foram mais comumente observados na prescrição pós-operatória de dos pacientes da Ortopedia com dor forte (70,0%) ($p=0,41$).

Opióides fortes foram utilizados com maior frequência entre os pacientes com dor fraca submetidos à Cirurgia Geral (25,0%) e Neurológica (20,0%). As demais especialidades não fizeram uso dessas medicações, sendo que todas elas possuíam pacientes com manifestações algicas de fraca intensidade ($p=0,45$). Quando a dor apresentada era de moderada intensidade, observou-se o uso dessa classe de analgésicos em 100% dos pacientes de todas as especialidades estudadas nesse trabalho ($p=1,00$). Apenas os pacientes da Cirurgia Geral estavam sendo medicados com opióides fortes, diante de manifestações algicas de maior intensidade (11,1% dos pacientes dessa especialidade) ($p=0,68$).

Discussão

A mensuração da dor clínica constitui-se em desafio aos pesquisadores da área, considerando-se a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa. Nas duas últimas décadas houve avanços referentes à elaboração de instrumentos. Dentre os mais utilizados no meio clínico, sobressaem aqueles

que consideram o relato subjetivo do paciente como principal indicativo de sua dor. Em sua maioria esses instrumentos são ao nível de mensuração ordinal ¹¹.

No presente estudo, foi possível avaliar a dor pós-operatória graças ao uso da Escala Numérica, proposta pela OMS, sendo que a maioria dos pacientes apresentou dor no pós-operatório imediato (73,2%). Além disso, notou-se uma subadministração de analgésicos em todas as especialidades, o que foi refletido ao observarem-se as incidências de dores fortes, as quais se apresentaram elevadas: Cirurgia Geral – 33,3%, Ortopedia – 32,3%, Neurologia 30,0%, Ginecologia – 21,7% e Cirurgia Vascular – 15,4%.

Saralegui *et al* (2006) analisaram de forma prospectiva 617 pacientes cirúrgicos mediante o uso de uma escala numérica análoga. De acordo com a intensidade de dor pós-cirúrgica aplicaram-se protocolos farmacológicos, que se iniciaram desde o intraoperatório: dor leve (AINES), dor moderada (AINES mais opióides fracos) e dor forte (opióides fortes). Durante o ingresso à sala de recuperação pós-anestésica, houve uma incidência de dor de 44%: 11% de dor leve, 15% de moderada e 18% de forte. Após o ajuste individualizado de prescrição analgésica, registrou-se uma diminuição significativa na incidência de dor (21%): 20,7% de dor leve e 0,3% de moderada. Após 24 horas de internação observou-se um aumento na incidência de dor, em suas três categorias (leve 27%, moderada 11% e forte 3%) ⁸.

Pimenta *et al* (1992), por sua vez, também utilizaram uma escala numérica de 11 pontos na qual os participantes, 10 submetidos a cirurgias cardíacas e 10 submetidos a cirurgias abdominais, julgaram a intensidade de sua dor. Os dados mostraram que 47,8% e 68,2% dos pacientes submetidos ao primeiro e segundo tipo de cirurgia, respectivamente, estavam com dor no momento da entrevista e não haviam recebido qualquer analgésico para seu alívio, nas últimas quatro horas que antecederam a avaliação. Daqueles que haviam recebido analgésicos nesse período, 52,2% dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas e 31,8% dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais ainda referiram estar sentindo dor. As autoras ressaltaram o fato de que o alívio inadequado da dor pós-operatória, decorrente de subprescrições e subadministrações de drogas analgésicas, leva ao sofrimento desnecessário ¹⁴.

No presente estudo, os analgésicos simples (paracetamol, dipirona sódica e AAS) foram as medicações anti-álgicas mais utilizadas (77,5%) e o uso

dos mesmos realizou-se quando havia dor de fraca (26,0%), moderada (46,2%) ou forte intensidade (27,9%). Os AINES (cetoprofeno, diclofenaco potássico ou sódico e tenoxicam) apresentaram uma frequência de uso de 69,70% e foram prescritos em dores fracas, moderadas ou fortes na mesma proporção que se prescreveu analgésicos simples.

O uso de opióides fortes (morfina e meperidina) foi de 3,5%, sendo que apenas 3,4% dos pacientes que referiram dor forte receberam opióides fortes. Opióides fracos ou moderados (cloridrato de tramadol e codeína) foram utilizados em 56,3% das vezes, sempre em dores moderadas. Seguindo o esquema terapêutico proposto pela OMS ⁴, percebeu-se nesse estudo uma subadministração de opióides fracos ou moderados e fortes, explicando a elevada incidência de dores moderadas e fortes nas diversas especialidades.

No estudo realizado por Saralegui *et al* ⁸, os analgésicos mais utilizados, 24 horas após a cirurgia, foram os AINES (60,0%), seguidos pela morfina (5,0%), anestésicos locais (2,0%) e opióides fracos (0,5%) ⁸.

Daut *et al* ¹⁵ avaliaram o uso de opióides (meperidina e morfina) no manejo da dor aguda ou crônica, através da análise de 445 prontuários, com 1107 prescrições desses potentes analgésicos. Nesse estudo, para tratar dor aguda, principalmente a pós-cirúrgica (336 casos), foi considerado correto um mínimo de 30mg de meperidina ou 4mg de morfina por via intravenosa, em padrão de uso fixo, intervalo máximo de duas horas, ou doses equivalentes em outras vias. Na maioria das prescrições pós-cirúrgicas (74%), os opióides eram receitados como “se necessário” e não em intervalos fixos (apenas 13%). Observando-se o fármaco mais usado (meperidina) no pós-operatório, no intervalo entre doses de no máximo duas horas, na dose mínima de 30mg, 43% de um total de 700 prescrições foram, sob esse aspecto, corretas. Com intervalo entre doses de três horas, esse percentual passou para 80% ¹⁵.

O opióide forte mais utilizado no presente estudo foi a morfina, sendo apenas encontrado um prontuário com prescrição de meperidina, o que é um dado positivo, tendo em vista os efeitos colaterais mais intensos dessa última medicação em relação à primeira. A precaução quanto ao uso de meperidina deve-se ao fato de a mesma ser metabolizada em ácido meperidínico e normeperidina. A normeperidina, quando acumulada, é tóxica ao sistema nervoso central, podendo causar excitação com manifestação clínica de delírium, mioclônias ou convulsões ^{16,17}.

Várias hipóteses são levantadas para explicar a prescrição deficiente de opióides, em situações mais agudas, como no pós-operatório. Algumas das principais, encontradas na literatura, são: dificuldade da equipe médica para avaliar corretamente a dor sentida pelo paciente; deficiências no ensino médico a respeito do uso de opióides e do tratamento da dor; o medo, por parte do médico, do desenvolvimento de dependência física e psíquica do paciente e as dificuldades legais para se prescrever tais drogas encontradas em alguns países ¹⁵.

Embora os instrumentos unidimensionais ainda sejam os mais freqüentemente utilizados para mensuração da dor pós-operatória, é importante lembrarmos que os mesmos têm o grande inconveniente de simplificarem demasiadamente a experiência dolorosa. Apesar de serem pouco utilizados na avaliação da dor pós-operatória, estudos nos quais instrumentos multidimensionais são empregados vem sendo realizados, possibilitando assim, a obtenção de dados, tanto quantitativos como qualitativos sobre tal experiência, essenciais pra avaliações cada vez mais precisas ¹¹.

A maioria das variáveis não atingiu resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$), provavelmente devido à pequena amostra e restrição a determinados critérios de inclusão. Os valores de incidência de dor pós-operatória e outras variáveis foram semelhantes aos encontrados em outros estudos acerca do tema.

Considerações Finais

De acordo com os resultados anteriormente descritos, obtiveram-se as seguintes conclusões:

A maioria dos pacientes apresentou dor no pós-operatório imediato. A maior parte do total de pacientes entrevistados sentiu dor de moderada intensidade.

Os analgésicos simples foram as medicações anti-álgicas mais utilizadas e foram utilizados quando havia dor fraca, moderada ou de forte intensidade. AINES também foram prescritos em variadas intensidades de dores após procedimento cirúrgico.

Pequena parcela dos pacientes os quais referiram dor forte recebeu opióides fortes, e um pouco mais da metade dos pacientes com dores moderadas receberam medicação adequada.

Referências Bibliográficas:

1. Cavalcanti, IL. Dor. Rio de Janeiro (RJ): SAERJ; 2003.

2. Braun L, Filho JLB. Dor aguda. Rev Dor Diagnóstico e Tratamento 2004 Jul-Set; 1(2): 3-14.
3. Savoia G, Ambrosio F, Paoletti F, Bertini L, Mattia C, Amantea B et al. SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain. Rev Min Anesthesiol 2002 Oct; 68(10): 735-50.
4. Romaneck, RM, editor. Dor aguda e bases racionais da analgesia pós-operatória. Proveniente do Evento Redução de Custos Globais em Anestesia 2004 Abr 30; São Paulo; Brasil. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, 2004.
5. Moizo E, Berti M, Marchetti C, Deni F, Albertin A, Muzzolon F, et al. Acute pain service and multimodal therapy for postsurgical pain control: evaluation of protocol efficacy. Min Anesthesiol 2004 Nov; 70(11): 779-87.
6. Gomes MEW, Evangelista PE, Mendes FF. Influência da criação de um serviço de tratamento da dor aguda nos custos e no consumo de drogas analgésicas na sala de recuperação pós-anestésica. Rev Bras Anesthesiol, 2003 Nov-Dez ; 53 (6): 808-813.
7. Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor - Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. 1ª ed. São Paulo (SP): Grupo Editorial Moreira Júnior; 2001.p.61.
8. Saralegui J, Balverde M, Baptista W, Amonte G, Logomarsino A, Bounous A et al. Unidad del dolor agudo posoperatorio - casuística del Hospital de Clínicas. Rev Med Uruguay 2006; 22: 66-72.
9. de Beer J de V, Winemaker MJ, Donnelly GA, Miceli PC, Reiz JL, Harsanyi Z et al. Efficacy and safety of controlled-release oxycodone and standard therapies for postoperative pain after knee or hip replacement. Can J Surg 2005 Aug; 48(4): 277-83.
10. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. Rev Latino-Am. Enfermagem 2005 Set-Out; 13(5): 692-699.
11. Pereira LV, Sousa FAEF. Estimación em categorias dos descritores da dor pós-operatória. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998 Out; 6(4): 41-48.
12. Hortense P, Evangelista RA e Sousa FEF. Descritores de dor pós-hemorroidectomia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005 Mar-Abr; 13(2): 203-207.
13. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [serial online] 2002 June [cited 2006 Nov 11]; 10(3):446-447. Available from: <http://www.scielo.br>

14. Pimenta, CAM. et al. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. Rev Paulista Enfermagem 1992; 11(1):3-10.
15. Daudt A.W., Hadlich E., Facin M.A., Aprato R.M.S., Pereira R.P. Opiates in pain management ? correct or underestimate use? Data from a university hospital. Rev. Assoc. Med. Bras. [serial online] 1998 June [cited 2006 Nov 12]; 44(2): 106-110. Available from: <http://www.scielo.br>
16. Amaral JLG, Issy AM, Conceição NA et al - Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em Terapia Intensiva. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB, 1999.
17. Forth W, Beyer A, Peter K - Alívio da Dor, 1ª Ed, São Paulo, Hoechst, 1995; 62-66.

Endereço para correspondência:

Caroline Daminelli
 Rua Piedade, 256 Apto 301 Centro Tubarão/SC
 CEP:88701-200
 E-mail: cdaminelli@hotmail.com ou
neybianchini@hotmail.com

Figura 1 - Distribuição das intensidades de dor pós-cirúrgica, segundo avaliação com Escala Numérica proposta pela OMS, no período de julho a outubro de 2006 – HNSC, Tubarão/ SC.

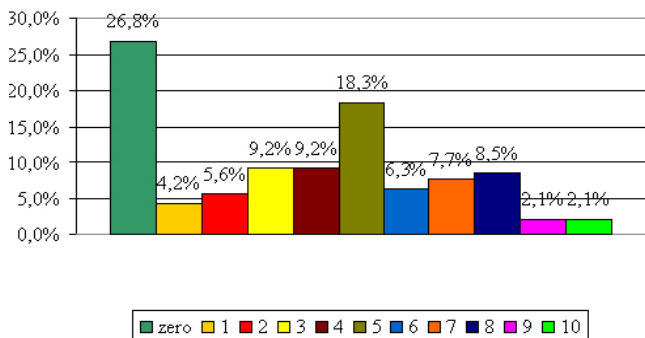


Figura 2 - Comparação entre as especialidades cirúrgicas em relação à intensidade das dores relatadas no período de julho a outubro de 2006 – HNSC, Tubarão/ SC.

