

Dor aguda



Mensagem do Presidente da APED	3
Introdução	5
Dor Aguda Não-Cirúrgica: Reflexões	7
Dor Aguda do Pós-Operatório – Princípios Básicos	12
Organização da Dor Aguda do Pós-Operatório	18
Como Construir Protocolos para o Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório	23
Problemática da Avaliação Regular da Dor Aguda no Pós-Operatório	34
Avaliação e Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório: Novos Desafios	40
A Importância das Bases de Dados no Aperfeiçoamento do Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório	44

DOR[®]

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 16 • N.º 1/2008

Volume Monotemático dedicado a

DOR AGUDA

Editor convidado: *Luís Medeiros*

Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Ananda Fernandes

Armanda Gomes

Duarte Correia

Luís Medeiros

Mensagem do Presidente da APED José Romão	3
Introdução Luís Medeiros	5
Dor Aguda Não-Cirúrgica: Reflexões José Manuel Caseiro	7
Dor Aguda do Pós-Operatório – Princípios Básicos Jorge Valentim	12
Organização da Dor Aguda do Pós-Operatório Amélia Saraiva	18
Como Construir Protocolos para o Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório Isabel Serralheiro	23
Problemática da Avaliação Regular da Dor Aguda no Pós-Operatório Cármem Mendes	34
Avaliação e Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório: Novos Desafios Marta Bernardino	40
A Importância das Bases de Dados no Aperfeiçoamento do Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório Luís Medeiros	44

Ilustração da capa de Alberto Agualusa



PERMANYER PORTUGAL

www.permanyer.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2009 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
www.permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 870AP071



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Mensagem do Presidente da APED

José Romão

Devido ao atraso acumulado na publicação da revista (*mea culpa...!*), este texto foi escrito não na data de capa, mas antes em Maio de 2009.

Com a publicação deste número inicia-se um novo ciclo para a revista, uma vez que é o primeiro a ser editado sob a responsabilidade da Dr.^a Sílvia Vaz Serra. Desejamos-lhe, bem como a todos os editores, sucesso e alguma paciência.

A dor aguda continua a ser um problema sistematicamente ignorado. Mesmo a dor aguda pós-operatória, cujo tratamento registou tantos avanços nos últimos 15 anos, está longe de ser um problema adequadamente resolvido. Facto estranho, quando pensamos que ela acontece a maioria das vezes em dia, hora e local pré-estabelecidos.

Os textos aqui publicados reflectem o cuidado e qualidade com que é abordada a dor pós-operatória no IPO de Lisboa. Porventura outras instituições hospitalares portuguesas terão conseguido atingir aquele objectivo, embora trilhando caminhos diferentes.

O ano de 2008 foi, em Portugal, pródigo na publicação de diplomas relacionados com a dor.

Foi finalmente aprovado e publicado em 18/Junho o Programa Nacional de Controlo da Dor. Insere-se no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Por ser um Programa Nacional e ter sido publicado sob a forma de Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, tem um estatuto bem diferente do seu precursor. De facto, embora o Plano Nacional de Luta Contra a Dor tenha representado um marco histórico para a dor em Portugal, na prática revelou-se em muitos aspectos pouco mais do que uma simples declaração de intenções. À obrigatoriedade de implementação das Circulares Normativas, associa-se a existência de um cronograma e dotação orçamental destinados à execução dos Programas Nacionais. Para acompanhar a implementação do novo Programa, foi nomeada e encontra-se já em plena actividade a Comissão Nacional para o Controlo da Dor. Trata-se, sem dúvida, de um documento estruturante que

define como objectivos gerais: reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa; melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor; e racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor. Para a sua concretização elenca diversas estratégias ao nível da intervenção, formação, e colheita e análise de informação.

Foi publicada em 24 de Março a Circular Informativa: Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica da Direcção-Geral da Saúde. Baseia-se num documento elaborado por um grupo de peritos, sob o patrocínio da APED e com a coordenação científica do Prof. Dr. Castro Lopes. Enumera uma série de orientações técnicas relativas à utilização de opióides fortes em doentes com dor crónica não-oncológica.

Em 8 de Abril foram publicados os despachos – 10.279/2008 e 10.280/2008 – que atribuíram a comparticipação de 95% aos medicamentos opióides fortes prescritos para o controlo da dor respectivamente oncológica e não-oncológica. Tratava-se de uma velha reivindicação da APED, que veio colocar os cidadãos portugueses em igualdade de circunstâncias no que diz respeito ao acesso àqueles medicamentos.

Congratulamo-nos e felicitamos a Sr.^a Ministra da Saúde, Dr.^a Ana Jorge, pela sensibilidade que revelou para a temática da dor, ao fazer publicar os diplomas citados. Estes estavam prontos há longo tempo, mas necessitaram de período de incubação numa qualquer gaveta de secretária do Ministério da Saúde durante o consulado do Dr. Correia de Campos.

Apesar de a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com dor não se alterar só porque se alterou a lei, não temos dúvidas que as alterações introduzidas irão dar um excelente contributo. Importa por isso continuar a investir na formação dos profissionais da saúde e informação da população em geral.

O Presidente da APED.

Introdução

Luís Medeiros

Quando recebi o amável e honroso convite para coordenar a edição de um número da revista da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) dedicado à «Dor aguda», desde logo senti, como anesthesiologista, alguma dificuldade em equacionar de que forma iria abordar este tema, uma vez que ele não se esgota na dor aguda do pós-operatório, matéria em que, por força da minha actividade profissional, me sinto mais familiarizado. A reflexão conjunta com outros colegas sensibilizou-me para o facto de que os fármacos que administramos na analgesia do pós-operatório e o carácter mais ou menos preditivo da dor aguda pós-cirúrgica são «condições de laboratório» óptimas que mimetizam quase todos os cenários possíveis da dor aguda não-cirúrgica. É assim que muitas das características que se verificam na dor aguda do pós-operatório são similares às existentes na dor aguda de outras etiologias. Por estas razões, e embora este número da revista da APED se intitule «Dor aguda», daremos particular ênfase à dor aguda do pós-operatório, para o que

contei com a prestimosa disponibilidade de vários colegas que desde o início colaboraram desinteressadamente.

Neste ano de comemoração dos 15 anos da Unidade de Dor Aguda do IPOLFG-EPE, pensamos que seria interessante reflectir neste número um pouco da fundamentação e da actividade diária que espelha o nosso compromisso para com os doentes cirúrgicos: «O alívio da dor». Assim, abordámos alguns assuntos mais teóricos e outros com uma índole prática mais acentuada, e que reflectem não um saber teórico resultante de uma pesquisa bibliográfica apurada, mas sim uma vivência de muitas horas a dialogar e a reflectir com e sobre os doentes.

Termino agradecendo a todos os colaboradores deste número da revista APED o empenho, o saber e a generosidade que demonstraram e aos restantes elementos do Serviço de Anestesiologia do IPOLFG-EPE, particularmente ao seu Director Ex.mo Sr. Dr. José Manuel Caseiro, sem os quais a realidade desta Unidade de Dor Aguda que aqui tentamos reflectir não seria possível.

Dor Aguda Não-Cirúrgica: Reflexões

José Manuel Caseiro

Resumo

A denominação de dor aguda tem-se apropriado da representação da dor pós-operatória pela forma como a dor provocada pela intervenção cirúrgica se ajusta perfeitamente à definição veiculada pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*.

Há, no entanto, múltiplas outras formas de dor aguda, seja como resultado de acidente (trauma, queimadura), infecção (odontalgia, abscesso), doença súbita (enfarte agudo do miocárdio, litíase renal) ou agudização de doença crónica (dor irruptiva), colocando a sua terapêutica, na esmagadora maioria das vezes, no âmbito dos Serviços de Urgência e, ao contrário da dor pós-operatória, com a sua causa ainda não tratada.

As situações que mais frequentemente fazem os doentes recorrer aos Serviços de Urgência por sintomatologia dolorosa são analisadas neste artigo, discutindo-se as razões que levam a ser muitas vezes subtratados, e dando-se ênfase ao importante papel que os anestesiológicos poderão ter nesta área pela experiência que detêm da abordagem da dor no doente operado.

As Unidades de Dor Aguda poderão assim, como modelos organizativos que procuram a excelência na abordagem da dor aguda pós-cirúrgica, ver alargado o seu campo de acção, estendendo-o à formação de clínicos que lidam nos Serviços de Urgência com a dor aguda não-cirúrgica.

Palavras-chave: Dor aguda. Urgência. Agudização. Organização. Formação.

Abstract

The designation of acute pain has been appropriate representation of the postoperative pain by how the pain caused by surgical intervention fits perfectly the definition provided by IASP.

However, there are many other forms of acute pain, whether as a result of an accident (trauma, burns), infection (toothache, abscess), sudden illness (acute myocardial infarction, renal lithiasis) or worsening of chronic disease (breakthrough pain) providing their therapy, the overwhelming majority of cases, as part of the emergency services and, unlike the post-operative pain, with their cause not yet addressed.

The situations that make patients more often resorting to emergency services by painful symptoms are discussed in this article, like the reasons for often under treatment, by giving emphasis to the important role that anesthesiologists may have in this area as a result of their experience of dealing in pain in the patient operated.

The Acute Pain Services may well as organizational models that seek excellence in addressing the acute post-surgical pain, see broadened its scope, extending it to the training of clinicians who deal in emergency services in no surgical acute pain. (Dor 2008;16(1):7-11)

Corresponding author: José Manuel Caseiro, jcaseiro@ipolisboa.min-saude.pt

Key words: Acute pain. Urgency. Breakthrough pain. Organization. Training.

Assim que foi definida pela IASP como «uma dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma identificação temporal e/ou causal», imediatamente a noção de dor aguda ficou ligada à sua caracterização sintomática, englobando tudo o que está implícito

em qualquer sintoma: a existência de uma causa directa, o conhecimento de quando ocorreu e a expectativa do seu desaparecimento com a cessação, o afastamento ou a eliminação da referida causa. Ou seja, prevalecendo a lógica de que, tratada a causa, desaparecerá o sintoma.

Estava assim feita a distinção com outras formas de dor, nas quais a mesma tende a persistir e a ganhar autonomia própria, transformando-se em doença e fazendo-se acompanhar por outros sinais de morbidade, nem sempre com

Quadro 1. Abordagem da dor aguda			
Tipo de dor	Característica	Local	Clínico
Dor aguda da intervenção clínica Analgesia pós-operatória Analgesia ex. complementares	Organizável Organizável	Unidades Dor Aguda Unidades Dor Aguda	Anestesiista Anestesiista
Dor aguda do trabalho de parto Analgesia de parto	Organizável	Unidades Dor Aguda de Analgesia de Parto	Anestesiista
Dor aguda de doenças ou acidentes No âmbito da Urgência No âmbito das esp. médicas	Não-organizável Não-organizável	Serv. Urgência Consulta/Enfermaria	Médico da Urgência Especialista da doença base

causa conhecida, não sendo o seu alívio exclusivamente dependente da utilização de analgésicos nem tão-pouco da eficácia obtida na eliminação da referida e eventual causa.

Daqui até assumir-se a denominação de dor aguda como sinónimo de dor do pós-operatório foi um passo, pela forma como a dor provocada pela intervenção cirúrgica se ajustava perfeitamente – como nenhuma outra – à definição veiculada pela IASP.

De facto, tratando-se de uma dor iatrogénica resultante de um tratamento invasivo programado ou programável no essencial (mesmo em situação de urgência), na dor aguda do pós-operatório é sempre possível que os clínicos antecipem os seus propósitos analgésicos pelo conhecimento que têm da causa, das estruturas envolvidas e do momento em que tudo se iniciou. É mesmo a única forma de dor que permite saber «hoje» que vai doer «amanhã», «porquê» e «onde».

É também certo que existem outras formas de dor aguda que não a pós-operatória, mas que, ao contrário desta, impossibilitam que os clínicos se organizem em torno dela, seja pela sua imprevisibilidade, seja pela multiplicidade de causas ou mesmo pela dispersão dos doentes afectados que não surgem concentrados nas especialidades cirúrgicas, retirando a estes doentes qualquer possibilidade de usufruírem de uma organização específica de combate à dor por peritos em analgesia, como se passa nas Unidades de Dor Aguda do Pós-Operatório (Quadro 1).

A maior parte das vezes, a dor aguda não-cirúrgica surpreende tudo e todos, surgindo repentinamente como resultado de acidente (trauma, queimadura), infecção (odontalgia, abscesso), doença súbita (enfarte agudo do miocárdio, litíase renal) ou agudização de doença crónica (dor irruptiva), colocando a sua terapêutica, na esmagadora maioria das vezes, no âmbito dos Serviços de Urgência e, ao contrário da dor pós-operatória, com a sua causa ainda não tratada.

A abordagem da «dor aguda» num serviço de emergência apresenta características de tal complexidade que torna este tema aliciante para

qualquer clínico que se interesse pelo assunto, mesmo que, na sua prática diária, não esteja em presença física num atendimento dessa natureza, pelo menos com a regularidade que caracteriza um serviço de emergência médica ou médico-cirúrgica.

E aqui surge a primeira dificuldade: quem se dedica ao estudo, controlo e terapêutica da dor (aguda ou crónica), raramente são clínicos que estão presentes com assiduidade nos Serviços de Urgência, o que significa que, de uma forma geral, quem tem que se confrontar com esta realidade são profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros) que não são verdadeiramente peritos ou reconhecidamente experientes no tratamento da dor e que resumem a sua preparação nesta área a uma série de conhecimentos de carácter geral que lhes tornam a vida difícil no natural desejo de ajudar com alguma eficácia os doentes.

Não resta qualquer dúvida de que os doentes que recorrem de urgência aos hospitais para alívio de dor aguda são, de um modo geral, subtratados, mas isso não se deve somente à falta de treino dos profissionais de saúde ou ao receio exagerado das consequências nefastas da utilização de fármacos ou técnicas analgésicas; deve-se também, em grande parte, à falta de investimento nesta área e à incapacidade que a sociedade civil tem em atribuir a devida importância ao fenómeno doloroso. A IASP alerta bastante para o facto e refere da seguinte maneira o contexto mental em que os vários grupos socioprofissionais tendem a olhar para os doentes com dor:

- Profissionais de saúde:
 - «Doer, é normal e não é grave».
 - «Os opióides são perigosos, por causa dos seus efeitos secundários».
 - «O doente que se queixa é um mau doente».
 - «Uma dose usual é quase sempre boa e efectiva».
- Doentes e familiares:
 - «A dor é uma coisa inevitável».
 - «Os médicos e enfermeiros são desumanos e negligentes».

- «O outro doente que está a ser tratado, é mais importante do que eu!».
- Gestores de saúde:
- «Tratar a dor não é uma necessidade prioritária».
- «O efectivo controlo da dor sai caro».

São estes equívocos que determinam, em primeira linha, o insucesso que a maior parte das vezes caracteriza a actuação antiálgica nos Serviços de Urgência, mas também a incapacidade que, frequentemente, existe em chegar a um diagnóstico e em se conseguir ser efectivamente mais eficaz na terapêutica analgésica a adotar. Ou ainda, o compromisso que existe entre eficácia e segurança (é verdade que quem se preocupar apenas com a eficácia, correrá mais riscos, embora não haja qualquer evidência que uma adequada intervenção analgésica possa dificultar um diagnóstico, mas quem eleger apenas a segurança como objectivo e adopte a postura de utilizar doses subterapêuticas, jamais conseguirá aliviar convenientemente o sofrimento do doente que tem pela frente).

Então, quais são as situações que mais frequentemente fazem os doentes recorrer aos Serviços de Urgência por sintomatologia dolorosa?

- Dor abdominal aguda.
- Dor traumática.
- Dor por queimadura.
- Dor aguda cardiovascular.
- Agudização de dor crónica.
- Dor aguda reumatológica e inflamatória.
- Dor aguda de diversas situações clínicas dolorosas.

Dor abdominal aguda

São vários os quadros de dor abdominal aguda que podem levar um doente a procurar um Serviço de Urgência. Será possível organizá-los da seguinte maneira:

- De origem abdominal:
 - Visceral (dor biliar, cólica renal, obstrução intestinal, gravidez ectópica, etc.).
 - Somática (peritonite, situações inflamatórias pélvicas, endometrioses, linfadenites, dor da parede abdominal, etc...).
- De origem extra-abdominal:
 - Torácica (pneumopatia, enfarte, pneumotórax, etc.).
 - Neuropática ou neurogénica (radiculite, causalgia, herpes zoster, etc.).
 - Metabólica (síndrome urémica, porfíria, insuficiência cortico-supra-renal, etc.).
 - Tóxica (envenenamento, fármacos, etc.).
 - Psicogénica.

Dor traumática

Esta é uma situação muito particular dos Serviços de Urgência, já que os doentes acidentados de qualquer natureza podem exibir quadros dolorosos de várias etiologias. São no entanto muito prevalentes:

- Dor ortopédica (de qualquer região – membros, tórax, coluna vertebral, etc.).
- Dor muscular (lombalgia de impacto, torção, etc.).
- Dor abdominal (somática, visceral, vascular, etc.).
- Dor do politraumatizado.

No doente politraumatizado, exige-se sempre uma abordagem sistematizada, efectuada pelas equipas multidisciplinares de trauma, definindo as diferentes necessidades analgésicas desde o início e consoante a gravidade, num contexto que requer muitas vezes opióides e o recurso a bloqueios anestésicos periféricos (intercostais, paravertebrais, zonas *trigger*, etc.).

Dor por queimadura

As lesões por queimadura cursam com dor intensa e internamentos muitas vezes prolongados e constituem uma das situações que mais problemas coloca aos doentes e aos profissionais de saúde, já que, nos grandes queimados, para além de uma correcta avaliação e classificação dos tecidos lesados (queimaduras de 1.º, 2.º e 3.º grau), estão associados vários componentes dolorosos: os que resultam directamente das lesões, os que são consequência dos procedimentos terapêuticos e os que surgem com o início da regeneração celular.

Nestes doentes, a dor é muito persistente, não tende necessariamente a diminuir ao longo do tempo e até ao seu desaparecimento, mantendo-se frequentemente quase até ao momento da alta hospitalar, variando imenso em cada doente e entre eles.

Há um figurino basal, em que o doente refere dor em repouso e nas áreas lesadas e/ou submetidas a enxerto e um figurino incidental, que surge com as mudanças de posição e as tentativas de andar.

A componente psicológica é omnipresente e a intervenção terapêutica sobre ela determinante, uma vez que a sucessão de tratamentos de limpeza e enxertos gera níveis de ansiedade elevados, sistematicamente acompanhados de um quadro depressivo tendencialmente *major*.

Sendo uma das mais graves situações de dor aguda com que os Serviços de Urgência têm que lidar, e apesar de todos eles serem invariavelmente tratados em unidades específicas para o efeito, continua a existir a convicção de que são muitas vezes submedicados, dado o somatório de factores que se juntam em cada um deles:

- Variabilidade na intensidade dolorosa de doente para doente.
- Diminuição progressiva da resistência à dor pela multiplicidade de intervenções terapêuticas, principalmente se em cada uma delas a analgesia for insuficiente.
- Desenvolvimento quase garantido de dor neuropática pela destruição de terminações nervosas.

- Aumento das necessidades analgésicas pelo carácter hipermetabólico da situação.
- Possibilidade de desenvolvimento de hiperalgesia como consequência da utilização de elevadas doses de opióides.

Dor aguda cardiovascular

Outra situação que requer especial cuidado, muito especialmente no diagnóstico diferencial, já que são bastantes as vezes em que a dor não é referida à zona pré-cordial (abdominal, torácica, etc.).

Cardiopatia isquémica/enfarte agudo do miocárdio (EAM), pericardite aguda, vasculopatia arterial periférica e trombose venosa profunda são as mais comuns.

Agudização de dor crónica

É muito comum os doentes com dor crónica surgirem com processos álgicos agudos, reflectindo alguma descontinuidade do controlo analgésico a que habitualmente estão submetidos. Há várias razões a justificá-lo, e a maior parte das vezes os doentes procuram e conseguem obter solução junto das Unidades de Dor onde são tratados, a menos que o problema surja fora dos normais horários de funcionamento.

Nos doentes oncológicos, é comum a necessidade de reajustamento das dosagens de opióide por agravamento da doença (por exemplo, a «dor do final de dose») ou o aparecimento de dor incidental (dor desencadeada pelo movimento, tosse ou pressão), mas a situação que mais leva estes doentes aos Serviços de Urgência, sem esperarem pelo normal horário de atendimento nas unidades onde são tratados, é o aparecimento de dor irruptiva (dor de aparecimento brusco, muitas vezes intolerável, em doentes que se encontram medicados e controlados com opióides).

É obrigatório que os clínicos dos Serviços de Urgência conheçam e saibam lidar com a dor irruptiva, pois ela pode surgir em doentes que já cumprem doses elevadas de opióides, o que pode embarçar um clínico menos avisado e que se sintia inibido em dar mais opióide a quem já faz bastante.

Dor aguda reumatológica e inflamatória

A prevalência de dor reumática na população, bem como a diversidade de terapêuticas que se adoptam para tratamento destes doentes, associadas à enorme variação de gravidade de cada doença e entre as várias doenças, do recurso a médicos de diferentes especialidades, a outros profissionais de saúde e à dificuldade de resposta dos sistemas de saúde para o número de doentes afectados, leva a que uma elevada percentagem destes doentes recorra aos Serviços de Urgência para verem solucionados problemas de agudização mais ou menos

Quadro 2. Dor aguda reumatológica e inflamatória

Doença articular aguda

Inflamatória

- Infecção
- Cristal
- Exacerbação de inflamação crónica

Não-inflamatória

- Osteoartrose sintomática
- Osteonecrose
- Hemartrose
- Dor mecânica (incluindo a degenerescência intra-articular)

Dor aguda não-articular

Inflamatória

- Infecção (bursite, celulite)

Não-inflamatória

- Tendinopatia
- Mecânica
- Neuropática (*entrapment* nervoso, dor referida ou regional)

incapacitantes, independentemente de se encontrarem ou não medicados.

M. Cohen propõe a taxonomia no quadro 2 para caracterizar a agudização álgica dos doentes reumáticos.

Dor aguda de diversas situações clínicas dolorosas

Evidentemente que os doentes também recorrem aos Serviços de Urgência por outros tipos de manifestações álgicas não necessariamente graves (pequenos traumatismos ou queimaduras, feridas, etc.) ou relacionadas com situações clínicas diversas que ocorrem com dor.

Pela sua importância, referem-se:

- Herpes *zoster* agudo.
- Neuropatias diversas, com destaque para a diabética.
- Doenças hematológicas (a drepanocitose é a mais comum, mas os doentes hemofílicos também recorrem aos Serviços de Urgência por dor intra-articular ou muscular hemorrágica).
- Dor relacionada com infecções (abscessos, odontalgias, odinofagias, otalgias, etc.).

Independentemente da natureza das situações de dor aguda que levam os doentes a procurar o médico e os Serviços de Urgência, as armas que se exigem para a combater não diferem das que se utilizam em qualquer outra forma de dor, mas que devem ser do conhecimento geral dos clínicos que com ela lidam:

- Capacidade de diagnóstico.
- Conhecimento dos diversos tipos de dor
 - nociceptiva (somática ou visceral), neuropática e psicogénica, bem como das necessidades básicas da abordagem das mesmas.
- Conhecimento dos fármacos analgésicos e adjuvantes disponíveis, bem como o que deles se pode esperar e em que situações

e tipos de dor faz sentido utilizá-los e regras a obedecer sempre que se associam.

- Conhecimento das diferentes formas de administração de fármacos e noção de quando a elas se deverá recorrer.
- Conhecimento dos diferentes efeitos secundários dos medicamentos mais utilizados no combate à dor e da forma de os contrariar ou combater.
- Discernimento sobre o momento em que deve ser procurado o apoio de um perito ou enviar o doente a um local especializado com maior capacidade de resposta (Unidades de Dor).

Fica bem claro que é vasta a panóplia de situações de dor aguda que fazem os doentes recorrer aos Serviços de Urgência e às consultas de Clínica Geral ou das diversas especialidades e, a menos que se tratem de fenómenos de agudização de dor crónica, muitos destes doentes poderão nunca ter acesso a uma unidade especializada no tratamento da dor, nem tão-pouco a consultas onde a capacidade de agir sobre ela seja sobreponível à de diagnóstico e tratamento da doença de base.

Os Serviços de Urgência e os doentes pagam muito cara esta factura.

O percurso a seguir terá que necessariamente incluir várias vertentes:

- Maior investimento no ensino da Dor nas Universidades, para melhorar a formação de médicos e enfermeiros nesta área, a sua atitude mental e cultural perante o sofrimento humano causado pela dor e despertarlhes maior atenção para o problema.
- Proporcionar formação pós-graduada em Dor a médicos e enfermeiros.
- Maior investimento nas Unidades de Dor.
- Maior utilização e melhor aproveitamento nos Serviços de Urgência, da capacidade e do conhecimento dos anestesistas na abordagem da Dor.
- Formação e adequação cultural de gestores e administradores de saúde para os aspectos negativos da dor, de forma a entenderem como são urgentes e prioritárias as respostas das estruturas de saúde nesta área.
- Maior divulgação, junto da sociedade civil, da importância do combate à dor, do direito que todos possuímos em exigir o seu

alívio e tornando-nos mais atentos e mais exigentes.

A experiência que os anestesistas detêm no alívio da dor aguda pós-operatória, adquirida pela sua formação e pela prática diária de a controlar nos doentes operados, faz deles os únicos especialistas com este tipo de competência, podendo-se considerar um grave desperdício para qualquer sistema de saúde não aproveitar essa capacidade e colocá-la ao serviço dos doentes, bem como ao serviço de outros clínicos ou outros profissionais de saúde na sua formação e treino pós-graduado.

A formação adquirida durante a obtenção da especialidade tem permitido que sejam também os anestesistas a estar na génese da criação e desenvolvimento das Unidades de Dor Crónica, onde o recrutamento multidisciplinar de outras especialidades acaba por facultar a todos os envolvidos a aquisição de competências na abordagem da dor.

O aparecimento e desenvolvimento das modernas Unidades de Dor Aguda, sob coordenação dos anestesistas, constituem um importantíssimo, mas esquecido, palco para que os profissionais de saúde que desejem ou necessitem adquirir competências na utilização de analgésicos, opióides ou não-opióides e das suas formas de administração, possam treinar nesses aspectos e conviver com os diferentes – e por vezes graves – efeitos secundários e a melhor forma de sobre eles agir.

Bibliografia utilizada e/ou recomendada

- Alliaga L, Baños JE, Barutelli C, Molet J, Rodriguez de la Serna A. Tratamiento del Dolor, Teoria y Pratica. 2.a ed. Publicaciones Permanyer; 2002.
- Benzon HT, Raja SN, Molloy RE, Liu SS, Fishman SM. Essentials of Pain Medicine and Regional Anesthesia. 2.a ed. Elsevier; 2005.
- Caseiro JM. Organização da Analgesia do Pós-Operatório. Biblioteca da Dor. Publicações Permanyer Portugal; 2005.
- Català E, Alliaga L. Manual de Tratamiento del Dolor. Publicaciones Permanyer; 2003.
- Core Curriculum for Professional Education in Pain. 3.a ed. International Association for the Study of Pain Press; 2005.
- Rowbotham DJ, MacIntyre PE. Acute Pain, Clinical Pain Management. Arnold; 2003.
- Shipton AS. Pain, Acute and Chronic. Arnold; 1999.
- Staats PS. Interventional Pain Management. Anesthesiology Clinics of North America, Dec 2003. W.B. Saunders Company.
- Torres LM, Elorza J, Gomez-Sancho M, et al. Medicina del Dolor. Masson, SA; 1997.
- Weiner RS. Pain Management, A Practical Guide for Clinicians. 5.a ed. CRC Press; 1998.
- Warfield CA, Fausett HJ. Manual of Pain Management. 2.a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Dor Aguda do Pós-Operatório – Princípios Básicos

Jorge Valentim

Resumo

Pretende-se, neste capítulo introdutório, realçar alguns aspectos mais actuais da dor aguda do pós-operatório. Assim, após uma parte inicial em que, obrigatoriamente, se abordam os aspectos da fisiopatologia e nocicepção do processo doloroso agudo, referenciam-se os efeitos adversos daquele e as respectivas repercussões fisiológicas e psicológicas. Ainda nesta parte inicial, daremos alguma atenção à progressão da dor aguda para dor crónica.

Aborda-se, numa segunda parte, o tratamento da dor cirúrgica com particular enfoque no controlo da dor da cirurgia de ambulatório: objectivos, factores de previsibilidade, efeitos adversos e técnicas. O capítulo seguinte foca a necessidade fundamental da criação de Unidades de Dor Aguda com estratégia de combate eficaz à dor do pós-operatório.

Referem-se depois alguns aspectos do tratamento da dor aguda do pós-operatório baseado na evidência, terminando com uma breve conclusão em que se realça o papel do anestesista como organizador, formador e gestor deste processo contínuo e dinâmico que é a analgesia da dor aguda do pós-operatório.

Palavras-chave: Dor aguda. Pós-operatório. Dor persistente. *Preemptive analgesia*. Analgesia multimodal. Cirurgia de ambulatório. Factores de previsibilidade de dor. Unidades de Dor Aguda. Analgesia baseada na evidência.

Abstract

In this introductory chapter, we want to highlight some important aspects of acute postsurgical pain.

After a short introduction, where we described some aspects of physiology and nociception of pain perception, we mention some adverse effects of acute pain and their physiological and psychological repercussions. Still in this first part, we will give some attention to the progression of acute to chronic pain.

In the second part, we approach the treatment of surgical pain with a particular focus on controlling the pain in the outpatient surgery set: objectives, predictors of pain, techniques and adverse effects. The next chapter focuses on the fundamental need of setting up acute pain services as an effective strategy to combat post-operative pain.

Then, after mentioning some aspects of evidence-based management of pain, it ends with a brief conclusion remembering the role of the anesthesiologist as the key-piece, the manager and trainer of this ongoing and dynamic process that is the analgesia of the post-operative pain. (Dor 2008;16(1):12-7)

Corresponding author: Jorge Valentim, jsbach.jorge@gmail.com

Key words: Acute pain. Post-operative. Persistent pain. *Preemptive analgesia*. Multimodal analgesia. Outpatient surgery. Predictors of pain. Acute pain services. Evidence-based analgesia.

«Todo o doente tem direito ao tratamento eficaz da dor pós-cirúrgica, assim como efeitos secundários tais como náuseas e vômitos»¹.

Definição

A dor aguda é definida como «uma dor de início recente e de provável duração limitada, existindo normalmente uma relação temporal e causal identificável com trauma ou doença» (Ready LB, Edwards J, 1992).

A dor cirúrgica é a causa mais frequente de dor aguda, entre outras como o trauma, as queimaduras, o trabalho de parto, os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos e as manifestações algicas agudas de algumas doenças (por vezes, crónicas).

O trauma cirúrgico implica, habitualmente, não só as partes estruturais do organismo (pele, músculos, ossos), como também estruturas viscerais e nervosas, o que se traduz por quadros algicos mistos, muitas vezes complexos, surgindo simultaneamente com componentes somática, visceral e neuropática².

Particularidades da dor pós-operatória

- É muitas vezes descrita como contínua e normalmente referenciada à incisão cirúrgica.
- Existe exacerbação aguda da dor relacionada com a tosse e actividades como sair da cama, fisioterapia e mudança de pensos.
- Habitualmente a dor é proporcional ao grau de destruição tissular e desaparece com a resolução da lesão.
- Normalmente, é uma situação autolimitada, havendo uma melhoria progressiva num período de tempo relativamente curto.

Fisiologia da dor do pós-operatório

Fisiopatologia

Em resposta à agressão cirúrgica, o organismo desenvolve um estado de sensibilização periférico com tradução central imediata e que se caracteriza por três estádios algicos patológicos:

1. A hiperalgesia primária, ou seja, o aumento da resposta ao estímulo agressor.
2. A hiperalgesia secundária, que se traduz no aumento da área de sensibilização às zonas contíguas ao local da lesão.
3. A alodínia, que significa a redução do limiar de excitação, ou seja, resposta dolorosa a estímulos que, em condições normais, não a desencadeariam.

Para o estado de sensibilização periférica, contribuem os fenómenos inflamatórios resultantes da destruição tissular provocada pela agressão cirúrgica, assim como a destruição das terminações nervosas das minúsculas fibras amielínicas C e das fibras mielínicas Aδ. Estamos, portanto, perante uma dor clínica com componentes simultaneamente inflamatório e neuropático.

Seguidamente, e ainda a nível periférico, verifica-se o aumento da sensibilidade de transdução dos nociceptores de alto limiar, quando expostos a todo um *cocktail* sensibilizante constituído por diversos mediadores libertados pela reacção inflamatória da destruição tissular (histamina, bradiquinina, leucotrienos, factor de crescimento dos nervos, neuropéptidos, prostaglandinas, etc.).

É a partir desta sensibilização periférica e de uma barragem de impulsos aferentes que vão estimular duradouramente os neurónios espinhais, que se dá a sensibilização central, caracteristicamente persistente, permanecendo muito para além do que a duração do estímulo nócico poderia fazer esperar ou prever².

Nocicepção

As considerações acima referidas sobre a fisiopatologia da dor aguda do pós-operatório, apesar de resumidas, deixam compreender que as causas e os mecanismos de transmissão da dor cirúrgica são múltiplos, o que significa que não há apenas um tipo ou uma forma de dor.

São quatro os processos de nocicepção:

1. A transdução é o processo pelo qual um estímulo nócico se transforma em actividade eléctrica nas terminações nervosas.
2. A transmissão é o modo de propagação dos impulsos através do sistema nervoso central (SNC) sensorial.
3. A modulação corresponde ao processo de modificação da transmissão nociceptiva, através de uma série de influências neuronais (via descendente) atenuando os efeitos da agressão algica.
4. A percepção é o processo de integração de todos os anteriores com as características psicológicas individuais – genéticas, cognitivas, culturais, religiosas, etc. – criando a experiência emocional e subjectiva da dor².

Efeitos adversos da dor do pós-operatório

Se é certo que a dor aguda e, como tal, a dor pós-operatória, cumpre uma importante função biológica de alerta, desencadeando um conjunto de acções de carácter defensivo, também é verdade que a resposta hormonal ao stress cirúrgico tem efeitos emocionais e fisiológicos adversos que devem eticamente ser evitados ou tratados, para protecção e conforto dos doentes.

Alterações fisiopatológicas

As alterações fisiológicas desencadeadas pela dor e pela agressão cirúrgica resultam da activação do sistema nervoso central e periférico (Woolf CJ, 1989; Kehlet H, 1997). A *stress response* desencadeada pela lesão determina uma resposta metabólica atribuída à libertação sistémica de hormonas neuroendócrinas e à libertação local de citocinas (e.g. interleucinas,

factor de necrose tumoral), determinando alterações fisiológicas em todos os principais órgãos e sistemas.

A dor cirúrgica pode activar o sistema nervoso simpático, aumentando a frequência cardíaca, o ionotropismo e a pressão arterial. E, se por um lado, estes efeitos aumentam também a necessidade do miocárdio em oxigénio, por outro lado, diminuem esse fornecimento, o que aumenta o risco de isquemia do miocárdio, particularmente em doentes com doença cardíaca prévia. O aumento da actividade do sistema nervoso simpático também diminui a motilidade gastrointestinal, podendo determinar íleos.

A dor intensa após cirurgia abdominal alta ou torácica contribui muito para dificuldade do doente em tossir (ou até respirar), reduzindo a capacidade residual funcional, podendo implicar atelectasias e alterações da ventilação-perfusão, hipoxemia e um aumento da incidência de complicações pulmonares. A *stress response* também contribui para a diminuição da resposta imunitária (celular e humoral) e para uma situação de hipercoagulação, ambos complicando o período pós-operatório (Liu SS, et al., 1995).

Os doentes com maior risco de complicações provocadas por dor cirúrgica não tratada são as crianças, os idosos, aqueles com patologia associada grave e os submetidos a grande cirurgia.

Assim sendo, e resumindo o acima descrito, o controlo da dor representa uma mais-valia fundamental, melhorando o prognóstico clínico ao reduzir a incidência de complicações pós-operatórias como:

- Enfarte do miocárdio ou isquemia.
- Risco de taquicardia e disritmia.
- Atraso na cicatrização da ferida operatória.
- Risco de atelectasias.
- Fenómenos tromboembólicos.
- Vasoconstrição periférica.
- Acidose metabólica.

Alterações psicológicas

Os efeitos psicológicos da dor aguda são tão prejudiciais como os fisiopatológicos, embora possam ser menos óbvios. Eles interagem com os efeitos fisiológicos e, muitas vezes, fazem parte de um ciclo vicioso (Dianrello, 1984; Cousins, Phillips, 1986). As alterações psicológicas associadas com a dor aguda têm recebido menos atenção do que aquelas associadas à dor crónica, porém elas não são menos importantes. Uma estimulação nociceptiva persistente, como a que ocorre após a cirurgia, trauma ou queimadura, pode ter uma influência importante na função psicológica, o que, por sua vez, pode alterar a percepção. A dor aguda não controlada pode resultar no aumento da ansiedade, dificuldade em dormir, desmoralização, sentimento de desamparo, perda de controle, incapacidade de raciocínios básicos e de interagir com os outros e, em situações extremas, em que os doentes deixam

de conseguir comunicar, eles perdem efectivamente a sua autonomia (Cousins M, et al., 2004).

Nalgumas formas de dor aguda, a abordagem psicológica e ambiental adequada na fase aguda pode ser determinante na não-progressão da dor para uma fase persistente (crónica)³.

Progressão da dor aguda para dor crónica

A importância de se abordar a relação entre dor aguda e crónica tem tido muito destaque ultimamente. Para realçar esta relação, a dor crónica é cada vez mais referida como dor persistente. Um levantamento da incidência de incapacidade relacionada com dor crónica concluiu que os pacientes referem muitas vezes o começo da sua dor numa lesão aguda, chamando a atenção para a necessidade de impedir a progressão da dor aguda para dor crónica (Blyth FM, et al., 2003).

A associação entre dor aguda e crónica está bem definida, mas poucos estudos aleatórios têm abordado factores como: a etiologia, o intervalo de tempo, a prevenção ou a terapêutica da transição entre os dois tipos de dor.

A dor crónica é comum após a cirurgia^{4,5}, e representa uma importante causa de incapacidade permanente, muitas vezes com consequências económicas consideráveis. Essa dor tem frequentemente uma componente neuropática e pode aparecer precocemente no período pós-operatório.

Há alguma evidência de que intervir precocemente com técnicas analgésicas específicas pode reduzir a incidência de dor crónica após a cirurgia.

Tratamento

O objectivo do tratamento da dor do pós-operatório tem nos seus propósitos uma vertente subjectiva, que é o conforto do doente, e uma vertente fisiológica, que visa a inibição dos impulsos nociceptivos induzidos pelo trauma cirúrgico, atenuando assim as respostas reflexas à dor e os seus efeitos adversos e contribuindo para uma melhor homeostasia.

Factores que influenciam as necessidades analgésicas

Existem alguns factores a ter em conta na programação de uma estratégia analgésica, tais como:

- Local da intervenção cirúrgica: procedimentos torácicos ou abdominais altos estão associados com dor mais intensa.
- Idade do doente: o doente idoso necessita de doses menores.
- Sexo: em geral, o sexo feminino apresenta uma maior tolerância à dor.
- Terapêutica com analgésicos no pré-operatório.
- Antecedentes de dor mal ou dificilmente controlada.

- Doenças associadas tais como hipertireoidismo, ansiedade, depressão, insuficiência renal e/ou hepática.
- Hábitos de toxicod dependência, síndromes de abstinência, programas de desintoxicação.
- Factores culturais e religiosos.
- Esclarecimento e informação prestada ao doente no pré-operatório. O esclarecimento do doente deve ser feito de forma adequada e pode melhorar as expectativas, aumentar a tolerância à dor e conseguir uma colaboração efectiva nas diversas técnicas de controlo da dor.
- Comportamento dos profissionais de saúde⁶.

Preemptive analgesia e analgesia multimodal

O conceito de *preemptive analgesia* ou analgesia por preempção surgiu em 1988, tentando expressar a ideia da possibilidade de prevenir a dor cirúrgica tratando-a antes que surja, ou seja, antecipando a sua terapêutica.

Assim, a *preemptive analgesia* não visa tanto alívio da dor, mas sim um efeito de dessensibilização algica, de modo a que surja com menor intensidade no pós-operatório. O objectivo é esse: impedir os estados de hipersensibilidade que ocorrem após a agressão cirúrgica².

Este conceito pressupõe, portanto, que uma intervenção analgésica iniciada antes do estímulo nociceptivo acontecer, será mais eficaz que a mesma intervenção praticada apenas depois⁷, existindo já evidência científica de nível I em relação a métodos usados como *preemptive analgesia*: a analgesia epidural tem um efeito benéfico inequívoco; a infiltração prévia do local de incisão com anestésico local e a utilização de anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) podem ter um efeito significativo⁸.

A analgesia multimodal ou balanceada consiste, mais do que numa técnica, numa atitude que permita, utilizando fármacos de grupos distintos e técnicas diversificadas, interferir nos diferentes momentos do período perioperatório, nos vários processos da nocicepção e nos diversos componentes da dor cirúrgica (somática, visceral e neuropática).

Para cada um dos processos de nocicepção (transdução, transmissão, modulação e percepção) existem fármacos de actuação preferencial e, à luz do conceito de analgesia balanceada, esta deve conseguir dois propósitos:

1. Actuar nos três tempos do período perioperatório – antes, durante e após a intervenção cirúrgica.
2. Administração de fármacos que possam intervir nos diferentes níveis do processo nociceptivo².

Na sequência do referido anteriormente a respeito da analgesia balanceada ou multimodal, e numa breve referência a fármacos, poder-se-á dizer que, de um modo sumário:

- Os AINE são reconhecidamente fármacos que interferem na transdução a nível periférico⁹.

- Os anestésicos locais são os bloqueadores por excelência da transmissão a todos os níveis, quer periférico quer central.
- O paracetamol tem uma actividade predominantemente central, sendo o fármaco de referência na modulação descendente¹⁰.
- Os opióides intervêm na modulação central e na percepção.

A cirurgia de ambulatório: um desafio analgésico

Com o objectivo ambicioso de alcançar nos próximos anos 50% dos procedimentos cirúrgicos, a cirurgia de ambulatório será, sem dúvida, uma área de grande desenvolvimento no futuro próximo.

O controlo adequado da dor do pós-operatório é frequentemente o factor determinante segundo o qual um doente pode ou não ser incluído num programa de cirurgia de ambulatório¹¹.

Factores de previsibilidade de dor

Há estudos que referem que a incidência de dor intensa em cirurgia de ambulatório é de 5,3% nas primeiras 24 horas, sendo os doentes sujeitos a procedimentos ortopédicos os que tiveram maior incidência de dor intensa.

Outro factor de previsão de dor intensa é o tipo de cirurgia, particularmente a cura cirúrgica de hérnia inguinal, cirurgia laparoscópica e cirurgia plástica¹².

O índice de massa corporal elevado e a duração da anestesia também foram factores significativos na previsão de dor intensa¹³.

Segundo alguns autores, o melhor índice de previsão de dor intensa no domicílio é a dor não controlada nas primeiras horas após a cirurgia¹⁴.

Efeitos adversos da dor não controlada em cirurgia de ambulatório

Uma analgesia insuficiente pode atrasar a alta do doente para o domicílio. A dor foi a causa mais frequente de atraso na passagem da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) da fase I para a fase II, afectando 24% de todos os doentes¹². A dor não controlada é também uma causa importante de náuseas e vômitos, prolongando a estada do doente na UCPA e obrigando a internamento ou readmissões não previstas¹⁵.

A dor causa perturbações do sono (Strassels S, et al., 2002) e limita a mobilização precoce, factores cruciais nos propósitos deste programa cirúrgico, onde se pretende um retorno rápido à vida normal e ao trabalho¹⁴.

Técnicas analgésicas em cirurgia de ambulatório

Não existem técnicas especificamente desenhadas para cirurgia de ambulatório. Existem sim pressupostos a cumprir para que o termo ambulatório faça sentido, ou seja, as técnicas analgésicas em cirurgia de ambulatório têm que controlar a dor de um modo eficaz, seguro, sem

efeitos secundários e permitir uma continuidade terapêutica fácil para o doente no domicílio.

Para além da ênfase na analgesia multimodal, merecem destaque as técnicas anestésicas locais. Os potenciais benefícios das técnicas anestésicas locais usadas para analgesia intra e pós-operatória são amplamente reconhecidos, embora pouco utilizadas. Nestas técnicas, a acrescentar aos tradicionais bloqueios de nervos periféricos, surgem (ou ressurgem) outras técnicas de particular relevo neste tipo de cirurgia: a infiltração prévia do local de incisão assim como, posteriormente, da ferida cirúrgica; a perfusão contínua da ferida cirúrgica com anestésico local¹⁶; assim como a administração intra-articular ou intraperitoneal daquele fármaco¹⁷.

As técnicas anestésicas locais diminuem o consumo intra-operatório de anestésicos e analgésicos, têm uma recuperação rápida e permitem a mobilização precoce e alta mais rápida. Estas técnicas são de execução simples, têm taxas de sucesso altas e incidência de complicações baixa¹⁸.

Conclusões

O controlo da dor em cirurgia de ambulatório coloca alguns problemas específicos para os clínicos. A tarefa mais importante é a de conseguir controlar a dor em níveis aceitáveis para o doente, assegurando, simultaneamente, padrões de segurança e minimizando os efeitos secundários dessa terapêutica analgésica. Para além deste objectivo, o controlo da dor nestes doentes deve, não só, minimizá-la em repouso, mas também permitir a mobilização a as funções motoras básicas.

Em resumo, os doentes sujeitos a procedimentos cirúrgicos em cirurgia de ambulatório, requerem uma técnica analgésica eficaz, com efeitos secundários mínimos, intrinsecamente segura e facilmente seguida no domicílio. Neste âmbito, interessa também realçar a importância do diálogo entre anestesistas e cirurgiões no esclarecimento mútuo das respectivas técnicas a utilizar, de modo a trabalhar em conjunto num processo contínuo desde o pré-operatório até ao período após a alta do hospital.

Organização da analgesia no pós-operatório

Wheatley e Madej do *York District Hospital* afirmam, na publicação *Acute Pain*, que o principal obstáculo ao sucesso e desenvolvimento no alívio da dor pós-operatória não tem sido uma verdadeira falta de métodos analgésicos eficazes, mas sim de organização¹⁹. Poderíamos acrescentar também a falta de formação.

Na prática, a organização da analgesia do pós-operatório traduz-se na criação de Unidades de Dor Aguda²⁰ que, na realidade, consistem em programas de acção que incluem:

- Recursos humanos próprios (não necessariamente exclusivos).
- Formação dos profissionais de saúde envolvidos.

- Ensino dos doentes.
- Equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, farmacêuticos).
- Equipamentos específicos.
- Protocolos terapêuticos.
- Registos específicos.
- Avaliação de resultados²¹.

De realçar o planeamento, a formação e o ensino, nomeadamente de médicos e enfermeiros (mas também dos doentes), como aspectos fundamentais para as Unidades de Dor Aguda que dependem grandemente da disponibilidade e coordenação dos recursos humanos existentes².

Indispensável também é a necessidade de folhas de registo específicas, que permitam um critério de preenchimento uniforme e rigoroso, com fácil recolha e interpretação de resultados, visando o processo dinâmico de aferição e adaptação dos protocolos analgésicos, assim como o tratamento estatístico de dados para produção científica²².

Tratamento da dor baseado na evidência

Existe uma tendência crescente para praticar a medicina baseada na evidência, particularmente em relação à utilização de novos tratamentos ou na elaboração de protocolos ou linhas de orientação.

A rápida generalização da avaliação por padrões de qualidade e o crescimento explosivo do conhecimento científico (quer na investigação, quer na aplicação clínica do controlo da dor) levaram à necessidade lógica da elaboração de guidelines. Os primeiros a fazê-lo foram o *National Health and Medical Research Council* na Austrália e o *Royal College of Anaesthetists* na Grã-Bretanha. O primeiro elaborou um documento intitulado *Acute Pain Management: Scientific Evidence*, cujas actualizações (última em Dezembro de 2007), continuam a ser uma referência neste tema do tratamento da dor baseado na evidência⁸.

Surpreendentemente, poucos dos nossos procedimentos habituais se incluem no nível I de evidência. A metanálise de dados tem sido frequentemente assumida como o *gold standard* da evidência, embora o que actualmente se sabe é que esse método deve ser também ele submetido ao mesmo grau de escrutínio que o aplicado ao ensaio controlado e randomizado (*randomized controlled trial* - CTR).

Em suma, a «produção» de evidência científica no tratamento da dor aguda do pós-operatório obriga a uma maior exigência e rigor nos registos, análise, interpretação e tratamento estatístico em todas as áreas de actividade profissional: prática clínica e académica, actualização e produção científica, registo, análise e tratamento estatístico de dados. Todos estes objectivos só poderão ser atingidos com uma boa organização da analgesia do pós-operatório, o mesmo é dizer, uma boa Unidade de Dor Aguda.

Conclusões

Sejam quais forem as reflexões feitas em qualquer artigo sobre analgesia da dor aguda do pós-operatório, a conclusão será sempre a mesma: controlo algico através de técnicas adequadas aos diferentes períodos do perioperatório, aos diversos passos da nociceção e aos diferentes tipos de dor.

No entanto, a tradução prática destes pressupostos é, por vezes, bem diferente e aqui entra a necessidade da organização da analgesia do pós-operatório como única via de conseguir fazer corresponder todos os objectivos propostos a uma realidade de bem-estar físico e psicológico para o doente.

E, neste ponto, não podemos deixar de sublinhar o papel central do anestesista como gestor de todo o processo da analgesia da dor do pós-operatório, já que é ele que o inicia mesmo antes de cirurgia, o conduz no intra-operatório e o vigia e adapta no pós-operatório, num verdadeiro contexto de medicina perioperatória.

Se, na maior parte das vezes, a analgesia representa para o doente a face mais visível do anestesista, é bom que lha possamos mostrar sem anonimato nem negligência.

Bibliografia

1. Audit Comission. Anaesthesia Under examination: The Efficiency and Effectiveness of Anaesthesia and Pain Relief Services in England and Wales. Londres: Audit Comission; 1997.
2. Caseiro JM. A Organização da Analgesia do Pós-Operatório – Biblioteca da dor. Permyner Portugal; 2004.
3. Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth*. 2001;87:144-52.
4. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth*. 2001;87:88-98.
5. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery — A review of predictive factors. *Anesthesiology*. 2000;93:1123-33.
6. Kalkman CJ, Visser K, Moen J, et al. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. 2003;105:415-23.
7. Ong CK, Lirk P, Seymour RA, et al. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis [table of contents]. *Anesth Analg*. 2005;100(3):757-73.
8. ANZCA: Acute Pain Management: Scientific Evidence. 2.ª ed. Updates December 2007.
9. McCormack K. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and spinal nociceptive processing. *Pain*. 1994;59:9-43.
10. Bonnefont J, Courade JP, Alloui A, et al. Mechanism of the antinociceptive effect of paracetamol. *Drugs*. 2003;63:1-4.
11. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003;362:1921-8.
12. Pavlin JD, Chen C, Penaloza DA, et al. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2002;95:627-34.

13. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1997;85:808-16.
14. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anesth*. 1998;45:304-11.
15. Gold BS, Kitz DS, Lecky JH, et al. Unanticipated admissions to the hospital following ambulatory surgery. *JAMA*. 1989;262:3008-10.
16. Liu SS, Richman JM, Thirlby RC, et al. Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: a quantitative and qualitative systematic review of randomized controlled trials. *J Am Coll Surg*. 2006;203(6):914-32.
17. Boddy AP, Mehta S, Rhodes M. The effect of intraperitoneal local anesthesia in laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2006;103(3):682-8.
18. Klein SM, Nielsen KC, Greengrass RA, et al. Ambulatory discharge after long-acting peripheral nerve blockade: 2382 blocks with ropivacaine. *Anesth Analg*. 2002;94:65-70.
19. Wheatley RG, Madej TH. Organization of an Acute Pain Service. Em: Rice A, Warfield CA, Justins D, Eccleston C, eds. *Acute Pain*. Cap. 9. Arnold Publishers; 2003. p. 183-202.
20. Breivik H. How to implement an acute pain service. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2002;16:527-47.
21. Harmer M, Davies KA. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia*. 1998;53:424-30.
22. Sartain JB, Barry JJ. The impact of an acute pain service on postoperative painmanagement. *Anaesth Intensive Care*. 1999;27:375-80.

Leitura recomendada

- ASA. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. American Society of Anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2004;100:1573-81.
- Flor H, Hermann C. Biopsychosocial models of pain. Em: Dworkin RH, Breitbart WS, eds). *Psychosocial Aspects of Pain: a Handbook for Health Care Providers*. Progress in Pain Research and Management. Vol. 27. Seattle: IASP Press; 2004.
- Katz J. Timing of treatment and preemptive analgesia. Em: Rowbotham DJ, Macintyre PE, eds). *Clinical Pain Management: Acute Pain*. Londres: Arnold; 2003.
- JCAHO. NPC. Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatments [Internet]. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations and the National Pharmaceutical Council, Inc. 2001. Disponível em: www.jcaho.org/news+room/health+care+issues/pm+monographs.htm
- Macintyre PE, Ready LB. *Acute Pain Management: A Practical Guide*. 2.ª ed. Londres: WB Saunders; 2001.
- Miyoshi RH, Lackband SG. Systemic Opioid Analgesics. Em: Loeser J, ed. *Bonica's Management of Pain*. 3.ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- Moore A, Edwards J, Barden J, et al. *Bandolier's Little Book of Pain*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- NHMRC. How to use the Evidence: Assessment and Application of Scientific Evidence. Handbook Series on Preparing Clinical Practice Guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000. p. 24-9.

Endereços Internet

- www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acutepain.pdf
- www.asahq.org/publicationsAndServices/pain.pdf
- www.aspan.org/
- www.iasp-org-pain.org/

Organização da Dor Aguda do Pós-Operatório

Amélia Saraiva

«Uma das razões mais frequentes de insatisfação do doente após cirurgia é a dor pós-operatória»
(Nakahashi K, et al. Masui. 2004;53(10):1136-42).

Resumo

Passada uma década desde a organização da primeira Unidade de Dor Aguda (UDA), verifica-se pelos estudos publicados que muitos doentes ainda recebem analgesia de pós-operatório de forma inadequada.

As UDA, como estrutura organizada, têm como objectivos otimizar a analgesia perioperatória, transformar a presença nas enfermarias do anestesista numa rotina diária, proporcionar cuidados analgésicos perioperatórios com eficácia e segurança e garantir formação.

Não existem modelos uniformes e rígidos para a criação de UDA, pelo que o projecto de cada unidade terá que decorrer da necessária adaptação à realidade do hospital em que se integra.

Palavras-chave: Unidade de Dor Aguda. Organização. Equipa multidisciplinar. Analgesia perioperatória. Eficácia. Segurança. Formação. Protocolos e auditorias.

Abstract

One decade after the first Acute Pain Service, published studies show that many patients still receive inadequate postoperative analgesia.

The Acute Pain Service's goals are: optimizing perioperative analgesia, transforming the presence of the anesthesiologist in the wards in a daily routine, providing effective and safe perioperative analgesic care and ensure staff training.

There are no uniform and rigid templates for creating an Acute Pain Service, therefore the project for each unit will need to adapt to the reality of the hospital where it is incorporated. (Dor 2008;16(1):18-22)

Corresponding author: Amélia Saraiva, saraivaamelia@gmail.com

Key words: Acute Pain Service. Organization. Team. Perioperative analgesia. Efficacy. Safety. Training. Protocols and audits.

Necessidade de uma Unidade de Dor Aguda

Aliviar a dor no pós-operatório continua a ser um desafio médico.

O melhoramento na analgesia perioperatória não só é desejado por questões humanitárias, mas também é essencial pela potencial redução da morbidade pós-operatória¹⁻⁴.

A dor de pós-operatório não tratada pode impedir o doente de participar nos programas de reabilitação, atrasando a recuperação e consequentemente a alta.

É genericamente aceite que a solução do problema do alívio inadequado da dor no pós-operatório não é falta de desenvolvimento de novos fármacos analgésicos ou técnicas analgésicas, mas sim a falta de organização, ou seja, de UDA.

Com o renascimento, há cerca de 30 anos, da anestesia epidural, rapidamente se tornou prática o prolongar a analgesia epidural no período pós-operatório para controlo da dor dinâmica após cirurgia *major*.

Contudo, hipotensão arterial, prolongado bloqueio motor, retenção urinária, foram efeitos adversos frequentes resultantes da injeção de bolus epidural ou infusões contínuas de altas concentrações de anestésicos locais necessários para prolongar a analgesia epidural.

Com a associação de morfina aos anestésicos locais, no início dos anos 80, verificou-se melhoria da qualidade analgésica mas, depressão respiratória, náuseas e prurido foram comuns, potenciando os efeitos adversos⁵.

Perante estes condicionantes, estas técnicas eram utilizadas somente quando o doente ia para a sala de recobro ou Unidade de Cuidados Intensivos, o que limitou a aplicação deste método analgésico.

Com o objectivo de melhorar a qualidade analgésica da dor pós-operatória e ultrapassar um dos obstáculos à realização destas técnicas, rapidamente se assistiu ao desenvolvimento de um balanço entre os efeitos analgésicos e os efeitos adversos, baixando a dose e a velocidade de perfusão do anestésico local associado a um opióide, bem como o nível segmentar do cateter epidural.

Os potenciais benefícios da analgesia epidural (redução do tromboembolismo pós-operatório, íleos e balanço nitrogenado negativo) e o aumento do conforto dos doentes recebendo analgesia controlada pelo doente (PCA) rapidamente se tornaram notórios, contudo não poderiam ser obtidos sem uma organização do pós-operatório, que passaria pela vigilância feita pelos enfermeiros de todos os doentes com PCA e analgesia epidural.

A organização de estruturas com pessoal dedicado tornava-se um imperativo para que um maior número de doentes pudessem usufruir das vantagens destas técnicas no tratamento efectivo da dor severa após cirurgia *major*.

Modelos de Unidade de Dor Aguda

Esta necessidade de se organizar a analgesia do pós-operatório foi materializada no trabalho de C. Maier (Alemanha), publicado em 1986.

No entanto, foi B. Ready em 1988, nos EUA quem publicou pela primeira vez as bases de desenvolvimento de uma verdadeira UDA.

B. Ready, et al. descreveram a experiência de uma unidade baseada nos anestesiológicos, no tratamento de dor no pós-operatório em 820 doentes onde foi usada a PCA e analgesia epidural com opióide. Este marco claramente demonstrou que novas técnicas sofisticadas poderiam ser usadas para melhorar o alívio da dor pós-operatória. Contudo, para serem usadas com segurança, elas teriam de ser utilizadas sob vigilância de uma equipa multidisciplinar com responsabilidade para a formação e implementação de protocolos de actuação.

A ideia de que tão importante como qualquer terapêutica para a eficácia analgésica do pós-operatório eram as condições de organização e vigilância em que se tratam os doentes fica amplamente demonstrada.

Nos anos 90, quando os hospitais europeus começaram a avaliar o impacto económico da analgesia, rapidamente constataram que o

modelo americano (baseado no anesthesiologista) não era fácil de aplicar no sistema de saúde europeu. Era caro dedicar médicos altamente treinados especificamente às UDA.

Neste contexto, Rawal, em 1997, descreveu o modelo europeu (baseado no enfermeiro e supervisionado pelo anestesista) onde procura envolver todos os enfermeiros de forma a proporcionar a melhor e mais segura analgesia independentemente da técnica analgésica usada⁹. Este modelo de UDA, como programa organizativo foi implementado, no Centro Hospitalar de Öredo na Suécia, e é hoje considerado uma referência dentro dos modelos europeus⁷.

As UDA, tal como outros serviços médicos, são condicionadas por factores locais nacionais, os quais determinam a sua evolução.

Nos EUA, como já referido anteriormente, estes serviços, sendo multidisciplinares, são baseados no anesthesiologista e dirigem-se aos doentes cirúrgicos que recebem técnicas como PCA e analgesia epidural com opióide. Modelos semelhantes foram usados na Austrália e Nova Zelândia.

Contudo, Rawal sugeriu que este modelo era caro e só uma pequena percentagem da população cirúrgica beneficia dos cuidados destes serviços. Assim, este autor defende um modelo de baixo custo baseado no enfermeiro com ênfase na comunicação, educação de todo o *staff* envolvido e avaliação da dor de rotina em todos os doentes com dor aguda, com recurso a *score* de dor. A avaliação e registo da intensidade de dor de cada doente, usando a escala visual analógica (EVA), é feita com intervalos de três horas. Esta avaliação deverá ser feita com o doente em repouso e durante o movimento, bem como antes e após uma intervenção terapêutica. O doente com *score* de dor 3/10 deverá ser tratado. Se não ocorre melhoria com a intervenção terapêutica, deverá ser contactado o anestesista.

O pré-requisito para o sucesso deste modelo de baixo custo é o envolvimento de todos os que cuidam do doente cirúrgico.

Nesta estrutura organizada, o tratamento do doente é baseado em protocolos de actuação analgésica.

Objectivos de uma Unidade de Dor Aguda

Os objectivos de uma UDA foram resumidos no *Joint College Working Party Report on Postoperative Pain* em 1990 e são:

- Responsabilidade no tratamento diário da dor aguda após cirurgia.
- Organização de serviços em que o nível de cuidados e monitorização são apropriados às condições clínicas do doente e técnicas envolvidas no tratamento da dor aguda.
- Promover a formação de médicos e enfermeiros envolvidos no tratamento da dor pós-operatória. Devem estar incluídos

programas para o diagnóstico e tratamento de complicações.

- Auditorias do benefício e prejuízo na avaliação de resultados dos métodos existentes de tratamento e da aplicação de novas técnicas.
- Investigação clínica.

Estrutura de uma Unidade de Dor Aguda

Pessoal

As UDA devem ser formadas a partir de uma equipa multidisciplinar tendo com base anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, farmacêuticos, todos motivados e interessados no alívio da dor do doente.

A liderança desta equipa é da responsabilidade do anesthesiologista, sendo várias as razões para este papel central no tratamento da dor aguda:

- O seu envolvimento no tratamento da dor perioperatória.
- Oportunidade de iniciar tratamento precocemente baseado nos conceitos de planeamento integrado, *preemptive analgesia* e analgesia multimodal.
- Observação das respostas do doente durante o período perioperatório.
- Familiaridade com os fármacos (doses, efeitos terapêuticos e secundários, bem como vias de administração) e técnicas analgésicas.
- Conhecimento dos benefícios e limitações das diferentes técnicas analgésicas.
- Tratamento dos efeitos secundários e complicações.

Dentro dos anesthesiologistas que trabalham nas UDA, deve ser nomeado um coordenador da unidade, como em qualquer processo organizativo.

Os enfermeiros desempenham um papel-chave em qualquer UDA, sendo deles que depende toda a vigilância do doente. São eles que detectam problemas como analgesia inadequada ou efeitos secundários em estádios precoces, quer pela avaliação do 5.º sinal vital, quer pela monitorização contínua de outros parâmetros vitais como pressão arterial, pulso e frequência respiratória.

A vigilância pelo *staff* de enfermagem começa na unidade cuidados pós-anestésicos, onde num estádio precoce podem ser detectados efeitos secundários ou analgesia inadequada actuando de acordo com protocolos.

Esta actividade de vigilância e actuação contínua só é possível devido à existência de protocolos, formação e educação, requisitos necessários para o funcionamento das UDA.

O cirurgião como elemento da equipa tem como funções:

- Identificar para cada procedimento cirúrgico a expectativa da dor.

- Participar na elaboração dos protocolos.
- Incentivar a colaboração de todos os profissionais de saúde com os elementos das UDA.
- Participar na execução de técnicas analgésicas (ex.: infiltração subaponevrótica).
- Promover com precocidade métodos de reabilitação e mobilização.
- Avaliar os efeitos de uma analgesia ineficaz.
- Reconhecer os potenciais efeitos da analgesia eficaz.

Como já referido anteriormente, os serviços farmacêuticos fazem parte da equipa multidisciplinar sendo parte das suas funções:

- Garantir a disponibilidade dos fármacos que fazem parte dos protocolos.
- Garantir o fornecimento dos medicamentos.
- Garantir de forma segura o armazenamento e distribuição dos medicamentos.
- Disponibilidade para esclarecimentos farmacológicos e interações medicamentosas.
- Participação activa no desenvolvimento de protocolos.

Formação

Da actividade das UDA deve fazer parte o desenvolvimento e implementação de programas de formação para doentes e profissionais de saúde.

Para os profissionais de saúde, o programa educacional passa por acções de formação onde serão transmitidos verbalmente e por escrito os objectivos, as actividades e os resultados de toda a dinâmica da unidade para que assim todos passem a colaborar no alívio da dor do doente.

Para o doente, a informação deverá começar na avaliação pré-operatória, sendo a consulta de anestesia o local de eleição onde se deverá iniciar. Aqui deverá ser esclarecida a importância do controlo da dor, as várias opções de tratamento, informação prática de como vai transmitir a intensidade da dor (EVA ou escala numérica), como pode participar no plano de tratamento quando a técnica como PCA ou analgesia epidural são usadas e esclarecimento de dúvidas.

Esta informação é habitualmente verbal podendo, no entanto, ser precedida de um folheto, sendo fundamental que seja consistente.

Protocolos

As UDA são responsáveis pela elaboração de protocolos de actuação analgésica, os quais constituem garantia das condições de segurança dos doentes e também da eficácia das terapêuticas utilizadas.

Estes protocolos dão flexibilidade ao enfermeiro de administrar analgésicos quando necessário.

A elaboração dos protocolos deve reflectir o conceito de planeamento integrado, adoptar metodologias de analgesia multimodal e eleger técnicas analgésicas preferenciais.

Entenda-se por planeamento integrado o processo de integração do controlo da dor nos cuidados perioperatórios dos doentes. Esta integração baseia-se na reconhecida vantagem da escolha de técnicas analgésicas que se possam associar e/ou complementar nos períodos pré e intra-operatório e que possibilitem a sua continuação no período pós-operatório, promovendo um adequado e eficaz alívio da dor aos doentes operados.

No protocolo deve ser referido: fármaco ou mistura analgésica; método e via de administração; modo de preparação; posologia; analgésicos de resgate; normas de actuação perante efeitos secundários e instruções acessórias com as características dos fármacos.

Os protocolos devem ser baseados em *guidelines*, datados e regularmente revistos.

Espaço físico

As UDA como estrutura organizada, dependente dos serviços de anestesiologia, que asseguram programas de acção em todo o período perioperatório, não têm um espaço físico exclusivo. O espaço físico corresponde ao percurso do doente operado ao longo do qual decorre toda a acção do programa das UDA.

Condições fundamentais neste percurso são as condições de segurança para o doente, com vigilância e monitorização adaptada à técnica analgésica.

Assim, o doente, após passar pela Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) onde recupera as funções fisiológicas e controlo algico, pode ser transferido para uma unidade de segundo nível ou enfermaria de acordo com a técnica analgésica utilizada. Sempre que a modalidade analgésica seja analgesia epidural ou PCA, o doente deverá ir para uma unidade de segundo nível de cuidados, a qual deverá fazer parte do próprio serviço cirúrgico a que o doente se destina e terá monitorização contínua de parâmetros vitais.

Avaliação de resultados

Como qualquer estrutura organizada, as UDA têm de ser avaliadas. É necessário avaliar periodicamente o trabalho desenvolvido por toda a equipa, analisando os resultados de qualidade do tratamento da dor aguda.

Deve ser feita a análise da expectativa do doente e grau de satisfação, do custo eficácia das técnicas analgésicas utilizadas (analgesia epidural, PCA, bloqueios periféricos), das complicações e dos efeitos secundários.

Para que esta análise seja possível, é fundamental o preenchimento diário e à cabeceira do doente de um questionário que deve ser simples e não exaustivo.

O tratamento da dor aguda não é um processo estático, está sujeito a modificações em resposta aos resultados das avaliações da eficácia e segurança.

Embora qualquer mudança por vezes seja um processo moroso e não simplificado, pelo facto do tratamento da dor aguda envolver várias equipas de profissionais de saúde, ela deve ser iniciada logo que a avaliação dos dados assim o indique.

Após análise e interpretação dos dados, sempre que necessário os protocolos deverão ser revistos de forma a melhorar os resultados na auditoria seguinte.

Como é referido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é de toda a conveniência que periodicamente as UDA promovam sessões de «controlo de qualidade» para revisão de protocolos, sua eficácia e segurança e eventualmente produção de recomendações no sentido de melhorar a eficiência dos cuidados, das técnicas e dos fármacos⁸.

Situação na Europa

Passada uma década, desde a organização da primeira UDA, verifica-se pelos estudos publicados que muitos doentes ainda recebem analgesia de pós-operatório de forma inadequada.

De acordo com os resultados do PATHOS (*Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey* – Inquérito Observacional da Terapêutica Analgésica Pós-Operatória), realizado para avaliar as práticas de tratamento da dor pós-operatória (DPO), na actividade cirúrgica na Europa em 2005 e para identificar as áreas que carecem de melhoria nas instituições de cuidados de saúde, ainda existe um espaço considerável de melhoria no tratamento da DPO.

O inquérito foi conduzido em sete países (Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Portugal, Espanha e Suíça), inquirindo 1.558 anestesiológicos e cirurgiões de 746 instituições.

Os resultados do inquérito revelaram:

– Treino do pessoal:

- Para 34% dos inquiridos, não existe formação regular sobre o tratamento da DPO, proporcionada na instituição onde trabalham.

– Informação para o doente:

- Para 52% dos inquiridos, os doentes não são sistematicamente informados antes da cirurgia, sobre o tratamento da DPO.

– Protocolos:

- Para 75% dos inquiridos, não existem protocolos escritos para todos os doentes a fazerem tratamento por DPO:

- Para apenas 33% dos inquiridos, os protocolos escritos aplicam-se sempre na prática diária, quando disponíveis.

— Avaliação da dor e *follow-up*:

- Para 34% dos inquiridos, a DPO não é avaliada.

- Para apenas 49% dos inquiridos, a DPO é avaliada de acordo com um plano estabelecido.
- Para apenas 30% dos inquiridos, a DPO é avaliada, quer em repouso, quer em actividade.
- Para apenas 44% dos inquiridos, as pontuações da DPO são registadas na ficha do doente.

Conclusão

São objectivos do tratamento da dor aguda do Plano Nacional de Luta Contra a Dor: proporcionar conforto ao doente, ajudar a prevenir potenciais complicações, favorecer a precocidade da alta e contribuir para a humanização dos cuidados.

Para que o controlo da dor aguda pós-operatória seja eficaz, é necessário assimilar o conceito de actuação organizada em analgesia pós-operatória.

São factores importantes para implementação com sucesso de uma UDA: equipa multidisciplinar com disponibilidade e coordenada por anestesistas, programas educacionais para todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do doente cirúrgico, padronização de equipamentos, protocolos e auditorias.

A actuação analgésica deverá corresponder à expectativa da dor e todos os locais do percurso pós-operatório deverão ter condições óptimas de vigilância.

É bem conhecido que o tratamento eficiente e seguro da dor perioperatória reduz o risco de efeitos adversos, conforme se comprova de inúmeras publicações na literatura médica.

Tratamento eficaz da dor pode diminuir tromboembolismo, complicações cardíacas e pulmonares, stress hormonal e metabólico. Permite mobilização e ingestão alimentar precoce, reduz a fadiga e a ansiedade e conseqüentemente melhora o conforto e aumenta a satisfação do doente.

Tão significativos são os benefícios do tratamento eficiente e seguro da dor do perioperatório que a *Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations* recomenda que todas as

instituições devem desenvolver programas de tratamento da dor como critério de certificação.

Bibliografia

1. Ballantyne JC, Carr DB, de Ferranti S, et al. The comparative effects of postoperative analgesic therapies on pulmonary outcome: Cumulative meta-analyses of randomised, controlled trials. *Anesth Analg*. 1998;86:598-612.
2. Rodger A, Walker N, Schug S, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anesthesia: Results from overview of randomized trials. *BMJ*. 2000;321:1493.
3. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia reduces on surgical outcome. *Br J Anaesth*. 2001;87:62-72.
4. Beattie WS, Badner NH, Choi P. Epidural analgesia reduces postoperative myocardial infarction: A meta-analysis. *Anesth Analg*. 2001;93:853-8.
5. Breivik H, et al. How to implement an acute postoperative pain service: an update. Em: Breivik H, Shipley M, eds. *Pain*. Cap. 24. Elsevier; 2007. p. 255-70.
6. Macintyre PE, Schug SA. *Acute Pain Management*. Saunders. 3.a ed. 2007. p. 8-23.
7. Caseiro JM. A organização da Analgesia do Pós-Operatório. *Permanyer Portugal*; 2004. p. 20-36.
8. Plano Nacional de Luta Contra a Dor – Direcção Geral da Saúde, 2001. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf

Bibliografia recomendada

- Rawal N. Acute Pain Services. Em: Shorten G, Carr DB, et al., eds. *Postoperative Pain Management*. Cap. 13. Saunders; 2006. p. 118-25.
- Ashburn MA. Anesthesia-Based Acute Pain Services: Past, Present and Future. Em: Fleisher LA, Prough DS, Grass JA, eds. *Problems in Anesthesia*. Vol. 10. N.o 1. Filadélfia: Lippincott-Raven Publishers; 1988. p. 1-7.
- Wheatley RG, Madej TH. Organization of an acute pain service. Em: Rowbotham DJ, Macintyre PE, eds. *Acute Pain*. Cap. 9. Arnold Publisher; 2003. p. 183-202.
- Coleman A. The acute pain service. Em: Park G, Fulton B, Senthuran S, eds. *The Management of Acute Pain*. Cap. 21. 2.a ed. Oxford; 2000. p. 180-7.
- Rawal N. Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. Em: *Anesthesiology Clinics of North America*. Vol. 23. Elsevier; 2005. p. 211-25.
- Powel AE, Davies HT, et al. Rhethoric and reality on acute pain services in UK: a national postal questionnaire survey. *Br J Anaesth*. 2004; 92(5):689-93.
- Rawal N. 10 years of acute pain services- achievements and chalangers. *Reg Anesth Pain Med*. 1999 Jan-Feb;24(1):68-73.
- Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low cost model. *Pain*. 1994 Apr;57(1):117-23.
- Breivik H. How to implement an acute pain service. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2002 Dec;16(4):527-47.
- Guidance on the provision of anaesthetic services for acute pain management. Guidelines for Provision of Anaesthetic Services [Internet]. The Royal College of Anaesthetists. Disponível em: www.rcrcoa.ac.uk/docs/gpas-acutepain.pdf
- Eti Z, et al. Acute Pain Service Organization. *Mamara Medical Journal*. 2005;18(1):1-5.

Como Construir Protocolos para o Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório

Isabel Serralheiro

Resumo

Os protocolos são poderosos elementos de segurança, eficácia e formação, contendo vários critérios, regimes terapêuticos, modelos de associação de fármacos, indicações de monitorização, intervenção precoce nos efeitos secundários ou insuficiência analgésica, procedimentos de avaliação e ainda um sinal de preocupação de qualidade na abordagem da dor aguda.

Apesar de já existirem algumas orientações para a elaboração de protocolos, nunca é demais salientar a sua especificidade em relação à UDA a que pertencem.

Palavras-chave: Dor do pós-operatório. Unidades de Dor Aguda. Protocolos analgésicos. Segurança e eficácia. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Planeamento integrado. Analgesia multimodal. Náuseas e vômitos.

Abstract

The protocols are powerful elements of safety, efficacy and training, containing several criteria, therapeutic regimens, models of association of drugs, indications of monitoring, early intervention in side effects or inadequate analgesic, assessment procedures and a sign of concern for quality in approach of acute pain. Although there are already some guidelines for the elaboration of protocols, is never enough to emphasize its uniqueness in relation to the Acute Pain Service to which they belong. (Dor 2008;16(1):23-33)

Corresponding author: Isabel Serralheiro, isabelserralheiro@gmail.com

Key words: Post-operative pain. Acute Pain Service. Analgesic protocols. Safety and efficacy. National Plan to Combat Pain. Planning integrated. Multimodal analgesia. Nausea and vomiting.

Introdução

Com uma tão grande variedade de fármacos e métodos analgésicos efectivos que surgiram nos últimos anos, não seria de esperar um tão elevado número de doentes que continuam a referir uma analgesia insuficiente no pós-operatório. Segundo Wheatley e Madej, o maior obstáculo ao correcto alívio da DPO não tem sido a falta de métodos analgésicos efectivos, mas a falta de organização.

Foi da tentativa de organizar esta analgesia do pós-operatório que surgiram as recentes UDA, com os imprescindíveis protocolos analgésicos.

Os protocolos de actuação analgésica, com destaque para as mais eficazes e seguras formas de administração de opióides (PCA e via epidural), são elementos fundamentais no funcionamento de

uma UDA e têm como objectivos principais: proporcionar eficácia e segurança no tratamento da DPO, reduzir o risco de efeitos adversos, manter as capacidades funcionais do doente, sobretudo o seu bem-estar físico e psicológico, e melhorar a qualidade de vida do doente com dor aguda durante o período perioperatório.

A DPO é a mais frequente e importante causa de dor aguda, cuja intensidade pode ir de ligeira a intolerável.

A agressão cirúrgica envolve frequentemente estruturas da parede (pele, músculos, ossos, pleura e peritoneu), viscerais (tracto gastrointestinal, biliar, etc.) e nervosas, implicando que o quadro algico que dela resulta pode apresentar componente somática, visceral e neuropática.

Geralmente, esta dor é proporcional ao grau de destruição tissular e desaparece com a resolução do insulto (tem uma duração que pode ir de 24 horas a vários dias), reflectindo uma activação dos nociceptores, assim como uma patológica sensibilização periférica e central dos neurónios envolvidos. Na dor pós-cirúrgica, a

terapêutica analgésica inicial deve ser sempre mais forte e agressiva que nos dias seguintes, mas sempre adequada ao quadro algico.

Este tipo de dor tem uma importante função biológica de alerta para um qualquer acontecimento anómalo, desencadeando de imediato acções de carácter defensivo (respostas neurovegetativas, espasmo muscular), mas a resposta hormonal ao *stress* cirúrgico apresenta efeitos emocionais e fisiológicos adversos (altera o bem-estar de doente, interferindo com a respiração, mobilidade, sono e comunicação) que devem ser evitados, para protecção e conforto dos doentes.

Protocolos de analgesia do pós-operatório

A utilização de protocolos em analgesia do pós-operatório tem uma importância fundamental porque:

- Constituem uma forma organizada de transmissão das indicações mais relevantes da actuação analgésica, desde as opções farmacológicas às decisões de actuação perante ocorrências possíveis ou esperáveis.
- Incluem fármacos cuja escolha se baseia na eficácia validada pela evidência científica.
- Ajudam a uniformizar procedimentos que vão permitir, com maior eficácia e segurança para o doente, que os profissionais envolvidos nos cuidados pós-operatórios do doente adquiram hábitos e experiência.
- Implicam multidisciplinaridade na sua elaboração.
- Servem de divulgação à boa prática de prescrição analgésica.
- Evidenciam a organização ou o espaço para que se alcance essa organização, tão necessária à boa prática clínica nesta área.

A existência de protocolos analgésicos não pretende retirar, de modo nenhum, a liberdade de prescrição de cada anestesista. Ela pretende garantir metodologias comuns na abordagem da dor cirúrgica, que representem a experiência e as realidades anestésica e cirúrgica do hospital a que pertencem, que facilitem a todos os profissionais envolvidos uma rápida e correcta identificação com os processos utilizados e contribuam para treinar a rotina de vigilância e de reconhecimento de critérios de intervenção perante o aparecimento de qualquer acontecimento esperado ou inesperado.

Os protocolos analgésicos são um instrumento de garantia das condições de segurança dos doentes e da eficácia das terapêuticas utilizadas.

Bases para elaboração de protocolos de analgesia do pós-operatório

Com base nas orientações do Plano Nacional de Luta Contra a Dor e de prestigiadas associações científicas nacionais e internacionais, foram emitidas orientações para o tratamento da DPO.

Estas orientações não passam de sugestões, devendo ser adaptadas às conjunturas de cada hospital que passam por:

- Tipo de doentes (pediátricos, idosos, debilitados, etc.).
- Monitorização disponível e espaço físico onde vai permanecer o doente (UCPA, Sala de Operados, Sala de Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos, enfermaria...).
- Disponibilidade de cuidados de enfermagem adequados.
- Tipo de cirurgia (ambulatório, internamento, internamento de curta duração).
- Presença de anestesista disponível 24 sobre 24 horas.

Os protocolos de actuação analgésica devem:

- Reflectir o conceito de planeamento integrado: a ideia do planeamento integrado deve presidir à elaboração dos protocolos para o tratamento da dor aguda do pós-operatório, ou seja, deve existir um processo de integração do controlo da dor nos cuidados perioperatórios dos doentes. Esta integração deve basear-se no reconhecimento da vantagem da escolha de técnicas analgésicas que se possam associar e/ou complementar nos períodos pré e intra-operatório e que possibilitem a sua continuação no período pós-operatório, promovendo um adequado e eficaz alívio da dor aos doentes operados..
- Adoptar metodologias de analgesia multimodal: os protocolos devem basear-se numa analgesia balanceada ou multimodal, ou seja, devem reflectir a adopção de atitudes anti-álgicas em tempos diferentes do período perioperatório, com utilização de fármacos de diferentes grupos, que tenham a capacidade de interferir selectivamente nos diferentes processos da nocicepção (transdução, transmissão e modulação). Por outro lado, as alterações no SNC persistem para além da duração do estímulo e este provoca um estado de sensibilização central que amplifica os impulsos subsequentes e agrava a DPO. Se bloquearmos a transmissão dos estímulos ao longo de todo o seu trajecto, pode-se obter uma redução da intensidade da dor, menor consumo de analgésicos e menor tendência para evoluir para dor crónica. Alguns fármacos adjuvantes, como a quetamina, tornam-se interessantes ao actuar nestes níveis de transmissão. São necessários mais estudos para definir doses e vias de administração.
- Elegir técnicas analgésicas preferenciais. A eleição dessas técnicas preferenciais deve ter como base:
 - A experiência do serviço relativamente ao tipo de cirurgias efectuadas no hospital, especialidades cirúrgicas existentes e intensidade dos quadros algicos gerados no intra e pós-operatório.
 - A análise dos resultados obtidos ao longo dos anos de actividade da UDA, com as

modalidades analgésicas praticadas no serviço.

- A aceitação pela maioria dos elementos do Serviço de Anestesiologia.
- A actualização científica à luz da medicina baseada na evidência e no resultado dos vários consensos, cuja consulta é fundamental.
- Poder ser prescritos e iniciados por qualquer clínico da UDA.
- Ser facilmente identificados por todos os intervenientes, principalmente pelos enfermeiros, que têm a responsabilidade de garantir a sua vigilância e controlo.
- Ter uma denominação simples, acordada com a farmácia.
- Ter em destaque os fármacos e a forma de preparação, para que não reste qualquer dúvida. O método de administração (via ev., epidural, PCA, etc.) também deve estar em destaque.
- Ser claros na apresentação da analgesia: a posologia deve estar referida com clareza, desde o ritmo correcto de uma perfusão à dose de qualquer administração directa e a frequência com que deverá ser repetida. Todos os protocolos devem ter alternativas de recurso a analgésicos de resgate, para permitir ao enfermeiro intervir imediatamente em situação de descontrolo analgésico.
- Apresentar normas de intervenção: os protocolos de analgesia devem abranger a prescrição analgésica e a gestão de efeitos adversos. Assim, devem ter normas relativamente a manifestações de ineficácia terapêutica, efeitos acessórios e complicações, desde a administração de fármacos, adopção de atitudes pré-estabelecidas como a substituição ou interrupção do protocolo ou a chamada do clínico a quem caiba, nesse momento, a responsabilidade de intervir, para que o enfermeiro possa agir prontamente.
- Ter instruções acessórias e caracterização dos fármacos que constam nos protocolos.

Elementos que devem estar mencionados num protocolo de analgesia de uma Unidade de Dor Aguda

Assim como as UDA têm características próprias consoante o hospital a que pertencem, também os protocolos de actuação analgésica são específicos de cada hospital, pelo que não faz qualquer sentido importá-los de um hospital para outro.

Os protocolos de actuação analgésica das várias UDA partem todos de princípios comuns, já referidos, mas vão evoluindo de modo diferente consoante as particularidades algicas comuns aos doentes desse hospital, às características do próprio hospital e dos técnicos de saúde que nele trabalham, e à dinâmica e empenhamento dos elementos da própria unidade.

O aspecto gráfico dos protocolos tem um papel fundamental, devendo salientar a informação mais importante.

Toda a informação contida nos protocolos deve estar numa linguagem simples, tentar esclarecer todas as dúvidas que possam surgir na sua aplicação e ser actualizada regularmente.

Informação a incluir num protocolo:

- Denominação do protocolo: esta denominação deve ser programada com o Serviço de Farmácia e permitir a sua identificação na totalidade, apenas pela sua menção. Essa identificação pode ser feita de vários modos, como por exemplo pelo tipo de cirurgia a que se destina, por uma sequência lógica de letras representativas dos fármacos e técnicas neles envolvidos, por um número ou por um misto destas formas (forma adoptada na UDA do IPOLFG-EPE). Por exemplo, a sequência CONV_06, em que «CONV» representa que se está a prescrever uma técnica convencional de analgesia (não necessita da intervenção directa do anestesista para ser iniciada) e «06» corresponde à associação de dois fármacos, paracetamol e tramadol, por via ev., cada um com uma periodicidade de oito horas, de modo a que o doente de quatro em quatro horas receba uma dose de um dos fármacos.
- Fármaco ou combinação de fármacos: deve ser exibido em destaque o fármaco ou combinação de fármacos que, numa primeira linha e de forma regular, dele fazem parte, bem como o método de administração (via ev., epidural, PCA, etc.) a utilizar.
- Equipamento: poderá ser referido o tipo de equipamento a utilizar para a administração de fármacos, quando tal se justifica.
- Caracterização dos fármacos: é importante para os outros profissionais não-anestesiologistas, pouco familiarizados com analgésicos e adjuvantes.
- Modo de preparação: são essenciais as instruções sobre o modo mais adequado de preparação dos fármacos ou misturas analgésicas, para que não haja engano entre preparações efectuadas por pessoas diferentes, não esquecendo nunca a rotulagem.
- Posologias: referência, com muita clareza, às posologias, desde o ritmo correcto de uma infusão, à dose de qualquer administração directa e à frequência com que deverá ser repetida.
- Analgesia de resgate: este tipo de analgesia é obrigatório em qualquer protocolo, com excepção, como é óbvio, na PCA.

Tendo em atenção que a dose inicial de um analgésico deve ser a dose mínima eficaz e que há variabilidade no limiar à dor, esta analgesia de resgate permite à enfermeira controlar a dor nos doentes em que a dose inicial foi insuficiente. Todos os protocolos deverão incluir sempre

uma ou mais formas de administração de analgésicos de resgate, para permitir ao enfermeiro responsável pelo doente a possibilidade de interferir imediatamente em situação de descontrolo analgésico. Sempre que for administrada analgesia de resgate, a enfermeira deve registar a hora da administração e a intensidade da dor antes e depois da administração.

- Monitorização de efeitos adversos e complicações: todos os parâmetros a monitorizar e a periodicidade dos registos devem estar enumerados sistematicamente, para que nada fique ao acaso. Os protocolos devem conter elementos precisos de avaliação contínua e regras bem estabelecidas para que o enfermeiro possa actuar. Em toda a analgesia do pós-operatório existem problemas frequentes ou preocupantes como a dor ou insuficiência analgésica, a presença de sedação excessiva ou de agitação, as náuseas e vômitos, os problemas hemodinâmicos (bradicardia, hipotensão, etc.) e os respiratórios (bradipneia, depressão respiratória, etc.). É fundamental que o enfermeiro saiba se pode administrar algum medicamento para a bradicardia ou hipotensão e em que limites, se tem indicação para recorrer a antieméticos ou em que circunstâncias se torna imprescindível chamar o médico responsável pela analgesia ou pela organização.
- Indicações para chamada do anestesista: devem existir indicações específicas para a chamada do anestesista, como é o caso de não haver alívio da dor após o primeiro resgate ou do aparecimento de efeitos acerbos ou complicações.
- Contacto de urgência: todos os protocolos devem ter referência ao número de contacto móvel que deve estar disponível 24 horas por dia.
- Duração: os protocolos analgésicos têm um tempo de validade, a partir do qual o doente deve ser reavaliado pelo anestesista responsável nesse dia pela UDA, que vai intervir no sentido de o manter, substituir ou suspender.

Nas páginas 25, 26 e 27 incluem-se, a título de exemplo, três protocolos diferentes, utilizados na UDA do Serviço de Anestesiologia do IPOLFG-EPE.

Os dois primeiros protocolos são exemplos de modelos de analgesia não-convencional (necessitam da intervenção directa do anestesologista para serem iniciados), o primeiro protocolo de analgesia por via epidural, o segundo para analgesia por PCA e o terceiro para analgesia convencional. Nos dois primeiros, surge a associação, por via ev., com paracetamol, cumprindo o propósito multimodal que deve ser comum a todos os protocolos.

Será principalmente através dos protocolos que o enfermeiro terá margem de manobra para actuar, pelo que deverá conhecê-los e desfazer previamente qualquer dúvida que os mesmos lhe suscitem.

Um protocolo representa uma linha de conduta, que deverá ser respeitada e cumprida. Está em jogo a segurança do doente, a responsabilidade de quem executa as instruções e de quem as elaborou.

Outros protocolos

Nas UDA não existem só protocolos para o tratamento da dor. Da análise e tratamento estatístico dos registos, surgiu a necessidade de começar a protocolar outros procedimentos relacionados, de alguma forma, com a utilização dos protocolos analgésicos, como é o caso da profilaxia das náuseas e vômitos.

Na página 28 apresenta-se o protocolo das náuseas e vômitos utilizado na UDA do IPOLFG-EPE.

Registos de vigilância e de ocorrências

Em muitas das UDA optou-se por apenas haver folhas de registos permanentes e a horas certas nos programas que envolvam as modalidades não-convencionais de analgesia – epidural, PCA – para não sobrecarregar o intenso trabalho de registo de dados a que a rotina pós-operatória de vigilância obriga os enfermeiros.

A título de exemplo, apresenta-se nas páginas 29 e 30 as folhas de registo utilizadas na UDA do IPOLFG-EPE para os doentes a fazer analgesia por cateter epidural e por PCA.

Assim, os doentes sob terapêuticas analgésicas convencionais, menos agressivas e que não colocam tantas preocupações em termos de segurança, são sujeitos a avaliações menos frequentes e não obrigatoriamente registadas, para além dos registos da rotina de enfermagem relativos aos sinais vitais (dor = 5.º sinal vital). Claro que se surgir qualquer ocorrência deverá ser encarada com o mesmo rigor, solucionada segundo o protocolo, se existir, e devidamente registada.

No âmbito de uma UDA em pleno funcionamento, é fundamental a existência de registos criteriosos de toda a actuação analgésica do pós-operatório, com os respectivos protocolos de actuação terapêutica e de vigilância, reflectindo os critérios de monitorização específica.

Os registos de cada doente deverão ser completados e analisados diariamente, por um elemento da UDA e em conjunto deverão ser periodicamente submetidos a análise estatística, de modo a avaliar a eficácia e segurança da actuação da unidade.

Dessa análise devem resultar:

- Modificações de protocolos, que levem a um melhor desempenho da unidade.
- Confirmação da eficácia e segurança dos restantes protocolos.
- Análise do grau de satisfação dos doentes e dos profissionais que nela participam.

Os registos e a sua análise detalhada constituem assim a base da dinâmica sobre a qual assenta uma UDA, que leva a que os protocolos terapêuticos e de registo estejam periodicamente a ser modificados.



PROTOCOLO ANALGÉSICO

N-Conv_A

EPIDURAL CONTÍNUA

MORFINA (0,05 mg/ml) + ROPIVACAÍNA (0,1%)
[Em seringa infusora de 50 ml]

Modo de preparação:

Alternativa 1. Adicionar:
20 ml de ropivacaína 0,2% (2 mg/ml)
0,2 ml de morfina 1% (2 mg = 1/5 ampola)
SF até 40 ml

Alternativa 2. Adicionar:
6,5 ml de ropivacaína 0,75% (7.5 mg/ml)
0,25 ml de morfina 1% (2,5 mg = 1/4 ampola)
SF até 50 ml

Indicações possíveis: CIRURGIA MAJOR TORÁCICA e/ou ABDOMINAL, GINECOLÓGICA, UROLÓGICA

ANALGESIA

- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora; REGISTO DA INFUSÃO PRESCRITA →
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de **PARACETAMOL EV** (1 frasco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos com **score analgésico = 3** ou um registo com **score analgésico = 4**, comunicar ao anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Perante um registo de **sedação com score = 3**, que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (Tel: 4151);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0.1 mg EV (= a 1/4 da ampola) de **naloxona 0.04%** (correspondente a 0.25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré -cheia, têm 0.4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Suporte respiratório com O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **bradicardia (FC abaixo de 50 bpm)**, administrar 0.5 mg (= a 1 ampola) de **atropina** (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar **lactato de ringer** (100 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 3 mg (1 ampola) EV de **granisetron** ou 8 mg (1 ampola) de **ondansetron**; se a situação não for controlável, chamar o anestesista (Tel: 4151).

INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**;

CARACTERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTES PROTOCOLOS:

MORFINA: Analgésico opióide agonista total.

ROPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de acção central

NALOXONA: Opióide antagonista total

ATROPINA: Parasimpaticolítico

METOCLOPRAMIDA: antiemético antagonista dos receptores da dopamina

GRANISETRON / ONDANSETRON: antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina



PROTÓCOLO ANALGÉSICO

N-Conv_D

PCA *por via EV*

MORFINA (1 mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

Modo de preparação:

Adicionar 5 ml de morfina 1% (50 mg = 5 ampolas) a 45 ml de SF

Programação da máquina de PCA:

Loading-dose: não programar
 Concentração: 1 mg/ml
 Bolus: 1 mg
 Lockout: 8 min
 Background: 0,3 - 0,5 mg / hora
 Máximo em 4 horas: 25 mg

Indicações: QUALQUER TIPO DE CIRURGIA MAJOR

ANALGESIA

- Administrar uma dose de carga, por via EV, escolhendo uma das 3 seguintes formas:
 - 1) 10 mg de morfina EV, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou
 - 2) 5 mg de morfina EV no final da cirurgia; ou
 - 3) titulando a dose necessária, na UCPA, EV, à cabeceira do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL EV (1 frasco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos com **score analgésico = 3** ou um registo com **score analgésico = 4**, comunicar ao anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Perante um registo de **sedação com score = 3**, que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (Tel: 4151);
- Se o doente apresentar uma **frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min**, **CHAMAR O ANESTESISTA (Tel: 4151)**. Se necessário, administrar 0.1 mg EV (= a 1/4 da ampola) de **naloxona 0.04%** (correspondente a 0.25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0.4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Suporte respiratório com O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de **náuseas e vômitos**, administrar 10 mg (1 ampola) de **metoclopramida** todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a metoclopramida e administrar 3 mg (1 ampola) EV de **granisetron** ou 8 mg (1 ampola) de **ondansetron**; se a situação não for controlável, chamar o anestesista (Tel: 4151).

INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Substituir a morfina sempre que a infusão terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante alguma alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço Tel: 4151

CARACTERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTÓCOLO:

MORFINA: Analgésico opióide agonista total. **PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de acção central
METOCLOPRAMIDA: antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON / ONDANSETRON: antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina
NALOXONA: Opióide antagonista total



PROTOCOLO ANALGÉSICO

Conv_06

TRAMADOL + PARACETAMOL

Indicação: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS INTERMÉDIOS [expectativa de dor de intensidade mais elevada: "média/alta"]

Exemplos: . Ressecção intestinal segmentar;
. Cirurgia cervico-facial;
. Histerectomia simples;

NOTA: . Protocolo alternativo ao CONV_8, para doentes impossibilitados de fazer Parecoxib

ANALGESIA

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de **TRAMADOL** diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir EV em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com **TRAMADOL** 8/8 horas, 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola) a infundir EV em 15 minutos;
- 1 grama de **PARACETAMOL** a infundir EV em 15 minutos (1 frasco) de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com o Tramadol. Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a dose de carga de tramadol;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

ANALGESIA DE RESGATE (SOS)

Petidina, 25 mg em *bolus* EV lento (1 ml=1/2 ampola).
Parecoxib, 40 mg diluídos em 5 ml de SF (1 ampola), em *bolus* EV lento.

TERAPÊUTICA DAS NÁUSEAS E VÓMITOS

Metoclopramida, 10 mg EV (1 ampola), diluídos em 5ml de SF. Não repetir antes de 8 horas.
Se a situação não estiver controlável, chamar o anestesista de serviço (Tel: 4151)

VIGILÂNCIA

Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou, em alternativa, o anestesista de serviço (Tel: 4151);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (Tel: 4151);

CARACTERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTES PROTOCOLOS:

PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opiáceo, de acção central
PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da *cox-2*
PETIDINA: Analgésico opiáceo agonista total
TRAMADOL: Analgésico opiáceo agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptção de NA e 5HT
METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos receptores da dopamina
GRANISETRON / ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos receptores da serotonina.

PROFILAXIA DE NÁUSEAS E VÔMITOS NO POS-OPERATÓRIO

FÁRMACOS ANTIEMÉTICOS:

1. DEXAMETASONA [ev.] (5 mg)
2. DROPERIDOL [ev.] (1,25 mg)
3. PROMETAZINA [im.] (25 mg)
4. ONDANSETRON [ev.] (4 mg)
5. GRANISETRON [ev.] (1,5 mg)
6. METOCLOPRAMIDA [ev.] (10 mg)

Para medicação pré-anestésica (opcional):

HIDROXIZINA [per os] (25 mg)

FACTORES DE RISCO:

1. Sexo feminino
2. Não fumador
3. História de náuseas/vômitos em cirurgias anteriores
4. Duração da Cirurgia > 3 horas
5. Prescrição de opióides na Analgesia Pós-Operatória

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

Risco “0”:	Sem factores de risco
Risco “1”:	1 factor de risco
Risco “2”:	2 factores de risco
Risco “3”:	3 factores de risco
Risco “4”:	4 ou mais factores de risco

PROFILAXIA:

Risco “0”: Não fazer

Risco “1”: Não fazer (sugestão de hidroxizina “per os” na medicação pré-anestésica)

Risco “2”: Fazer 1 antiemético:

Dexametasona, 5 mg ev. (a preceder a indução anestésica)

Alternativa: DHBP, 1,25 mg ev. (no final da intervenção)

Risco “3”: Fazer 2 antieméticos:

Dexametasona, 5 mg ev. (a preceder a indução anestésica)

+

DHBP, 1,25 mg ev. (no final da intervenção)

Alternativa: Prometazina, 25 mg im. (próximo do final da cirurgia e se não tiver feito hidroxizina)

Se não puder: Granisetron, 1,5 mg ev. (no final da intervenção) ou Ondansetron, 4 mg ev. (no final da intervenção)

Risco “4”: Fazer 4 antieméticos:

Dexametasona, 5 mg ev. (a preceder a indução anestésica)

+

DHBP, 1,25 mg ev. (no final da intervenção)

+

Prometazina, 25 mg im. (próximo do final da cirurgia e se não tiver feito hidroxizina)

Se não puder: Granisetron, 1,5 mg ev. (no final da intervenção) ou Ondansetron, 4 mg ev. (no final da intervenção)

Operação: _____

IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ ASA: _____
 _____ Peso: _____

CATETER

Introdução: _____ Extremidade: _____

PROTOCOLO

Epidural

Analgesia

UCPA UCPA
 Chegada Saída 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas

Horas												
T.A.												
F.C.												
F.R.												
Sat O ₂												
Náuseas Vômitos Sudorese												
Sono 0, 1, 2, 3												
Dor 0, 1, 2, 3, 4												

SONO

- 0 = Perfeitamente acordado
 - 1 = Ligeiramente sonolento
 - 2 = Sonolento, dormindo muitas vezes
 - 3 = Só acorda quando estimulado

DOR

- 0 = Sem dor
 - 1 = Dor ligeira
 - 2 = Dor moderada
 - 3 = Dor intensa
 - 4 = Dor máxima

Operação: _____

IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ ASA: _____
 _____ Peso: _____

Pca

MÁQUINA E MODALIDADE

Modelo _____
 PCA (apenas bólus):
 PCA + perfusão:

DOSE DE CARGA

PROTOCOLO

UCPA UCPA
 Chegada Saída 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas 4 horas

Horas											
T.A.											
F.C.											
F.R.											
Sat O ₂											
Náuseas Vômitos Sudorese											
Dose Total											
Nº tentativ.											
T. eficazes											
Sono 0, 1, 2, 3											
Dor 0, 1, 2, 3, 4											

SONO

- 0 = Perfeitamente acordado
- 1 = Ligeiramente sonolento
- 2 = Sonolento, dormindo muitas vezes
- 3 = Só acorda quando estimulado

DOR

- 0 = Sem dor
- 1 = Dor ligeira
- 2 = Dor moderada
- 3 = Dor intensa
- 4 = Dor máxima

Bibliografia

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2004 Jun;100(6):1573-81.
- Caseiro, JM. A Organização da Analgesia do Pós-Operatório. Biblioteca da Dor. Publicações Permanyer Portugal; 2004.
- Crews JC. Multimodal pain management strategies for office-based and ambulatory procedures. *JAMA*. 2002;288(5):629-32.
- Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. 2001.
- Garcia MJ. Protocolos em Analgesia Pós-Operatória. Biblioteca da Dor. Publicações Permanyer Portugal; 2006.
- Wheatley RG, Madej TH. Organization of an Acute Pain Service. Em: Rice A, Warfield CA, Justins D, Eccleston C, eds. *Acute pain*. Cap. 9. Arnold Publishers; 2003. p. 183-202.

Problemática da Avaliação Regular da Dor Aguda no Pós-Operatório

Cármén Mendes

Resumo

Aborda-se quem, como e quando se efectua a avaliação da dor aguda no pós-operatório e os problemas e desafios que podem surgir nesse processo.

Palavras-chave: Dor aguda. Pós-operatório. Avaliação. Problemática.

Abstract

We write about who, how and when we assess post-operative acute pain and about the problems and challenges that can appear to us in that process. (Dor 2008;16(1):34-9)

Corresponding author: Cármén Mendes, jmpcmp@netcabo.pt

Key words: Acute pain. Post-operative pain. Assessment. Problems.

Introdução

Dor e sofrimento desnecessários devem-se frequentemente à incapacidade dos médicos perguntarem aos seus doentes sobre a sua dor ou de aceitarem e tratarem adequadamente as suas queixas. Qualquer serviço organizado de dor aguda deve zelar para que haja controlo de qualidade dos cuidados efectuados, daí ser crucial implementar rotinas de avaliação.

É insensato acreditar que prestamos a todos os doentes com dor o mesmo nível de qualidade de cuidados, independentemente dos nossos valores pessoais, preferências ou experiências dolorosas. Todos temos, consciente ou inconscientemente, preconceitos que podem interferir negativamente com a nossa prática clínica. Talvez seja preferível assumir que existem muitas dificuldades a ultrapassar na avaliação da dor e que a melhor estratégia é estabelecer regras que protejam os doentes e os profissionais de saúde de serem vítimas dessas influências.

Quem avalia a dor?

Havendo diversos modelos de UDA, o serviço deverá seleccionar o que melhor se adaptar à sua realidade prática.

Na Europa optou-se, em geral, por um modelo de avaliação da terapêutica no pós-operatório, baseado na enfermagem e tutelado por anesthesiologistas. A avaliação ou a tutela pelo anesthesiologista pode ser dificultada por numerosas contingências, como a falta de recursos humanos, que condiciona a nossa desculpa clássica de falta de tempo. Mas agiliza o processo, pois alia à capacidade de avaliação a validação da terapêutica prescrita ou a sua alteração, consoante os resultados obtidos.

Quando avaliar?

A frequência com que a dor é avaliada depende obviamente da situação. Múltiplos factores a determinam, incluindo características: da dor (duração, intensidade, resposta ao tratamento); de factores dependentes do doente, como as suas necessidades e estado físico; do plano terapêutico; da instituição¹. Convém ser avaliada logo no período pré-operatório e os doentes encorajados a informar o pessoal quando tiverem dor ou outros sintomas. Recentemente passou a ser um objectivo avaliar a dor por rotina, como 5.º sinal vital².

No período pós-operatório imediato deve ser avaliada com mais frequência:

- A intervalos regulares, de acordo com o tipo de cirurgia e a intensidade da dor (ex.: a cada duas horas, quando acordado, no 1.º dia de pós-operatório).
- Sempre que o doente refira dor.
- Após um intervalo adequado depois de cada intervenção analgésica (ex.: 30 minutos

Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia
IPOLFG-EPE, Lisboa

após terapêutica parentérica e uma hora após analgésicos orais). Aumentar a frequência das avaliações quando se altera a terapêutica ou a dor não está controlada³.

Devemos avaliar imediatamente queixas de dor inesperadamente intensa, sobretudo se súbita ou associada a alterações de sinais vitais. Febre, hipertensão, taquicardia ou oligúria podem indicar complicações, como deiscência da sutura, infecção ou trombose venosa profunda⁴.

Como avaliar a dor?

A dor deve ser avaliada em todos os doentes, é um direito destes⁴. A presença de dor indica a necessidade de avaliação; diagnóstico, este por vezes facilitado quando se trata de dor pós-operatória; planeamento da terapia e reavaliação após intervenção⁵.

Para uma abordagem concertada entre os membros da equipa de terapêutica de DPO deve haver⁶:

- Objectivos comuns: estabelecimento dos níveis funcionais e de conforto para o alívio da dor (ex.: intensidade da dor em repouso e em actividade).
- Linguagem comum: escalas de intensidade de dor, instrumentos estandardizados e formatos de registo e documentação.
- Bases comuns de conhecimentos: protocolos e *guidelines* de orientação clínica.
- Comunicação regular por meio de registos e relatórios estandardizados.

A estandardização dos instrumentos de avaliação de dor e de outros meios de colaboração entre os diversos intervenientes na analgesia facilita a comunicação e reduz atrasos em efectuar as alterações necessárias do plano terapêutico.

Mas medir apenas a intensidade da dor é insuficiente e pode levar a uma terapêutica incorrecta. Pretende-se avaliar globalmente não só a dor e o seu impacto funcional a nível físico e emocional, mas também as consequências da sua terapêutica, incluindo efeitos secundários⁷; validar os dados colhidos previamente e comprovar se a analgesia prescrita foi realmente efectuada ou se houve alguma alteração da medicação e quais as razões dessa alteração. Isso é facilitado pela existência de registos regulares⁸. Para avaliar os objectivos pretendidos, é importante conhecer também as expectativas do doente e a sua satisfação com o tratamento.

Escalas

Não há medidas objectivas de dor. Não se pode provar se alguém tem ou não dor. Sejam os comportamentos ou os sinais clínicos do doente, a opinião dos enfermeiros ou a dos médicos, nenhuma fonte de informação é tão segura ou fiável como o que o doente diz e nunca pode ser usada em vez disso⁹. Portanto, o *gold standard* para averiguar a existência e a intensidade

de uma dor é o relato do próprio doente: «Dor é aquilo que o doente diz que sente e existe sempre que ele o diz»¹⁰.

A avaliação álgica de rotina usando uma escala de dor fornece um meio útil para detectar dor não-identificada ou não-aliviada¹¹. Revela-se crucial para tentar medir a intensidade de dor, otimizar a terapêutica e ter meios objectivos de comparação.

A escala adoptada deve ser validada, fiável, apropriada para doentes de várias culturas, simples de perceber e de usar, tanto para o pessoal como para os doentes, barata e facilmente acessível. Numerosos métodos estão documentados como fornecendo medidas válidas da intensidade álgica¹²⁻¹⁴, mas algumas escalas de dor são mais adequadas do que outras para um determinado doente. Para cada indivíduo, a adopção de uma mesma escala estandardizada para medição, tanto no pré como no pós-operatório, diminui a confusão, tanto para o doente como para o pessoal. Entre as mais usadas estão as seguintes escalas:

- A EVA parece ser mais difícil de compreender e de usar em idosos ou outros doentes com problemas visuais, náuseas, ou com anestesia residual.
- A escala numérica de 0 a 10, oral ou por escrito, é muitas vezes preferida para pessoas que saibam contar até 10. É fácil de explicar, medir e registar e fornece números para avaliação de objectivos terapêuticos. Alguns médicos recomendam a adopção universal desta escala em adultos sem problemas cognitivos¹⁵.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Pior dor imaginável					

- A escala de faces de Wong-Baker é útil tanto em crianças como em adultos.
- A escala numérica de 0 a 5 correlaciona-se bem com a de 0 a 10 e é mais fácil de usar para alguns doentes com défices cognitivos.

O ideal é pedir ao doente para quantificar a máxima, a mínima e a média de dor que teve nas últimas 24 horas; a dor que tem agora e o grau de alívio com a medicação que a sua dor teve nas últimas 24 horas. Medir a dor em repouso e em actividade (mobilizações, respiração profunda, tosse...).

Para esclarecer as expectativas do doente e perceber se os objectivos de terapêutica analgésica foram alcançados, é também importante quantificar qual o nível de dor considerada aceitável para cada doente, no que respeita a não ser impeditiva da função. Numa escala de 0 a 10, níveis de 5 ou mais interferem significativamente com a função. Mas quando se avaliam níveis de conforto como objectivos funcionais, a maioria dos estudos afirma que se deve rever o plano terapêutico com *scores* de 3 ou superiores¹⁶.

Registos/formas de documentação

Todos os dados obtidos devem ser rigorosamente registados em folhas apropriadas, fáceis de ler e interpretar e rapidamente acessíveis. A elaboração dos formulários constitui um desafio, pois convém que sirvam também para informatização e comparar dados objectivamente, permitir estudos e avaliações num âmbito de controlo de qualidade. Existem publicados vários modelos que podem ser adaptados. Mas como cumprirão esses objectivos se forem mal preenchidos? É fácil esquecer ou negligenciar o seu correcto preenchimento, inviabilizando assim estudos comparativos. Mesmo com boa vontade, podem existir erros de concepção das folhas de registo – perguntas pouco claras, por exemplo, ou dificuldades em interpretar ou em registar sem adular o que o doente quer dizer.

O tempo limitado para avaliação de um número crescente de doentes ao longo da semana, associado à dificuldade em definir, por vezes, o momento da alta da avaliação analgésica complicam também o trabalho de recolha de dados. A formação, treino e motivação dos avaliadores são cruciais para a obtenção de bons resultados, assim como a reavaliação sistemática de todo o processo.

Outros problemas e desafios na avaliação da dor

Subjectividade – das perguntas, das respostas e sua interpretação

A subjectividade pode ser relativa ao doente e/ou a quem formula a pergunta ou interpreta a resposta. As experiências prévias são determinantes de medos e comportamentos condicionados que modelam a intensidade da dor. Como sabemos se o doente que grita de dor tem mesmo toda a dor que afirma? O oposto também ocorre: há quem manifeste uma grande tolerância à dor, por razões patológicas, culturais ou outras.

Por vezes, o doente não teve oportunidade de se queixar ou «não quis incomodar». É importante ser pró-activo e perguntar-lhe se tem dor, em vez de esperar que se queixe.

A subjectividade também intervém na quantificação que fazemos: «Tem muita ou pouca dor?». Daí a conveniência do uso de escalas.

Ausência de avaliação/avaliação insuficiente ou deturpada pelo clínico avaliador ou pelo próprio doente

Conhecimentos inadequados: quando o médico não está actualizado sobre os princípios de terapêutica antiálgica, pode atribuir ao doente a culpa da falência do tratamento prescrito. Por ex., se este refere dor duas horas após a medicação, pode precisar que se reveja a analgesia, em vez de ser desconsiderado por ser «piegas».

A dor é facilmente subestimada: muitos estudos revelam que a ausência ou insuficiência de avaliação e as divergências entre a intensidade

de dor medida pelos avaliadores e a referida pelo doente são causas importantes de terapêutica antiálgica inadequada¹⁷. É essencial aceitar que o doente é o melhor avaliador da sua dor. O pessoal de saúde pode ter a sua própria opinião, mas a sua prática profissional não deve fundamentar-se nela. Sabemos quando estamos a ser afectados pelos nossos preconceitos, pelas nossas interpretações por vezes dúbias?

Eis alguns factores que frequentemente não consciencializamos, mas influenciam a nossa prática clínica:

- Aparência física: médicos e enfermeiros interpretam como tendo menos dor os doentes mais atraentes e os que não a exprimem fisicamente (expressão facial)¹⁸.
- Sexo: diversos estudos compararam as opções de medicação e concluíram que há tendência para submedicar o género feminino^{19,20}.
- O sexo do avaliador também interfere na avaliação. Por exemplo, os doentes do sexo masculino tendem a referir menos dor frente a uma avaliadora do que quando o avaliador é um homem²¹.
- Idade: muitos idosos e crianças de tenra idade são submedicados, por receio de complicações ou por se pensar que não têm tanta dor. As queixas de dor intensa num idoso podem até ser mais facilmente aceites do que num jovem, mas é provável que o idoso receba menor dose analgésica do que este²².
- Raça/cultura: num estudo de 454 doentes que receberam opióides por PCA ev. no pós-operatório, verificou-se ser diferente a dose de opióide prescrita a asiáticos, negros, hispânicos e brancos, prescrevendo-se mais analgésicos aos negros e aos brancos e menos aos hispânicos. Não se verificaram no entanto diferenças entre estes grupos na quantidade de opióide autoadministrada²³.
- Experiência álgica do avaliador: o pessoal de saúde que já teve dores fortes tende a quantificar maior nível de dor nos doentes, do que o que não teve essa experiência²⁴.
- Estilo de vida: as opções de analgesia podem variar com o tipo de vida do doente, considerado mais ou menos irresponsável. Num estudo sobre a actuação de enfermeiros, estes afirmavam que não queriam que os seus valores pessoais interferissem na qualidade dos seus cuidados, mas declaravam que os outros colegas não tratavam todos os doentes do mesmo modo. Diziam, no entanto, que não gostavam de certos doentes e que precisavam de orientação sobre como prevenir que esse facto interferisse no seu modo de actuação²⁵.
- Não aceitar a intensidade de dor referida pelo doente: as respostas comportamentais do doente interferem significativamente nas avaliações e decisões terapêuticas. Muitos acham que os doentes exageram o seu nível

de dor. Vários estudos afirmam que médicos e enfermeiros subavaliam a dor em quase 50% dos casos e, mesmo usando escalas, alguns registam um número inferior ao referido pelo doente^{22,26,27}. Ora, subestimar a dor contribui para menor eficácia do tratamento.

Não tratar a dor quando esta é referida: por vezes, os clínicos avaliam correctamente a dor mas guiam a terapêutica pelo que eles próprios pensam e não pelas afirmações do doente. Barreiras institucionais também contribuem para o subtratamento, como a impossibilidade do enfermeiro titular doses ou administrar analgesia de resgate.

Informação do doente: falar com os doentes no período pré-operatório sobre a terapêutica a que irão ser sujeitos e a sua forma de avaliação é importante, pois reduz a ansiedade e melhora a colaboração destes com os profissionais de saúde.

Não há um limiar de dor uniforme: estímulos comparáveis não originam a mesma dor em pessoas diferentes e nem sequer no mesmo doente, em circunstâncias diversas.

Também a tolerância à dor varia de doente para doente, dependendo de factores como a hereditariedade, estado físico, personalidade e experiências prévias. Pessoas com dor crónica podem ser mais sensíveis à dor e a outros estímulos²⁸. Identificar o nível de tolerância é, pois, importante para prover uma analgesia eficaz.

Doentes estóicos podem minimizar ou negar a dor e recusar analgésicos. Uma resposta estóica é valorizada em muitas sociedades e muitos clínicos não gostam de doentes com baixa tolerância à dor, mas isso não deve ser impeditivo de a tratar.

Quando a etiologia da dor é desconhecida ou parece insuficiente para a intensidade referida, por vezes atribui-se isso ao estado emocional do doente e a terapêutica analgésica é negligenciada. Ora, o facto de não encontrarmos uma causa para a dor não faz que ela deixe de existir ou seja de origem psicogénica. Há ainda muito que não sabemos. Por exemplo, a dor gera frequentemente ansiedade, mas não é certo que a ansiedade agrave a dor. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, portanto a sua avaliação deve incidir na combinação de factores físicos e psicológicos e ambos devem servir para orientar a terapêutica. Devemos perguntar-nos: «Porque é tão difícil acreditar que este doente tem dor?». Até que a relação entre dor, ansiedade, depressão e outros estados emocionais seja esclarecida, o melhor é assumir que a dor causa estas respostas emocionais e não o contrário.

Por vezes interpretamos erroneamente certos comportamentos ou a ausência deles. Devemos considerar todas as possíveis razões para qualquer discrepância entre a dor referida pelo doente e o seu comportamento. Isso pode ser um reflexo de estratégias para lidar com a dor. Por exemplo, alguns doentes tentam não pensar na dor usando técnicas de relaxamento, vendo televisão, falando ou até rindo com amigos^{4,29}.

A falta de expressão não significa necessariamente ausência de dor. Mesmo doentes com dor intensa podem adaptar as suas respostas fisiológicas e comportamentais, havendo períodos nos quais os sinais de dor são mínimos ou ausentes. Num indivíduo relativamente saudável, o corpo tende para a homeostase, logo, indicadores fisiológicos como a hipertensão e a taquicardia podem desaparecer apesar de a dor se manter intensa. Se sofrer de hipotiroidismo ou desidratação, patologias frequentemente associadas a hipotensão arterial, isso terá muito mais impacto sobre os sinais vitais do que a dor em si. O sono ou a sedação podem ser confundidos com a ausência de dor, mas sedação não é o mesmo que analgesia e um doente com dor intensa também pode adormecer. A ausência de sinais objectivos pode levar um avaliador sem experiência a afirmar que o doente «não parece ter dor». Mas os sinais fisiológicos e comportamentais não são sensíveis nem específicos da dor e devemos usá-los apenas quando o paciente é ou está incapaz de comunicar⁷.

O conhecimento que os doentes têm das expectativas do pessoal de saúde sobre os comportamentos de dor também influencia o processo. Estudos sobre PCA revelaram que os doentes preferiam esse método por ser melhor do que esperar pelos enfermeiros, mas também porque isso os protegia de terem de lhes mostrar sofrimento³⁰. Aparentemente, os doentes estão atentos aos comportamentos que se esperam deles, ou aprendem-nos rapidamente, e mudam na presença do avaliador ou em determinadas circunstâncias. Por vezes ficam indecisos, por não saberem que atitude adoptar para convencer um médico ou enfermeiro desconhecido, precisamente porque as expectativas destes diferem, em relação ao doente e seu comportamento.

Doentes esclarecidos vs doentes com adição: se um diabético nos disser que precisa de x unidades de insulina de tantas em tantas horas, pensamos que é uma pessoa esclarecida sobre a sua doença. Mas se um doente, do mesmo modo, nos disser que precisa de opióides, sobretudo se for um ex-toxicodependente, muitos médicos pensarão logo em comportamentos de procura de droga. Mas poderá ser apenas o caso de estarmos a lidar com uma pessoa informada sobre a sua dor, que conhece a terapêutica que melhor resultou anteriormente e procura alívio. Devemos sempre questionar-nos: «Que mais pode este comportamento querer dizer? Será que este doente tem dor?».

Doente que nega dor ou recusa analgesia/resistência a um novo plano terapêutico

Quando alguém nega ter dor, os médicos devem aceitar isso, pois o que o doente diz é o indicador mais fiável de dor. No entanto, se o comportamento deste, a sua patologia ou outros achados sugerem a existência de dor, devemos explorar essa aparente contradição com o doente e família. A dor tem consequências físicas e psicológicas,

portanto tentemos encorajar doentes que estejam relutantes em falar da sua dor ou em tratá-la²⁸.

Por vezes a negação da dor relaciona-se com o efeito «energizante» ou de distração das visitas do pessoal de saúde: o doente pode referir dor antes e depois, mas a visita clínica funciona como um placebo e o doente, honestamente, refere sentir-se bem nesse momento. É, pois, importante questioná-lo bem e verificar os registos para determinar o que sucedeu antes da visita. Alguns, sobretudo os jovens, não referem dor por inferirem que o pessoal de saúde já sabe que a têm. Outros acreditam simplesmente que os «bons» doentes não se queixam de dor.

Por vezes, o doente reconhece que tem dor mas recusa analgésicos. Temos de respeitar os seus desejos mas, mais uma vez, as razões e as consequências dessa conduta devem ser esclarecidas. Pode dar-se o caso de temer os efeitos secundários da terapêutica. Por exemplo, recusar morfina por medo de se tornar tóxicodependente. Doentes, sobretudo oncológicos, podem temer que o aumento da dor seja causado pelo agravamento da sua patologia e recearem que ao queixarem-se possam desviar o médico do objectivo de curar a doença.

Problemas ou incapacidade de comunicação: este grupo abrange desde doentes conscientes mas incapazes de falar ou não-verbais, a doentes impossibilitados de comunicar por estarem inconscientes ou sob sedação profunda. Exemplos são as crianças que ainda não falam ou os muito idosos; indivíduos pouco colaborantes por estarem gravemente doentes, ou por distúrbios emocionais ou doenças do foro psiquiátrico (psicoses, demências, desorientação ou agitação psicomotora); pessoas com défices cognitivos, ou com barreiras de linguagem, culturais ou educacionais.

O que fazer? Como o indicador mais fiável de dor é o relato do próprio doente, devemos esforçar-nos por o obter, mesmo em casos mais complicados.

Doentes com défices cognitivos

Um estudo com 758 pessoas com défices cognitivos concluiu que «embora eles possam referir ligeiramente menos queixas, os seus relatos de dor são geralmente tão válidos como as de pessoas sem esses défices»³¹. Muitos, mesmo com défices substanciais, podem usar correctamente escalas de avaliação de dor: antes de serem considerados inaptos para responder a uma determinada escala deve-lhes ser dado pelo menos 30 segundos para pensar e a escala repetida pelo menos três vezes³².

Os métodos e ferramentas de avaliação devem adequar-se à população a estudar. Existem escalas de dor para, por exemplo, doentes com Alzheimer, que se servem de comportamentos potencialmente indicativos de dor, como:

- Expressões faciais: testa franzida, caretas ou esgares de dor, expressão receosa, tristeza, contracção muscular periorbitária e peribucal.

- Movimentos físicos: agitação, balanço repetido, imobilidade, movimentos lentos, cautelosos ou de defesa, rigidez, tensão generalizada, tentativa de chamar a atenção.
- Vocalizações: gemer, lamentar-se, chorar, suspirar¹⁰.

No entanto, em pessoas com demência pode haver bloqueio das respostas fisiológicas à dor: é preciso, pois, ser mais cauteloso e atento quando se utilizam indicadores comportamentais ou fisiológicos de dor³³.

Em idosos com alterações cognitivas, podemos por vezes servir-nos de escalas de dor mais fáceis de usar por estes, como uma escala de 0 a 5, e usar sinónimos de dor, como desconforto, queimadura, peso ou aperto. Impõe-se evitar pressa na avaliação, para lhes dar tempo para processar a informação e responder.

Nas crianças, sobretudo nas pré-verbais, pode também haver dificuldade em discriminar entre dor e ansiedade. A nossa abordagem deve ter em conta o estágio de desenvolvimento destas:

- Nos bebés, estar atento ao choro e a reflexos de defesa ou retirada.
- Em crianças em idade pré-escolar, reparar nos lábios crispados, olhos muito abertos, movimentos de balanço ou de esfregar, comportamentos defensivos como morder, esmurrar ou dar pontapés, fugir.

Após os três anos, já colaboram melhor e podemos usar escalas como a das faces.

Indivíduos de diferentes culturas ou etnias exprimem a dor e o sofrimento de modos diversos e podem ter expectativas e preferências diferentes quanto ao tratamento. É desejável falar ou usar instrumentos de avaliação na sua própria linguagem ou adaptados para serem facilmente perceptíveis. Se minimizam o desconforto, por medo ou factores culturais, estar atento a parâmetros indicativos de dor não-aliviada, como limitações na sua actividade ou mobilidade. No caso de estrangeiros, pode ser necessário um intérprete, nem sempre disponível.

Em pessoas conscientes mas com dificuldade de comunicação por intubação traqueal ou traqueostomia, podemos conseguir respostas escritas ou gestuais.

Quanto aos doentes inconscientes, devemos assumir que eles podem sentir dor e analgesiá-los se está presente alguma causa ou expressão de dor.

Podemos hierarquizar a relevância das medidas básicas de intensidade algica do seguinte modo^{9,34,35}:

- Autoavaliação do doente usando uma escala de dor (ex.: 0 a 10).
- Existência de patologias ou procedimentos geradores de dor.
- Comportamento (expressão facial, movimentos corporais, choro...).
- Queixas de dor relatadas por familiares ou pessoas que conheçam bem o doente: podemos perguntar-lhes sobre a intensidade de dor que pensam que este tem.

- Parâmetros fisiológicos: constituem os indicadores de dor menos sensíveis.

Conclusão

Quando um doente refere dor, é da responsabilidade do profissional de saúde aceitar e respeitar o que ele diz e efectuar uma avaliação e terapêutica adequadas.

Se bem que a existência concreta ou não de uma UDA organizada e os distintos meios ao dispor de cada hospital e serviço possam condicionar a avaliação da dor, devemos tentar uniformizar os métodos e os critérios de avaliação desta, para que um mínimo de esforço e de recursos possam gerar o máximo de resultados válidos. Só assim se poderá tirar conclusões que possam ser úteis a todos.

Devemos pesquisar a existência de limitações à capacidade de comunicar ou de usar os nossos instrumentos de medida e adaptar a linguagem à compreensão do doente; utilizar escalas e indicadores de dor adequados à população a estudar. Avaliar doentes incapazes de nos dizerem qual a intensidade da sua dor requer o uso de indicadores menos fiáveis. Convém lembrar que a dor é subtratada mesmo em doentes que se conseguem exprimir bem, quanto mais nos que não se queixam adequadamente. Se houver alguma razão para suspeitar de dor, uma tentativa de analgesia pode ser um teste simultaneamente diagnóstico e terapêutico⁹.

A mensagem essencial sobre a avaliação álgica é fácil de resumir: perguntar aos doentes sobre a sua dor, aceitar e respeitar o que eles dizem, analgesiar e voltar a perguntar-lhes sobre a sua dor. Constitui um círculo de avaliação, intervenção e reavaliação. Sem isto, muitos continuarão a sofrer desnecessariamente.

De outro modo, para resumir em tom de graça alguns dos problemas a considerar na avaliação analgésica, direi que podemos ensinar ao doente o que fazer para ser «melhor analgesiado»: «referir dor compatível com o diagnóstico, evitar mostrar a sua ansiedade ou depressão, parecer idoso mas resistente, não admitir consumo de drogas de qualquer espécie, ser fisicamente pouco atraente, fazer caretas de dor, coxear, escolher médicos e enfermeiros com experiências pessoais de dor intensa e livrar-se de ser criança, mulher ou de uma minoria étnica»⁶.

Bibliografia

- Field MJ, Cassel CK, eds. Committee on Care at the End of Life. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1997.
- Campbell J. Pain as the 5th vital sign [presidential address]. *American Pain Society*; November 11 1996.
- Jacox AK, Carr DB, Chapman CR, et al. *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma Clinical Practice Guideline No. 1*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. AHCPR publication 92-0032.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain management standards*. Effective January 1, 2001. Available at: www.jcaho.org/standard/pain_hap.html. Accessed September 2001.
- Booss J, Drake A, Kerns RD, et al. *Pain as the 5th Vital Sign Toolkit*. Geriatrics and Extended Care Strategic Healthcare Group, National Pain Management Coordinating Committee, Veterans Health Administration. Revised edition. October 2000.
- McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual*. Mosby, Inc; 1999.
- Debra B, Gordon RN, et al. *American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management - American Pain Society Quality of Care Task Force*. *Arch Intern Med*. 2005;165:1574-80.
- Wilson PR, Caplan RA, Connis RT, et al., for the American Society of Anesthesiologists, Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Practice guidelines for chronic pain management*. *Anesthesiology*. 1997;86(4):995-1004.
- Acute Pain Management Guideline Panel: *Acute Pain Management in Adults: Operative Procedures*. Quick reference guide for clinicians, AHCPR Pub. No. 92-0019. Rockville, MD: Agency for Health and Human Services; 1992.
- McCaffery M. *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles; 1968. University of California at Los Angeles Student's Store.
- American Geriatrics Society. *The management of chronic pain in older persons: AGS panel on chronic pain in older persons*. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(5):635-51
- Cleeland CS, Ryan KM. *Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory*. *Ann Acad Med Singapore*. 1994;23:129-38.
- Cleeland CS. *Measurement and prevalence of pain in cancer*. *Semin Oncol Nurs*. 1985;1:87-92.
- Breitbart W, Rosenfield B, Passik S, et al. *A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients with and without a history of substance abuse*. *Pain*. 1997;72:235-43.
- Dalton JA, McNaull F. *A call for standardizing the clinical rating of pain intensity using a 0 to 10 rating scale*. *Cancer Nurs*. 1998;21:46-69.
- Syrjala KL. *Integrating medical and psychological treatments for cancer pain*. Em: Chapman CR, Foley KM, eds. *Current and emerging issues in cancer pain: research and practice*. Nova Iorque: Raven Press; 1993.
- Grossman SA, Sheidler VR, Sweeden K, et al. *Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain*. *J Pain Symptom Manage*. 1991;6:53-7.
- Hadjistavropoulos HD, Ross MA, von Baeyer CL. *Are physicians' ratings of pain affected by patients' physical attractiveness?* *Soc Sci Med*. 1990;31(1):69-72.
- Cohen FL. *Postsurgical pain relief: patients' status and nurses' medication choices*. *Pain*. 1980;9:265-74.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. *Pain and its treatment in out-patients with metastatic cancer*. *N Engl J Med*. 1994;330:592-6.
- Levine FM, De Simone LL. *The effects of experimenter gender on pain report in male and female subjects*. *Pain*. 1991;44:69-72.
- McCaffery M, Ferrell BR. *Patient age: does it affect your pain-control decisions?* *Nurs*. 1991;21(9):44-8.
- Ng B, Dimsdale JE, Rollnick JD, et al. *The effect of ethnicity on prescriptions for patient-controlled analgesia for post-operative pain*. *Pain*. 1996;66:9-12.
- Hola K, Cohen F, Dudas S, et al. *Effect of personal pain experience on pain assessment*. *Image J Nurs Acholar*. 1989;21:72-5.
- McCaffery M, Ferrell BR, O'Neil-Page E. *Does life-style affect your pain-control decisions?* *Nurs*. 1992;22(4):58-61.
- McCaffery M, Ferrell BR. *How would you respond to these patients in pain?* *Nurs*. 1991;21(6):34-7.
- McCaffery M, Ferrell BR. *Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made?* *J Pain Symptom Manage*. 1997;14(3):175-88.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain management standards; 2000*. Standard PE1.4.
- American Pain Society & National Pharmaceutical Council. *Pain: current understanding of assessment, management and treatments*. *APSociety.pdf*; 2001.
- Hall GM, Salmon P. *Patient-controlled analgesia: who benefits?* *Anaesthesia*. 1997;52:401-2.
- Parmalee PA, Smith BD, Katz IR. *Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents*. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41:517-22.
- Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. *Pain in the cognitively impaired nursing home patients*. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10:591-8.
- Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM, et al. *Dementia and response to pain in the elderly*. *Pain*. 1996;68:413-21.
- Acute Pain Management Guideline Panel: *Acute Pain Management in Infants, Children and adolescents: Operative and medical procedures*. Quick reference guide for clinicians, AHCPR Pub. No. 92-0019. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1992.
- McGrath PJ, Beyer J, Cleeland C, et al. *Report of the subcommittee on assessment and methodological issues in management of pain in childhood cancer*. *Pediatrics*. 1990;5 Suppl 2:814-7.

Avaliação e Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório: Novos Desafios

Marta Bernardino

Resumo

Neste artigo, revê-se os métodos de avaliação da dor já existentes e mais utilizados e tenta equacionar-se novas abordagens que incluem a educação e treino pré-operatório dos doentes e o envolvimento de todos os profissionais de saúde que participam na sua recuperação. A segunda parte do texto incide sobre o conceito de analgesia preventiva e novas perspectivas de tratamento, designadamente sobre antagonistas NMDA, fármacos adjuvantes e técnicas locoregionais.

Palavras-chave: Dor pós-operatória. Avaliação. Analgesia. Analgésicos.

Abstract

This article reviews the methods of evaluation of pain already existent and used more frequently and tries to give new approaches, which include the education and preoperative training of the patients and the involvement of all the professionals of health who participate in the recovery period. The second part of the text focuses on the concept of preventive analgesia and new perspectives of treatment, particularly on NMDA antagonists, adjuvant drugs and locoregional techniques. (Dor 2008;16(1):40-3)

Corresponding author: Marta Bernardino, martacbernardino@gmail.com

Key words: Post-operative pain. Evaluation. Analgesia. Analgesics.

A avaliação e o tratamento da DPO são, hoje em dia, actividades que devem fazer parte da prática diária do anesthesiologista, inseridas nomeadamente numa UDA.

Segundo o estudo PATHOS, nenhuma instituição europeia preenche todos os critérios de segurança, organização e tratamento eficaz da dor aguda pós-operatória¹. Para alcançar estes objectivos, necessitamos de uma avaliação cuidada e regular que se traduza num tratamento eficaz e atempado, baseando-se numa estrutura de base bem organizada, desperta para os possíveis efeitos secundários e consequências de uma abordagem da DPO que se quer a longo prazo e não apenas no período perioperatório imediato.

Avaliação

Apesar da maioria da informação sobre a avaliação da dor provir do estudo da dor crónica, ela pode ser aplicada à dor aguda. Desde que foi considerada como o 5.º sinal a ser avaliado como um parâmetro vital, tem sido dada maior

relevância à avaliação da dor por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados dos doentes, cirúrgicos ou não, objectivando um sintoma muitas vezes negligenciado. A avaliação da dor já não é opcional: todos os doentes têm o direito a uma avaliação e tratamento da dor apropriados. A caracterização e a avaliação da sua influência na condição física e psíquica do doente permitem-nos alcançar três objectivos: facilitar o diagnóstico e definir a extensão da lesão, escolher a terapêutica adequada e avaliar a sua resposta.

No caso da dor aguda pós-operatória, o diagnóstico está facilitado, pois a sua ocorrência é previsível e a sua intensidade pode ser relacionada com o tipo de cirurgia. No entanto, a eficácia e qualidade do tratamento não têm sido as melhores. Não há dúvida que a implementação da avaliação da dor, por rotina, após a cirurgia se torna crucial para a melhoria do tratamento da dor aguda pós-cirúrgica. Para isso, é necessário que haja técnicas de avaliação padronizadas de modo a que todos os profissionais relacionados com a avaliação da dor pós-cirúrgica as possam utilizar.

O que se pretende na avaliação da dor é quantificá-la numa ou mais dimensões. Ao longo dos anos, tem havido um grande esforço para

Anesthesiologista
IPOLFG-EPE, Lisboa

encontrar uma ferramenta que possua as características ideais: simples de aplicar, fácil de compreender, aceitável clinicamente, reproduzível, válida, sensível e fiável. No entanto, a dor possui uma natureza multidimensional que impossibilita a sua avaliação objectiva com apenas um teste. Dado ser uma experiência subjectiva e pessoal, a melhor avaliação é sem dúvida a descrição do próprio doente, tornando-se a auto-avaliação o *gold standard* desta prática.

Esta auto-avaliação pode ser classificada de acordo com o número de dimensões da dor que são medidas, ou seja, unidimensional ou multidimensional. Estas medidas foram desenvolvidas para a avaliação de dor crónica, mas podem aplicar-se à avaliação de dor aguda, tendo em consideração a importância relativa de cada dimensão, de acordo com a etiologia, tipo de dor e prioridade de tratamento.

Na dor aguda pós-cirúrgica, o método de avaliação que mais se aplica é a medida unidimensional que avalia a intensidade da dor. Esta é, aliás, a mais utilizada na prática clínica².

Dentro destas medidas, podemos utilizar escalas de: categorias, numérica, visual analógica ou de faces.

A escala de categorias, utilizando quatro termos descritivos (nenhuma, ligeira, moderada, grave) é rápida e simples de usar, necessita de pouco treino para a sua implementação, é mais fácil de ser compreendida do que a escala numérica ou a EVA, mas pode simplificar demasiado, não permitindo que o doente escolha a palavra mais apropriada².

A escala numérica utiliza uma numeração de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 a pior dor imaginável. Não necessita de treino especial, é rápida e fácil de usar, é consistente, reproduzível e correlaciona-se bem com a EVA. No entanto, pode não ser necessariamente linear, já que um aumento de 7 para 8 pode significar, subjectivamente, um aumento maior do que uma mudança de 1 para 22.

A EVA é constituída por uma linha de 10 cm, com fronteiras nas duas extremidades. Pede-se ao doente que marque nesta linha um ponto apropriado para a intensidade da sua dor e o resultado é obtido medindo a distância a partir da extremidade esquerda. Tal como na escala numérica, os termos usados nestas extremidades podem influenciar a classificação da dor; pode obter-se uma classificação de EVA mais elevada se se utilizar dor intensa em vez de pior dor imaginável. A EVA é rápida e relativamente simples de utilizar para a maioria dos doentes, evita termos descritivos imprecisos e pode ser utilizada em crianças com mais de cinco anos. Em comparação com as outras duas escalas, é mais exigente e requer capacidades cognitivas mais elaboradas (até 26% dos doentes podem não conseguir responder)².

Na avaliação das três escalas, há uma forte correlação entre a escala de categorias e a EVA.

No entanto, a EVA é mais sensível do que a escala de categorias: foram demonstradas alterações na EVA, sem haver alterações na escala de categorias. Por outro lado, a escala numérica demonstrou sensibilidade semelhante à EVA. A escolha entre uma e outra depende do utilizador².

Existe ainda um outro tipo de escala para avaliar a intensidade da dor, a escala de faces, com grandes vantagens em determinadas populações, nomeadamente em crianças e em pessoas com défices cognitivos. A escala de faces é composta por quatro ou cinco faces que mostram diferentes expressões e pede-se ao doente que aponte a mais apropriada. É muito simples de utilizar².

No entanto, e apesar destas ferramentas, a avaliação da dor não deixa de ser um processo intensivo, complexo e desafiador, que nos últimos anos tem procurado uma avaliação mais global que abranja a dor em todas as suas vertentes.

A avaliação da dor em movimento, com utilização de uma escala não só com o doente em repouso, mas inquirindo também sobre o seu valor com o levantar para cadeirão, com a deambulação, com os movimentos respiratórios, com a tosse deve, hoje em dia, fazer parte da rotina diária de uma UDA.

Com a implementação destas unidades, novas perspectivas se abrem. A educação e informação dos doentes, em cirurgia electiva, sobre o tratamento da DPO, com treino pré-operatório na utilização de escalas de avaliação, o objectivo dessa avaliação e a elucidação e ensino sobre diferentes técnicas analgésicas (PCA, analgesia epidural) são uma forma de melhorar os cuidados perioperatórios por parte dos profissionais, bem como de envolver o doente no seu tratamento, explicando-lhe o seu papel e atribuindo-lhe responsabilidade.

O envolvimento de todos os profissionais torna-se extremamente importante. A avaliação regular por parte dos enfermeiros, com uma frequência adequada ao tipo de cirurgia, gravidade da dor, à analgesia prescrita e aos riscos associados permitem uma actuação clínica mais correcta e mais atempada. A discussão com outras especialidades que participam no tratamento e recuperação do doente assume também relevância. O envolvimento dos fisiatras e fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala e outros profissionais na problemática da avaliação e tratamento da dor aguda pós-operatória vão melhorar a qualidade deste tratamento, permitindo uma recuperação mais rápida das actividades diárias^{3,4}.

Tratamento

O tratamento da dor pós-operatória tem como objectivos: controlar a dor, prevenir e tratar efeitos secundários relacionados com a terapêutica e melhorar os resultados finais, com rápido retorno à vida social e actividades diárias.

Na sequência de múltiplos estudos sobre os efeitos da administração de diferentes fármacos em *timings* diferentes (pré, intra ou pós-operatório),

tendo como base a teoria da *preemptive analgesia*, e não terem encontrado diferenças de eficácia, surge um novo conceito: analgesia preventiva. Este conceito tem três objectivos principais: diminuir a dor após lesão tecidual, prevenir sensibilização espinhal e diminuir a incidência de dor inflamatória ou crónica e consiste na administração perioperatória de anestésicos locais, opióides, paracetamol e AINE. Com esta abordagem, foram obtidos melhores resultados no controlo da dor e na sensibilização espinhal; ainda assim, reconhece-se que vão surgir doentes com dor persistente (10 a 50%) e entre as principais causas que podem contribuir para este aparecimento, destacam-se: terapêutica analgésica inadequada, técnicas cirúrgicas que impliquem lesão de nervo e técnica anestésica escolhida^{1,5}.

É sabido que a terapêutica multifarmacológica, baseada no efeito sinérgico de dois ou mais fármacos, tem melhores resultados que a monoterapia, que os opióides mantêm-se como a base da analgesia perioperatória e que os AINE e o paracetamol reduzem o consumo de opióides. No entanto, os fármacos e as vias de administração devem ser adequados ao tipo de cirurgia e aos recursos da instituição. O seguimento pós-operatório varia entre hospitais, e determinados fármacos ou técnicas podem não estar submetidos a padrões de vigilância e segurança apropriados. A terapêutica da dor aguda pós-operatória deve, assim, ter sempre como base de actuação o contexto cirúrgico, as necessidades do doente e os recursos existentes.

A procura de novas abordagens no tratamento da DPO não trouxe técnicas inovadoras ou novos fármacos, mas sim uma utilização diferente de fármacos já conhecidos e utilizados em situações diversas.

Quando existe risco elevado de desenvolvimento de dor crónica, a associação de um fármaco anti-hiperálgico (como antagonistas NMDA, gabapentina ou pregabalina) durante o período perioperatório pode tornar-se útil¹.

A quetamina é um fármaco que ganhou novo interesse devido às suas propriedades antagonista dos receptores NMDA, importantes na atenuação da sensibilização central e na tolerância aos opióides. Quando utilizada em baixas doses (dose inicial de 0,5 mg/kg ev. seguida de 2 a 5 mcg/kg/min em perfusão ev.), diminui o consumo de remifentanil no intra-operatório e de morfina no pós-operatório e também a incidência de hiperalgesia associada à administração de remifentanil em doses altas (0,4 mcg/kg/min)⁶.

O dextrometorfano (fármaco que não está comercializado em Portugal) é também um antagonista NMDA, que revelou, em alguns estudos, melhoria da qualidade da analgesia, com diminuição da intensidade da dor e consumo de analgésicos, da hiperalgesia térmica primária e secundária e da sedação. Permite também

recuperação mais rápida da motilidade gastrointestinal. Foi utilizado como pré-medicação anestésica, por via oral e associado tanto a anestesia geral como anestesia epidural, embora com melhores resultados com esta última^{1,7-11}.

Tal como os anteriores, o magnésio actua nos receptores NMDA. Numa revisão de vários estudos, Lysakowski, et al. constataram melhoria da analgesia pós-operatória, com diminuição do consumo de opióides com o magnésio em alguns dos estudos, enquanto outros não revelaram qualquer influência do magnésio na analgesia, nem na diminuição dos efeitos secundários associados aos opióides. Nesta revisão, não foi também conclusiva qual a melhor dosagem ou fórmula química (gluconato, sulfato ou lavulinato de magnésio) a utilizar¹².

A gabapentina é um fármaco antiepiléptico de terceira geração, com estrutura semelhante ao GABA. Muito utilizado no tratamento da dor crónica, ultimamente tem sido alvo de diversos estudos na terapêutica da dor aguda pós-operatória. A sua principal acção é inibir a subunidade A2δ dos canais de cálcio, levando a uma diminuição da hiperexcitabilidade neuronal, embora a sua activação das vias inibitórias descendentes no período pós-operatório imediato pareça ser mais relevante e possa explicar o efeito sinérgico com os opióides. Utilizado no período perioperatório, a gabapentina oral torna-se uma adição ao tratamento analgésico multimodal. A pregabalina é um fármaco estruturalmente semelhante à gabapentina, que tem como vantagem um início de acção mais rápido e poucos efeitos adversos¹.

A clonidina, um fármaco anti-hipertensor, tem sido utilizada como adjuvante dos opióides no tratamento da dor aguda pós-operatória. Com efeitos a nível espinhal e central, diminui o consumo de opióides e prolonga a duração dos bloqueios, tanto epidural como perineural, e parece reduzir a hiperalgesia quando utilizada via epidural¹.

No que diz respeito a técnicas, o bloqueio epidural continua a ser uma técnica eficaz para analgesia no pós-operatório imediato, com todas as vantagens conhecidas; para além disso, apresenta também benefícios como terapêutica preventiva no desenvolvimento de dor residual. Quando utilizado no intra-operatório, e não apenas no pós-operatório, reduz a sensibilização central após cirurgia *major*. Este efeito parece estar relacionado com a dose e diferentes associações de fármacos e é mais acentuado se em associação com a quetamina¹³.

Outra técnica que parece promissora é a colocação de cateteres na incisão cirúrgica com infusão contínua de anestésico local. Não só em termos de analgesia, mas também no que se refere à redução da libertação de mediadores inflamatórios pelos neutrófilos, na redução da adesão dos neutrófilos ao endotélio, na menor formação de radicais livres de oxigénio e na redução da formação de edema¹⁴.

Além de novos fármacos ou técnicas, a DPO, sendo uma consequência já esperada da cirurgia, deve ter uma abordagem agressiva na sua prevenção e o tratamento e um envolvimento multidisciplinar para otimizar o seguimento do doente e o seu estado psicossocial, minimizando o *stress* cirúrgico e promovendo a reabilitação e nutrição precoces. Para a sua prevenção, devemos envolver o cirurgião na tentativa de evitar a lesão de nervos no intra-operatório, com dissecação cuidadosa, redução das respostas inflamatórias e a utilização de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas. A aplicação de fármacos e técnicas anestésicas apropriadas não deve restringir-se ao período perioperatório imediato; devemos ter consciência de que a dor crónica pode surgir, estando mais associada a determinadas cirurgias e relacionando-se com a intensidade da dor aguda pós-operatória^{1,15}.

Em resumo, a abordagem da DPO no imediato e a longo prazo deve estar inserida no seu contexto, considerando as necessidades do doente, as indicações cirúrgicas e as capacidades da instituição, não focando apenas o timing da analgesia, mas sim uma intervenção completa e apropriada.

Bibliografia

1. Fanelli G, Berti M, Baciarello M. Updating postoperative pain management: from multimodal to context-sensitive treatment. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:489-500.
2. Hobbs GJ, Hodgkinson V. Assessment, measurement, history and examination. Em: Rowbotham DJ, Macintyre PE, eds. *Acute Pain*. Cap. 6. Arnold Publishers; 2003. p. 93-111.
3. Di Filippo A. Treating postoperative pain. Just a matter of medication? *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:347-8.
4. Ksiazek J, Gaworska-Krzeminska A, Walenska G, Skokowski J. The problem of pain evaluation in the process of nursing care in the thoracosurgical patients and in general surgery. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis.* 2005;50:199-202.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet.* 2006;367:1618-25.
6. Joly V, Richebe P, Guignard B, et al. Remifentanyl-induced postoperative hyperalgesia and its prevention with small-dose ketamine. *Anesthesiology.* 2005;103:147-55.
7. Weinbroum AA. Dextromethorphan reduces immediate and late postoperative analgesic requirements and improves patients' subjective scorings after epidural lidocaine and general anesthesia. *Anesth Analg.* 2002;94:1547-52.
8. Weinbroum AA, Rudick V, Paret G, Ben-Abraham R. The role of dextromethorphan in pain control. *Can J Anesth.* 2000;47:585-96.
9. Yeh CC, Jao SW, Huh B, et al. Preincisional dextromethorphan combined with thoracic epidural anesthesia and analgesia improves postoperative pain and bowel function in patients undergoing colonic surgery. *Anesth Analg.* 2005;100:1384-9.
10. Weinbroum AA, Bender B, Nirkin A, Chazan S, Meller I, Kollender Y. Dextromethorphan-associated epidural patient-controlled analgesia provides better pain- and analgesic-sparing effects than dextromethorphan-associated intravenous patient-controlled analgesia after bone malignancy resection: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *Anesth Analg.* 2004;98:714-22.
11. Weinbroum AA, Gorodezki A, Niv D, Ben-Abraham R, Rudick V, Szold A. Dextromethorphan attenuation of postoperative pain and primary and secondary thermal analgesia. *Can J Anesth.* 2001; 48:167-74.
12. Lysakowski C, Dumont L, Czarnetzki C, Tramèr M. Magnesium as an adjuvant to postoperative analgesia: a systematic review of randomized trials. *Anesth Analg.* 2007;104:1532-9.
13. Lavand'homme P, De Kock M, Waterloos H. Intraoperative epidural analgesia combined with ketamine provides effective preventive analgesia in patients undergoing major digestive surgery. *Anesthesiology.* 2005;103:813-20.
14. Liu SS, Wu CL. Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: a systematic update of the evidence. *Anesth Analg.* 2007;104:689-702.
15. Preventive analgesia to reduce wound hyperalgesia and persistent postsurgical pain [editorial]. *Anesthesiology.* 2005;103:681-3.

A Importância das Bases de Dados no Aperfeiçoamento do Tratamento da Dor Aguda do Pós-Operatório

Luís Medeiros

Resumo

A criação e implementação de uma UDA deve resultar de um consenso de vontades e necessidades, de modo a enriquecer o Serviço de Anestesiologia de informação válida que permita promover a qualidade de analgesia e o grau de satisfação do doente no pós-operatório. É um processo árduo e lento que só deve ser implementado após um profundo debate interno que conduza a uma unanimidade de pontos de vista. É esta unanimidade que terá uma função agregadora entre os diversos profissionais e que permitirá reduzir os erros de avaliação/interpretação dos resultados. A avaliação interna contínua e crítica dos resultados é o factor primordial para manter a motivação do grupo e simultaneamente ser o factor desencadeante de reformulações de questões pouco objectivas. É também um factor essencial para desencadear a necessidade de novas avaliações. A aferição dos resultados com outras bases de dados e a sua divulgação externa, são instrumentos preciosos para a troca de experiências entre profissionais e são também mecanismos importantíssimos na obtenção do objectivo final que será um pós-operatório sem dor com um elevado grau de satisfação para o doente.

Palavras-chave: Unidade de Dor Aguda. Analgesia. Pós-operatório. Bases de dados. Dor.

Abstract

The creation and implementation of a Acute Pain Service must result from a consensus of desires and needs in order to enrich the Department of Anesthesiology of valid information to promote the quality of analgesia and the degree of satisfaction of the patient's post-operative. It is a slow and arduous process that should only be implemented after a thorough internal debate leading to a unanimity of views. It is this unanimity that will have an aggregator function between the various professional and that will reduce the errors of evaluation and interpretation of results. Internal evaluation and continuous criticism of the results, is essential to maintain the motivation of the group and simultaneously be the triggering factor for reformulation of questions rather objective. It is also a key factor in triggering the need for further evaluations. The measurement of results with other databases and their dissemination, are valuable tools for exchanging experiences between professional and are also important mechanisms in achieving the ultimate objective which will be a post-operative without pain with a high degree of satisfaction for the patient. (Dor 2008;16(1):44-8)

Corresponding author: Luís Medeiros, medeiros.luis0@gmail.com

Key words: Acute Pain Service. Analgesia. Postoperative. Database. Pain.

Criação da Unidade de Dor Aguda

A criação de uma UDA deve ser considerada como uma necessidade imperiosa de todos os profissionais de saúde. O empenhamento e a disponibilidade para a sua criação e implementação implica a perseverança e a aferição de conceitos entre os médicos anestesistas, de modo a conseguir uma uniformidade e uma harmonização dos critérios de avaliação e tratamento dos doentes. Nesta conjugação de esforços, é fundamental a contribuição dos elementos mais experientes do Serviço de Anestesiologia, que com a sua maturidade e experiência fornecem o núcleo base da formação da UDA, a que se associa a irreverência e o sonho dos médicos mais jovens. É desta conjugação, mesclada com os conhecimentos adquiridos por outras unidades em fase mais adiantada de implementação, que se obtém a mistura considerada otimizada para a constituição de uma UDA. A filosofia que orienta uma estrutura destas não se coaduna com tarefas entregues a alguns elementos do Serviço de Anestesiologia, uma vez que a analgesia do pós-operatório atravessa transversalmente todos os doentes e anestesistas e deve ser programada desde o pré-operatório passando pelo intra-operatório. Assim, a UDA deverá ser uma estrutura global que envolve todo o Serviço de Anestesiologia e cujo funcionamento será tanto melhor quanto maior for o empenhamento e a participação de todos. No entanto, esta implementação da UDA no Serviço de Anestesiologia não deve descurar o intercâmbio profissional privilegiado com outros departamentos do hospital tais como: cirurgia, enfermagem, farmácia e fisioterapia¹⁻⁴. Só com organização, ensino e treino é possível otimizar as técnicas analgésicas de modo a reduzir a intensidade da DPO, bem como todos os efeitos secundários inerentes não só à dor mal controlada como também ao uso inadequado dos analgésicos⁵⁻⁷.

Elaboração dos questionários

A avaliação do grau de analgesia e de outras complicações do pós-operatório implica a realização e implementação de questionários dirigidos aos doentes e que têm diversos princípios básicos na sua concretização: linguagem clara, concisa e sem ambiguidades; perguntas que realmente avaliem o grau de dor/analgesia dos doentes, número reduzido de questões de modo a não saturar o doente no pós-operatório imediato e perguntas que sejam consensuais em relação a todos os médicos^{2,3,5,8}.

O não preenchimento destes requisitos poderá colocar em risco a objectividade das respostas obtidas e a interpretação correcta das afirmações emanadas dos doentes.

Todo este processo de elaboração de um questionário é um processo demorado, que deverá ser reavaliado múltiplas vezes, de modo a que, ao iniciar-se a colheita de dados, o façamos

partindo de um esqueleto básico de perguntas relativamente consistente.

Motivação dos profissionais – importância dos resultados

Sem motivação dos profissionais de saúde envolvidos numa UDA, o resultado final será: questionários mal preenchidos, avaliações incorrectas, interpretações duvidosas, doentes não avaliados, conclusões abusivas. Partindo destas premissas, os resultados finais serão rotundamente falsificados e estarão obviamente muito longe da realidade. Para evitar isso, todos os profissionais deverão estar cientes da importância e responsabilidade dos seus actos, sem o que não será possível ter uma noção aproximada da realidade que nos rodeia no pós-operatório imediato. Para isso, devem ser incentivados a utilizar os resultados obtidos com a avaliação dos questionários de modo a poderem tirar conclusões susceptíveis de melhorar futuras avaliações e simultaneamente de melhorar a analgesia prestada aos doentes. A divulgação de resultados entre os profissionais da UDA é a melhor forma de os motivar a recolherem eficazmente os dados das suas avaliações do pós-operatório.

Análise contínua e crítica dos resultados

A motivação dos profissionais que colaboram num programa de UDA só pode existir se houver permanentemente uma avaliação contínua do trabalho efectuado, com a apresentação de resultados sobre aspectos positivos e negativos da abordagem efectuada pelos profissionais. Só assim é possível cada um dos colaboradores ter uma noção aproximada da importância do esforço que diariamente realiza para manter a base de dados a funcionar de forma eficaz. A constatação de que há vários aspectos negativos para melhorar só pode funcionar, dentro deste contexto, como reforço positivo no sentido de aperfeiçoar as *performances* de quem efectua no «terreno» a recolha dos dados. Simultaneamente, a apresentação de resultados permite otimizar os questionários a efectuar e a longo prazo e após análise exaustiva dos dados recolhidos, promover a melhoria e simplificação dos protocolos analgésicos instituídos.

Novos parâmetros para análise

É do trabalho de recolha e da análise crítica dos dados obtidos que o grupo pode inferir novos parâmetros de avaliação e simultaneamente aperfeiçoar os já existentes. Esta evolução só tem sentido se houver uma participação conjunta de todos os elementos, de modo a que as novas ideias que surjam resultem de um amplo consenso entre os profissionais e que funcionem como forma agregadora das vontades individuais. Qualquer alteração imposta sem uma discussão prévia e sem que haja um consenso

mínimo sobre os novos objectivos a atingir, está condenada ao fracasso e será responsável pela eventual futura desmobilização e desagregação do grupo. Esta implementação de novos parâmetros não deve nunca secundarizar a necessidade absoluta de reaprendizagem de todos os elementos, das novas premissas introduzidas^{5,6}.

Acessibilidade da base de dados

A base de dados que congrega todos os parâmetros avaliados ao longo do tempo, e que representam um manancial riquíssimo de informação que como já referimos necessita de ser trabalhada de modo a melhorar a *performance* do grupo, deve estar disponível a todos os profissionais que de algum modo colaborem na construção desta mesma base de dados. Só um acesso simplificado permitirá a melhoria individual e colectiva e contribuirá decisivamente para o despontar de novas ideias que irão catapultar novos horizontes para o trabalho a desenvolver^{7,9,10}. Esta consulta livre e espontânea só será possível se para além deste acesso desburocratizado for complementada por uma configuração da base de dados simples e de fácil manuseamento. Assim, a configuração da base de dados deve ser pensada de uma forma profissionalmente empenhada quer pelo grupo da UDA, quer pela equipa informática que acompanha a realização e a manutenção da base de dados. A formação de uma estrutura profissionalizada, quer médica quer informática, é fundamental para o êxito e implementação de um programa com este perfil⁶.

Implementação crítica dos resultados da análise

A divulgação interna contínua da análise dos resultados obtidos com a avaliação dos questionários efectuados é a melhor forma de promover a discussão em torno da qualidade das perguntas efectuadas e da avaliação dos objectivos atingidos. Perguntas bem elaboradas mas que não conseguem traduzir fielmente o ambiente algico/analgesico dos doentes, são questões que devem ser retiradas do questionário. Por outro lado, alguns dos resultados obtidos podem ser enviesados em relação a uma realidade por todos conhecida. Este facto, aponta para dois tipos de problemas: ou a construção das questões conduz a falsas interpretações ou avaliações pelo doente/médico, ou as questões efectuadas exigem aos doentes um grau de lucidez e memória que não é compatível com um pós-operatório imediato. Um exemplo concreto resulta da avaliação no pós-operatório da incidência de náuseas e vômitos. Não se pode pedir a um doente uma resposta retrospectiva sobre náuseas e vômitos nas primeiras 24 horas do pós-operatório, porque obviamente o doente tem amnésia sobre os primeiros momentos do pós-operatório imediato. Por outro lado, quanto mais

tardia é a avaliação, maior é a tendência do doente para minimizar ocorrências que se verificaram há mais tempo, principalmente se novos acontecimentos se tornaram o fulcro da sua atenção.

É por estes motivos que a avaliação crítica do questionário e dos resultados deve ser constante e basear-se numa dialéctica entre todos os elementos do serviço, de modo a melhorar os resultados obtidos e a evitar a divulgação de falsas avaliações. Um resultado discrepante em relação a uma realidade por todos conhecida deve corresponder a uma total reformulação das perguntas envolvidas neste resultado, existentes no questionário e/ou a uma reciclagem dos elementos da UDA em relação aos pressupostos envolvidos nas respostas dos doentes de modo a evitar interpretações defeituosas. Um exemplo concreto da nossa experiência baseia-se na pergunta existente no nosso questionário: «Expectativa do doente (em relação à dor do pós-operatório) – melhor, igual, pior». Uns anestesiológistas interpretaram a resposta como «a expectativa era melhor, igual, pior em relação à realidade algica do pós-operatório», outros anestesiológistas interpretaram como «a realidade algica do pós-operatório foi melhor, igual, pior do que a expectativa do doente». A avaliação crítica dos resultados da base de dados, perante a experiência empírica dos avaliadores, permitiu concluir que havia erros de interpretação das respostas fornecidas pelos doentes. Este facto, levou à reformulação da questão que passou a ter o seguinte texto «(em relação à dor do pós-operatório), foi melhor, igual, pior do que estava à espera?».

Aperfeiçoamento dos protocolos

É através do processo dialéctico descrito anteriormente que é possível reformular e elaborar questões que melhorem o conhecimento das queixas algicas do doente, e deste modo permitir a implementação dos protocolos analgésicos adequados a cada tipo de cirurgia e a criação de novos protocolos que possam corresponder a «lacunas analgésicas» detectadas na realidade anestésica/cirúrgica de cada instituição¹¹.

Toda a infra-estrutura criada para este fim e que se consubstancia na UDA, permite o aproveitamento das potencialidades criadas para explorar outros aspectos do pós-operatório directa ou indirectamente ligados à avaliação da dor e à analgesia. Foi assim que no nosso questionário foram adicionadas questões relacionadas com a avaliação das náuseas e vômitos do pós-operatório, bem como a avaliação de efeitos secundários da analgesia. São estas questões que analisam aspectos relacionados com eventuais efeitos secundários (ex.: náuseas, vômitos, obstipação, parestesias, tonturas/vertigens), que condicionam, juntamente com a dor, o grau de satisfação dos doentes no pós-operatório¹². Esse

grau de satisfação será tanto mais evidente quanto maior for a preocupação da avaliação dos resultados não se limitar às terapêuticas/resultados analgésicos, mas também aos efeitos secundários/terapêuticas instituídas^{6,7}. Outras questões sobre vários assuntos poderão ser introduzidas desde que dois pressupostos sejam preservados: o consenso entre os elementos da UDA em relação à elaboração e conteúdo das perguntas, e a preocupação de evitar o excesso de questões, factor importantíssimo para não permitir a saturação do doente/médico. Convém não esquecer que o médico diariamente escalado para a avaliação analgésica do pós-operatório terá que avaliar cerca de 30 a 40 doentes por dia, o que perante questionários longos e atendendo às dificuldades logísticas de coabitar com os habituais elementos dos serviços cirúrgicos (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, administrativos, e por vezes familiares dos doentes), promove índices de saturação elevados, que são factor decisivo na menor objectividade no preenchimento das avaliações analgésicas e simultaneamente induz um maior número de perguntas não preenchidas.

Comparação com outras bases de dados e divulgação pública

Na avaliação dos resultados da nossa base de dados, é fundamental a aferição com as conclusões de outras bases de dados. Resultados profundamente discrepantes podem ser mais um factor para uma reavaliação crítica do questionário de avaliação analgésica.

Este processo de aferição com outras bases de dados pode também ser o factor desencadeante para novos processos dialécticos em relação a novas questões e/ou novas reformulações de questões que possam de alguma maneira conduzir a resultados mais fiáveis e próximos da realidade do ambiente do pós-operatório^{8,13}.

Os resultados da consulta da base de dados são instrumentos fundamentais para a implementação de novos protocolos analgésicos e simultaneamente para adoptar «protocolos-padrão» em relação a cada tipo de cirurgia, que poderão ser *guidelines* preciosos na dupla função de orientação de novos anestesiológicos/internos de anesthesiologia que iniciem as suas funções nos respectivos hospitais. Simultaneamente, estes «protocolos-padrão» poderão ser a «linguagem simplificada» de comunicação com outros hospitais com realidades cirúrgicas semelhantes e que não disponham de uma experiência tão organizada como os hospitais com uma UDA.

Um aspecto interessante das bases de dados de avaliação analgésica relaciona-se com a importância da sua maturidade. Ao longo dos anos, tem-se verificado que os «protocolos-padrão» em relação a algumas cirurgias têm-se modificado, sem ter havido uma intervenção activa da

UDA, no sentido de implementar essas alterações. Têm sido consequência de um processo intrínseco e individual dos elementos da UDA, que têm conduzido pela sua própria experiência a novos rumos colectivos. Estas alterações têm também conduzido a melhores níveis de analgesia e de satisfação dos doentes.

Experiência da Unidade de Dor Aguda do IPOLFG-EPE

Na sequência do exposto anteriormente, vamos analisar alguns aspectos interessantes na evolução dos padrões de analgesia dos doentes do IPOLFG-EPE entre 2005 e 2007.

Vejam os tipos de cirurgia, respectivas analgesias e grau de satisfação dos doentes.

Histerectomia com ablação de anexos (inclui as histerectomias radicais)

Houve uma evolução no sentido de manter a percentagem de doentes analgesiados com PCA com morfina (N-CONV_D) (33,7% em 2005 e 33,5% em 2007), reduzir os doentes analgesiados com tramadol + paracetamol (CONV_06) (28% em 2005 e 13,3% em 2007) e simultaneamente aumentar a percentagem de doentes analgesiados por via epidural (N-CONV_A) (4,5% em 2005 e 24,9% em 2007). Os níveis de analgesia eficaz nas primeiras 24 h oscilaram entre os 88,4% (2005) e os 95,4% (2007).

Vulvectomia (inclui as vulvectomias radicais com eventuais plastias)

Enquanto em 2005 e 2006 o protocolo analgésico dominante foi a associação tramadol + paracetamol (CONV_06) (41,7% em 2005 e 57,1% em 2006), já em 2007 a opção analgésica principal dos anestesiológicos do IPOLFG-EPE transitou para analgesia por via epidural (N-CONV_A) (31,4%). Os níveis de analgesia eficaz variaram entre os 100% (2005) e os 97,9% (2007).

Mastectomia (inclui a mastectomia radical modificada)

Em 2005, o protocolo analgésico de eleição foi a associação metamizol + paracetamol (CONV_04) (49,8%), tendo evoluído nos anos seguintes para o protocolo analgésico com a associação tramadol + paracetamol (CONV_06) (50,3% em 2006 e 55,4% em 2007). A analgesia eficaz obtida oscilou entre 96% (2005) e 92,8% (2007).

Parotidectomia (inclui a parotidectomia com linfadenectomia cervical homolateral)

O protocolo analgésico de eleição manteve-se ao longo dos três anos (CONV_04 – metamizol + paracetamol), embora perdendo gradualmente importância (67,7% em 2005 e 43% em 2007), devido à crescente utilização do parecoxib +

paracetamol (CONV_05) (atingiu percentagens de utilização de 30,4% em 2007). A eficácia analgésica variou entre 95,4% em 2005 e 97,4% em 2007.

Prostatectomia radical

Entre 2005 e 2007, houve uma evolução nos protocolos analgésicos no sentido de incluir opióides fortes. Assim, em 2005, 51,4% das analgesias não incluíam opióides fortes (CONV_04 e CONV_06). Nos anos seguintes, a evolução foi no sentido de promover a utilização de opióides fortes (morfina ou meperidina) administrados por via ev. ou por via epidural (60% em 2007). A analgesia mostrou-se eficaz em 88,9% dos doentes em 2005 e em 100% dos doentes em 2007.

Conclusão

Para a criação e implementação de uma UDA, é fundamental a participação motivada de todos os profissionais que vão colaborar na construção diária desta infra-estrutura. É com ela que poderemos avaliar a qualidade da analgesia efectuada e melhorar os níveis de satisfação dos doentes no pós-operatório. Para tal, é necessário que haja um consenso alargado entre todos os profissionais de modo a que os questionários a submeter aos doentes sejam, sempre que possível, o reflexo da unanimidade das opiniões partilhadas. Não é possível haver questionários eficazes sem a colaboração de todos os profissionais. Neste processo dialéctico de evolução, é imprescindível que perante a análise crítica dos resultados, que se vão obtendo com a base de dados, se introduzam alterações ou novas questões cujo objectivo seja melhorar a avaliação do ambiente álgico/analgésico do pós-operatório. A

avaliação qualitativa e quantitativa dos resultados deve passar sempre por uma discussão interna que filtre os resultados duvidosos e que permita extrapolar conclusões válidas, de modo a melhorar a obtenção do desiderato de todos, que é uma melhor analgesia, com maior grau de satisfação do doente.

Bibliografia

1. Ready LB, Oden R, Chadwick HS, et al. Development of an anaesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology*. 1988;68:100-6.
2. Ready LB. Acute pain services: an academic asset. *Clin J Pain*. 1989;5 Suppl 1:S28-33.
3. Rawal N. 10 years of acute pain services-achievements and challenges. *Reg Anesth Pain Med*. 1999;24:68-73.
4. Anonymous. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain Standards for 2001 [Internet]. Disponível em: <http://www.jcaho.org/standards/pm.html>
5. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice Guidelines for Acute Pain Management In the Perioperative Setting. *Anesthesiology*. 2004;100:1573-81.
6. Goldstein D, Van Der Kerkhof E, Blaine W. Acute pain management services have progressed, albeit insufficiently in Canadian academic hospitals. *Can J Anesth*. 2004;51(3):231-5.
7. Cousins M. Acute and postoperative pain. Em: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. 3.a ed. Nova Iorque: Churchill Livingstone; 1994. p. 357-85.
8. Goldstein DH, Van Der Kerkhof EG, Rimmer MJ. A model for real time information at the patient's side using portable computers on an acute pain service. *Can J Anesth*. 2002;49:749-54.
9. Turban E. *Decision Support and Expert Systems: Management Support Systems*. 4.a ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1995.
10. McDonald CJ, Hui SL, Smith DM, et al. Reminders to physicians from an introspective computer medical record. A two-year randomized trial. *Ann Intern Med*. 1984;100:130-8.
11. Plano Nacional de Luta Contra a Dor [Internet]. Direcção Geral da Saúde; 2001. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf
12. A. Karci, A. Tasdögen, Erkin Y, et al. Evaluation of Quality in Patient-Controlled Analgesia Provided by an Acute Pain Service. *Eur Surg Res*. 2003;35:363-71.
13. Van Der Kerkhof EG, Goldstein DH, Wilson R. A survey of directors of Canadian academic acute pain management throughout Canada. *Clin Nurse Spec*. 2002;49:579-82.