

DOR AGUDA: JULGAMENTO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

ACUTE PAIN: NURSES' CLINICAL JUDGEMENT IN POSTOPERATIVE CARDIAC SURGERY

DOLOR AGUDO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Gutemberg Stival de Faria Filho¹
Laysa Ribeiro Caixeta¹
Marina Morato Stival²
Luciano Ramos de Lima³

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa identificar o diagnóstico de enfermagem (DE) dor aguda em pacientes no pós-operatório (PO) de cirurgia cardíaca. Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital geral de referência do interior do Estado de Goiás, para tratamento cirúrgico de cardiopatias. A dor foi avaliada nas situações: tosse, inspiração profunda, vômito e repouso. A amostra foi composta por 37 pacientes que se encontravam no 3º PO de cirurgia cardíaca. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2009 e abril de 2010. A revascularização do miocárdio foi a cirurgia mais frequente (62,1%). Quanto à intensidade, a dor foi classificada como *moderada* na dor geral e tosse, *leve* respectivamente a inspiração profunda, vômito e repouso. O local de dor mais relatado foi a região esternal e o principal analgésico utilizado foi a dipirona. O fator relacionado do DE dor aguda foi agentes lesivos (100%) e as principais características definidoras com associações significativas ($p < 0,05$) foram comportamento de proteção, expressão facial e gestos protetores. Este estudo permitiu caracterizar a dor aguda do paciente em pós-operatório por meio do DE junto com instrumento unidimensional (Escala Numérica-EN), que contribui para a caracterização do DE dor aguda. A utilização de instrumento de mensuração de dor unidimensional pode contribuir para o julgamento clínico do enfermeiro diante das dificuldades do pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Dor no Pós-Operatório; Cirurgia Torácica; Medição da Dor; Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify nursing diagnosis for acute pain in patients' postoperative cardiac surgery. It is a quantitative descriptive study conducted in an Intensive Care Unit of a Referral Hospital in the state of Goiás. Pain was assessed when coughing, deep breathing, vomiting, and resting. The sample comprised 37 patients on a third postoperative cardiac surgery. Data was collected between October 2009 and April 2010. Myocardial revascularization was the most frequent surgery (62.1%). Pain intensity was classified as mild in general pain and with coughing; moderate on taking a deep breath, vomiting, and resting. Pain was located mostly in the sternal region and the analgesic usually prescribed was dipyrone. Nursing diagnosis for acute pain was associated with harmful agents (100%) and the main defining characteristics with significant associations ($p < 0.05$) were guarded behaviour, facial expressions, and protective gestures. The present study characterized acute pain in post-operative patients by means of nursing diagnosis and numeric rating scale to typify acute pain. The use of a one-dimensional instrument to measure pain may contribute to the nurses' clinical judgement in the face of cardiac surgery postoperative difficulties.

Key words: Nursing Diagnosis; Postoperative Pain; Thoracic Surgery; Pain Measurement; Nursing Assessment

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar diagnósticos de enfermería (DE) de dolor agudo postoperatorio (PO) en pacientes de cirugía cardíaca. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo realizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general de referencia del estado de Goiás para tratamiento quirúrgico de cardiopatías. El dolor fue evaluado en las siguientes situaciones: tos, inspiración profunda, vómito y reposo. La muestra estuvo compuesta por 37 pacientes en el tercer PO de cirugía cardíaca. La recogida de datos se realizó entre octubre 2009 y abril 2010. La revascularización miocárdica fue la cirugía más frecuente 62,1%. En cuanto a su intensidad, el dolor fue clasificado como moderado en el dolor general y tos, ligero respectivamente en inspiración profunda, vómito y reposo. El sitio más dolorido fue la región esternal y el analgésico más empleado la dipirona. El factor relacionado de DE dolor agudo fue agente lesivo (100%) y las principales características que definen el dolor a una asociación significativa ($p < 0,05$) fueron comportamientos de protección, expresiones faciales y gestos de protección. Este estudio permitió caracterizar el dolor agudo del paciente después de la cirugía por medio de DE e instrumentos unidimensionales (escala numérica - EN). El uso del instrumento de medición unidimensional del dolor puede contribuir al diagnóstico de enfermería ante las dificultades del postoperatorio de cirugía cardíaca.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Dolor Postoperatorio; Cirugía Torácica; Medición del Dolor; Evaluación en Enfermería.

¹ Acadêmicos do 8º período do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). E-mail: gtberguesf01@hotmail.com; laysacaixeta@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Professora Assistente da Faculdade Ceilândia, da Universidade de Brasília. E-mail: marinamorato@unb.br.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela FENUFG. Especialista UTI pela EEUFMG. Professor assistente da Faculdade Ceilândia, da Universidade de Brasília., E-mail: ramosll@unb.br
Endereço para correspondência – Quadra 203, Lote 4, apto. 702-A, Edifício Pau Brasil, Praça das Andorinhas, Águas Claras Sul, Brasília-DF. CEP 71939-360.
E-mail: ramosll@unb.br.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Seu cuidado é fundamental, podendo melhorar a qualidade de vida do indivíduo em vários aspectos, como na realização das atividades do cotidiano, nas relações sociais e familiares, no desempenho do trabalho e também na recuperação na fase pós-operatória.¹

A dor aguda é de recorrência universal, pois estima-se que sua prevalência compreenda de 11% a 14% na população geral, sendo referida com maior frequência na região lombar, órgãos genitais, articular e nos quadris. No âmbito hospitalar, porém, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, comumente associada a dano tecidual, podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40% a 60% dos casos, prevalecendo após cirurgias extensas, como as torácicas, abdominais, renais e ortopédicas.^{1,2}

Essa dor presente na fase pós-operatória de cirurgia cardíaca resulta de um trauma na parede torácica e nas costelas, dadas as incisões, a presença de drenos e a retração das bordas esternais, o que pode ocasionar fratura ou microfratura nos arcos costais e distensão muscular intercostal. Esses fatores são considerados importantes, pois contribuem para a ocorrência de dor no pós-operatório.³

O enfermeiro cuida desse paciente nessa fase utilizando métodos sistematizados, com vista a diagnosticar problemas e traçar intervenções nas complicações pós-cirurgia. O processo de enfermagem, como um método de resolução de problemas, possui cinco fases: investigação; diagnóstico (investigação de problemas); planejamento; implementação, avaliação. Dentre essas fases, destaca-se, principalmente, a primeira e a segunda fase do PE, as quais permitem identificar os problemas e refletir para determinar as possíveis intervenções de enfermagem a ser implementadas com vista a eliminar e/ou controlar os problemas do paciente.⁴

A dor referente ao procedimento cirúrgico está associada ao grande estímulo nociceptivo de dor, em especial na esternotomia, alterando significativamente a função pulmonar pela consequente instabilidade do tórax superior. A dor torácica e a abdominal alta podem ser classificadas de moderada a intensa, com prejuízos: enrijecer a musculatura do diafragma e da parede torácica, dificultar a capacidade de tossir, respirar e movimentar-se adequadamente, diminuir a capacidade pulmonar vital e residual funcional, bem como resultar em atelectasias e pneumonias. Além dessas complicações, podem ocorrer mudanças nos sistemas gastrointestinal, imunológico, hemostático e emocional, comprometendo o resultado do tratamento da lesão original, produzir sequelas e até a morte.^{3,5}

O controle da dor deve ser uma inquietação do enfermeiro, pois a dor ser avaliada de forma abrangente, com a descrição da experiência dolorosa e suas repercussões no funcionamento biológico (com respostas sistemas),

emocional e comportamental do indivíduo. Também devem ser identificados os fatores que contribuem para a melhora ou piora da queixa algica e a seleção de estratégias para seu controle.⁶

Um estudo foi realizado em São Paulo com 41 pacientes cardiopatas, submetidos a cirurgia cardíaca eletiva por toracotomia médio-esternal, cujas idades variaram de 20 a 84 anos, com predominância na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo 39,3% do sexo feminino e 60,7% do sexo masculino. Os pacientes foram avaliados por meio da escala análoga visual (VAS) de 0 a 10 (pontos) em três momentos: pré-operatório (PO), 7º pós-operatório (7PO) e alta hospitalar (AH). A avaliação foi relevante no 7PO, que apresentou intensidade mediana de 3,2 (*dor moderada*) para a maioria dos pacientes. Na alta hospitalar, a intensidade de dor mediana foi semelhante à observada no 7PO (3,0), considerada moderada (56,9%). Dada a maior intensidade de dor, os pacientes relataram ser tolerável, porém piorava com tosse ou esforço em movimentar-se.⁷

Em outro estudo prospectivo a fim de avaliar a dor da esternotomia, após a revascularização do miocárdio em São Paulo, foram enviados questionários para 213 pacientes, e a dor persistente foi comum, sendo que a pior dor atribuída pelos doentes foi de 7 a 10, sendo 49% em repouso, 78% na tosse e 62% em movimento.³

Foi realizado um estudo na unidade de internação cirúrgica e de internação de uma clínica em Ribeirão Preto com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem no período pré-operatório, perioperatório e pós-operatório de cirurgia cardíaca. A amostra foi composta por 17 pacientes, sendo 9 homens e 8 mulheres, com idade média de 58 anos. Foram identificados, no período transoperatório, os principais diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia I da Nanda em 100%: risco para infecção; risco para desequilíbrio de volume de líquidos; troca de gases prejudicada; risco para aspiração; proteção alterada; integridade da pele prejudicada; risco para disfunção neurovascular periférica e risco para lesão perioperatória de posicionamento. Destaque-se, ainda, que o diagnóstico de dor esteve presente em 70,6% na fase pré-operatória e 52,9% na pós-operatória.⁸

A dor aguda pós-operatória e a ansiedade foram investigadas em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em uma cidade do interior de Goiás. Participaram 62 pacientes, sendo 56,5% do sexo masculino e com idade média de 54,8 anos (Dp=12,1 anos). A cirurgia prevalente foi a valvar (46,8%), seguida da revascularização do miocárdio (40,3%). O nível de ansiedade pré-operatória foi *médio* para 92,0% dos pacientes. A intensidade de dor ao repouso e à inspiração profunda declinou com o passar dos dias ($p < 0,05$), sendo classificada como *leve-moderada* (Md=0,0-3,0; Máx=8,0-10,0; Mín=0,0-0,0) ao repouso e *moderada-intensa* (Md=2,0-5,0; Máx=9,0-10,0; Mín=0,0-0,0) à inspiração profunda. Os locais de maior ocorrência de dor, nos quatro dias no pós-operatório foi a região peitoral (40,3% a 53,2%).⁹

Neste artigo propõe-se o desafio de avaliar a dor aguda de pacientes com o uso do método científico pela

caracterização do diagnóstico de enfermagem dor aguda. O conhecimento e a avaliação da dor aguda poderão fornecer informações valiosas para outras pesquisas, a fim de aprimorar estratégias de acompanhamento e tratamento da dor na fase pós-operatória e implementar intervenções de enfermagem. Assim, esta pesquisa surge como uma proposta de contribuição no sentido de reconhecer os fatores atenuantes e agravantes da dor aguda no pós-operatório.

OBJETIVO

Identificar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes no 3º pós-operatório de cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, coorte transversal, realizado em um hospital geral de referência do interior do Estado de Goiás para tratamento cirúrgico de cardiopatias. A pesquisa foi realizada entre o período de outubro de 2009 e abril de 2010, especificamente em uma Unidade de Terapia Intensiva na fase de 3º pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A amostra foi constituída por 37 pacientes, que atenderam aos critérios de inclusão: maiores de 18 anos, submetidos à primeira cirurgia cardíaca, cirurgia de forma eletiva, ferida por meio de esternotomia, estar consciente orientado no momento da coleta de dados e em concordância a responder e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis Unievangélica, tendo parecer favorável sob o Protocolo nº 0051/2009 de Saúde.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com vista à avaliação da dor, por meio de uso de escalas unidimensionais e também pela caracterização do diagnóstico de enfermagem de dor aguda segundo Taxonomia Nanda 2009-2011.¹⁰ A dor foi avaliada nos seguintes aspectos: localização, intensidade, duração da experiência da dor na situação de repouso, inspiração profunda, tosse e vômito.

A intensidade da dor foi mensurada por meio de instrumento unidimensional, a Escala Numérica (EN) de 0 a 10 pontos, onde 0 significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. A EN tem sido indicada para a mensuração da intensidade da dor clínica e experimental, sendo considerada fidedigna e válida para a mensuração das dores aguda, crônica, oncológica e não oncológica¹. Pode ser utilizada de forma verbal ou escrita. Neste estudo, foi utilizada a forma verbal, ou seja, o observador descreveu a escala e anotou o escore que o paciente escolheu como o que melhor representava a intensidade da dor sentida naquele momento. A escala numérica pode ser descrita, também, por palavras recategorizadas, na qual a intensidade de 1 a 3 é considerada dor leve; 4 a 6, dor moderada; 7 a 8, dor intensa; e 10, a pior dor possível.¹

RESULTADOS

Participaram deste estudo 37 pacientes que se encontravam no terceiro dia pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo 56,2% do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino. A idade média foi de 57,5 anos (Dp=15,7), as faixas predominantes foram de 61 a 70 e > 70 anos, representando 24,3% da amostra, conforme demonstra os dados demográficos representados na TAB. 1.

Ainda na TAB. 1 observa-se que 75,6% dos pacientes eram casados, 56,0% possuíam ensino fundamental incompleto, 27,0% eram analfabetos e 45% residiam em cidades do interior de Goiás.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Anápolis-GO – 2009-2010

Variáveis	Pacientes submetidos a cirurgia cardíaca	
	N	%
Sexo		
Masculino	21	56,2
Feminino	16	43,2
Idade (anos)		
18-40	5	13,5
41-50	6	16,2
51-60	8	21,6
61-70	9	24,3
>70	9	24,3
Estado civil		
Casado	28	75,6
Solteiro	6	16,2
Viúvo	1	2,7
Divorciado	2	5,4
Escolaridade (anos)		
Ensino fundamental Incompleto	21	56,7
Ensino médio (1º ao 3º)	3	8,1
Ensino médio incompleto	2	5,4
Superior incompleto	1	1,2
Analfabeto	10	27,0
Estado/município de moradia		
Goiás/Anápolis	12	32,4
Goiás/Outros	17	45,9
Minas Gerais	5	13,5
Pernambuco	3	8,1

Fonte: Dados da pesquisa.

O tipo de cirurgia cardíaca mais comum foi a revascularização do miocárdio (62,1%), seguida de cirurgia valvar (29,7%). A maioria dos participantes (89,2%) não apresentou doenças infecciosas na infância. Quanto aos fatores de risco, 43,2% tinham hipertensão e 13,5% tinham diabetes *mellitus* (TAB. 2).

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, segundo o tipo de cirurgia, doenças infecciosas na infância, hipertensão e diabetes. Anápolis-GO – 2009-2010

Variáveis	Pacientes submetidos a cirurgia cardíaca por esternotomia	
	N	%
Tipo de cirurgia		
Valvar	11	29,7
Revascularização do miocárdio (RM)	23	62,1
Correção defeitos congênitos	3	8,1
Doenças infecciosas na infância		
Sim	4	10,8
Não	33	89,2
Doenças existentes		
Hipertensão	16	43,2
Diabetes <i>mellitus</i>	5	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

A intensidade da dor na situação geral foi avaliada por meio da recategorização da dor. Nesse sentido, ficaram caracterizada pelos pacientes, respectivamente, as seguintes frequências de dor: 4 (10,8%): leve; 12 (32,4%): moderada; 7 (18,9%): intensa; e 10 (27%) pior dor possível (FIG. 1).

Observa-se que os escores 4 (moderada) e 10 (pior dor possível) foram os mais frequentemente escolhidos, somando 27,0% pelos pacientes, sendo que ambos apresentam a mesma predominância de 13,5% dos pacientes avaliados respectivamente.

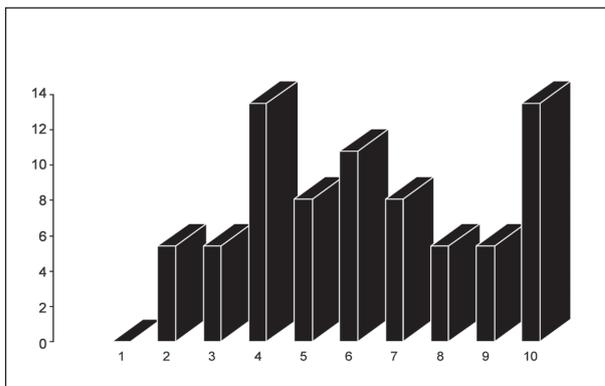


FIGURA 1 – Distribuição dos escores atribuídos à intensidade de dor, por meio da Escala Numérica de 0 a 10, de acordo com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Anápolis-GO – 2009-2010

Fonte: Dados da pesquisa.

Na FIG. 2, é possível observar que a média dos escores atribuídos a intensidade da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca, avaliada por meio da escala analógica numérica verbal, apresentou os seguintes resultados nas situações: paciente em repouso (M=3,27; MIN=0; MAX=10); inspiração profunda (M=3,49, MIN=0, MAX=10); quando tosse (M=4,62, MIN=0, MAX=10), o que correspondeu ao maior índice de dor; e durante episódio de vômito (M=1,24, MIN=0, MAX=10).

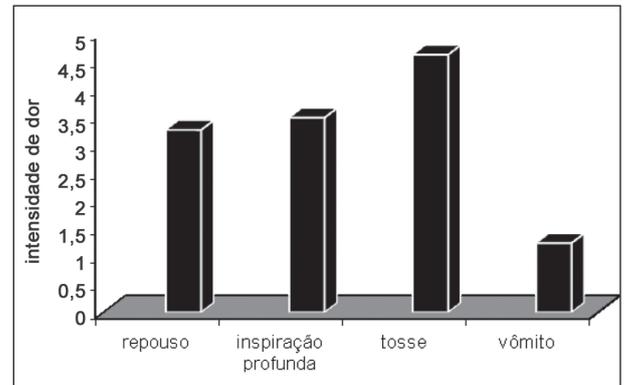


FIGURA 2 – Distribuição da intensidade média de dor no 3º PO relatada pelos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, de acordo com as situações de repouso, inspiração profunda, tosse e vômito. Anápolis-GO – 2009-2010

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à localização da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca (FIG. 3), observou-se que a região esternal prevaleceu (86,4%), a região abdominal foi apontada por 19 pacientes (51,3%) e membros inferiores, por 18 (48,6%). Nota-se que as localizações descritas com menor dor foram a região peitoral (32,4%) e a região lombar (21,6%).

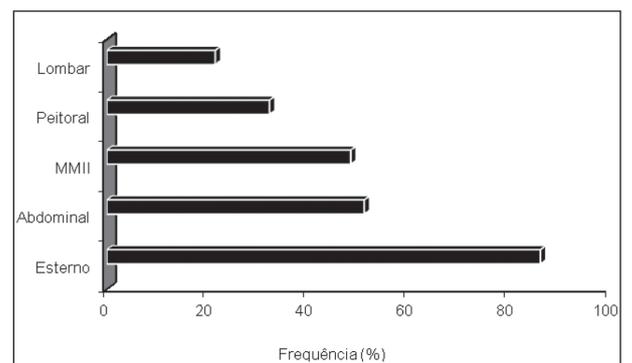


FIGURA 3 – Distribuição da localização da dor no 3º PO, por meio do diagrama corporal dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Anápolis-GO – 2009-2010

Fonte: Dados da pesquisa.

Os fármacos mais utilizados pelos pacientes para o controle de vômitos foi a ranitidina (59,5%) e o plasil

(24,3%). Para controle da dor os analgésicos que mais predominaram foi a dipirona (54,1%) e os opioides (nubain) (8,1%) e os menos utilizados foram voltaren e tilatil (2,7%). Destaque-se que o analgésico mais utilizado em forma de “se necessário” (SN e/ou SOS) foi a dipirona em 29,7% dos casos (FIG. 4).

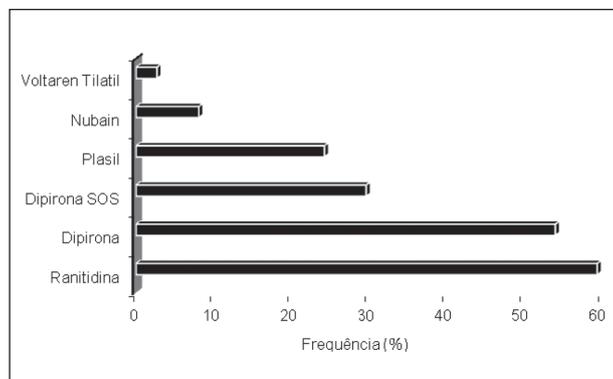


FIGURA 4 – Analgesia recebida durante o 3º PO de cirurgia cardíaca, por esternotomia. Anápolis-GO – 2009-2010

Fonte: Dados da pesquisa.

A caracterização da dor também foi evidenciada pelo uso do julgamento clínico de enfermagem do DE dor aguda. Foram identificadas várias características definidoras, sendo que a maioria dos pacientes (59,5%) apresentou comportamento de proteção, principalmente quando tossiam e apresentavam maior intensidade de dor ($p=0,036$). A maior intensidade de dor ($M=7,6$) foi evidenciada em pacientes com a característica irritabilidade (8,1%) TAB. 3.

A característica definidora expressão facial foi identificada por meio de duas evidências: a primeira foi *olhos sem brilho* (35,1%), cujos pacientes relataram maior intensidade de dor ($M=6,4$; $p=0,029$), e a segunda foi *aparência abatida* (37,8%) que também relataram maior intensidade de dor ($M=6,3$; $p=0,031$) em relação aos não tinham aparência abatida ($M=3,8$) TAB. 3.

A dor também foi classificada por meio da *característica de uso de gesto protetor*. Os pacientes com esses gestos apresentaram maior intensidade de dor ($M=5,5$) quando comparados com os demais que não apresentavam tal característica ($p=0,021$).

TABELA 3 – Caracterização do diagnóstico de enfermagem de dor aguda, segundo as características definidoras (NANDA, 2010), correlacionado com intensidade de dor de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca por esternotomia. Anápolis-GO – 2009-2010

Variáveis	n (%)	Intensidade de dor					p
		M ¹	Md ²	Mo ³	Mín. ⁴	Máx. ⁵	
Características definidoras							
Comportamento de distração *							0,211
Muda de assunto	6 (16,2)	3,2	3,5	4	0	8	
Não apresentou	31 (83,8)	5	5	0	0	10	
Comportamento de proteção**							0,036
Travesseiro	22 (59,5)	6	6	6	0	10	
Mão	6 (16,2)	3,2	3,5	0	0	7	
Não apresentou	9 (24,3)	2,8	2	0	0	10	
Comportamento expressivo***							
Suspirar	19 (51,3)	4,8	5	0	0	10	0,830
Agitação	9 (24,3)	5,7	6	6	0	10	0,275
Gemer	6 (16,2)	5,8	6,5	5	0	9	0,349
Vigilância	4 (10,8)	4,2	4	0	0	9	0,805
Irritabilidade	3 (8,1)	7,6	8	6	6	9	0,122
Chorar	2 (5,4)	5	5	0	0	10	0,892
Ansioso	1 (2,7)	5	5	5	5	5	0,925
Expressão facial***							
Olhos sem brilho	13 (35,1)	6,4	6	6	0	10	0,029
Aparência abatida	14 (37,8)	6,3	6	6	0	10	0,031
Movimentos fixo ou disperso	3 (8,1)	2,7	4	4	0	4	0,261
Careta	1 (2,7)	8	8	8	8	8	0,320

continua...

Variáveis	n (%)	Intensidade de dor					p
		M ¹	Md ²	Mo ³	Mín. ⁴	Máx. ⁵	
Características definidoras							
Foco Estreitado**							0,357
Interação reduzida com pessoas e ambiente	4 (10,8)	6	5,5	4	4	9	
Processos de pensamento prejudicados	4 (10,8)	2,5	1,5	0	0	7	
Não apresentou	29 (78,4)	4,8	5	0	0	10	
Gestos Protetores*							0,021
Sim	26 (70,2)	5,5	6	6	0	10	
Não	11 (29,7)	2,7	2	2	0	10	
Mudança de apetite*							0,925
Sim	22 (59,5)	4,7	5,5	0	0	10	
Não	15 (40,5)	4,7	4	4	0	10	
Relato verbal de dor*							0,863
Sim	33 (89,2)	4,7	4	0	0	10	
Não	4 (10,8)	5	5,5	6	3	6	

¹média; ²mediana; ³moda; ⁴mínima; ⁵máxima; *Teste: Mann-Whitney; **Teste: Kruskal-Wallis; ***Teste: Mann-Whitney, comparado com quem não apresentou o comportamento.

Enfatize-se que o fator relacionado do DE dor aguda que ocorreu em 100% dos entrevistados foi agente lesivo (físico), dada a incisão cirúrgica no esterno (esternotomia) nos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

DISCUSSÃO

O sexo masculino prevaleceu com a idade média de 57,5 anos. Em relação o nível de escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Nesse sentido, em estudo realizado no interior de São Paulo, com 41 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, constatou-se que o sexo masculino também prevaleceu em 61,0% dos casos. A faixa etária variou de 50 a 69 anos e a mediana foi de 57 anos, sendo que, desses pacientes entrevistados, 77,4% tinham primeiro grau incompleto e 9,4% eram analfabetos.⁷

Nesse estudo, prevaleceu a revascularização do miocárdio seguida de troca valvar, sendo caracterizados os principais fatores de risco à hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguida de diabetes *mellitus*. Um estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que os principais procedimentos cirúrgicos realizados foram a revascularização miocárdica (50%) e a troca valvar (49%). Quanto aos fatores de risco, identificou-se a maior prevalência de HAS (76%), seguida de diabetes *mellitus* com frequência de 20%. Tais achados foram semelhantes aos encontrados neste estudo.⁵

A HAS constitui um dos fatores de riscos fundamentais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, portanto, estudos brasileiros demonstram uma prevalência entre 12% e 35% de HAS em diferentes regiões.¹¹

A identificação precoce dos fatores de risco da hipertensão e diabetes pode auxiliar os profissionais da área de saúde a orientar os indivíduos sobre os aspectos preventivos da doença. Hábitos alimentares não saudáveis, vida sedentária, falta de controle da diabetes e da hipertensão, favorecem os riscos de um evento cardiovascular.¹²

Nesse contexto observa-se que a hipertensão arterial é uma doença muito prevalente na população brasileira, sendo predominante em uma faixa etária mais avançada. O excesso de sal na alimentação, a ingestão de bebidas alcoólicas, a obesidade e o sedentarismo são fatores de risco que podem provocar o aumento da pressão sanguínea. É uma doença que, se for controlada e houver hábitos alimentares saudáveis, a pressão pode ser reduzida e diminuir os números de casos com HAS graves, uma das indicações para futuras cirurgias cardíacas.

Quanto ao tipo de cirurgia, neste estudo aponta-se que a cirurgia mais frequente foi a revascularização do miocárdio (62,1%), seguida de cirurgia valvar (29,7%). Em um estudo realizado em Porto Alegre com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, demonstrou-se que prevaleceu a revascularização do miocárdio (50,0%), seguida de troca valvar (49,0%).⁵ Dessa forma a revascularização do miocárdio está sendo a intervenção cirúrgica que mais se destaca, dadas as doenças coronarianas, que necessitam do tratamento cirúrgico de manutenção de perfusão do músculo cardíaco (miocárdio).

Já em outro estudo evidenciam-se resultados diferentes. Em um hospital, em Goiânia, 66 pacientes foram submetidos a cirurgia cardíaca e identificou-se a cirurgia valvar como a mais prevalente (56,06%), seguida da

revascularização do miocárdio (31,82%).¹³ Em um estudo realizado no interior de Goiás com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, a cirurgia valvar também foi apontada com maior frequência em 46,8% dos casos avaliados.⁹

Em relação à intensidade de dor geral, os pacientes entrevistados relataram, com maior frequência, a dor moderada e a pior dor possível. Esses resultados se diferenciaram de outro estudo em que também se investigou a intensidade da dor em 62 pacientes na situação repouso os quais demonstraram níveis menores no 3º PO de cirurgia cardíaca, sendo observado que 33,9% dos pacientes referiram dor leve, 6,4% moderada e 4,8% dor intensa.⁹

Outro estudo realizado com 41 pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, apontou que apenas 30% da amostra referiram dor no 3º PO, com a média de frequência moderada 4,67 (DP= 3,57, p= 0,859) e permanecendo até o 5º dia de pós-operatório 4,7 (DP=3,60, p= 0,547).⁵ Em outro estudo no interior de São Paulo, 41 pacientes estudados, ainda no 7º PO e na alta hospitalar, relataram dor leve (Md=3,2, Md=3,0, respectivamente).⁷

Quanto à caracterização da dor por meio da avaliação por escores atribuídos à intensidade da dor, neste estudo demonstrou-se que o maior índice aconteceu durante os episódios de tosse (M=4,62), seguido de inspiração profunda (M=3,49). Em estudo realizado com 182 pacientes no Hospital das Clínicas, em São Paulo, foram demonstrados resultados semelhantes, sendo que a dor foi avaliada em diferentes grupos com intervalos de seis horas. Observou-se que o grupo 2 foi atendido por enfermeiros com capacitação sobre o controle da dor e que fizeram uso de uma ficha sistematizada para avaliação da dor a cada duas horas. Nesse grupo a média de intensidade da dor (0 a 10) ao repouso no primeiro momento foi moderada (4,2 – Dp=3,2), apresentando-se leve nos demais momentos; na inspiração profunda foi moderada no primeiro momento (5,3 – Dp=3,0), no segundo momento (4,0 – Dp=2,2) e leve nos demais momentos.³

Em outro estudo, realizado também no interior de Goiás com 62 pacientes em fase do pós-operatório imediato (POI) ao 3º pós-operatório, a dor presente em 45,2% dos pacientes em repouso foi descrita como leve (33,9%), moderada (6,4%) e intensa (4,8%). Em inspiração profunda 75,8% a dor caracterizou-se como leve (54,9%), moderada (17,7%) e intensa (3,2%).⁹

A dor deve ser controlada e preferencialmente não deve existir na fase pós-operatória de forma que prejudique a recuperação do paciente. Infere-se que a presença de dor nas situações avaliadas pode variar de intensidade, principalmente quando relacionada às diversas situações vivenciadas pelos pacientes (repouso, inspiração profunda, tosse e vômito). Quanto maior o esforço, mais alta a intensidade de dor, como identificado na situação avaliada de tosse. Dessa forma, é muito importante manter a analgesia administrada de forma regular para proporcionar conforto e, possivelmente, melhor recuperação ao paciente durante a fase pós-operatória.

Na avaliação, quanto à localização da dor, evidenciou-se que a região esternal prevaleceu. A dor pós-operatória, em especial na caixa torácica, reduz a movimentação (dada a instabilidade esternal), dificulta a respiração profunda, prejudica o sono, provoca desgaste físico e menor motivação para o tratamento.^{5,15} Em outro estudo realizado com 30 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em Porto Alegre, relatou-se que a dor referida no 3º PO foi moderada e localizada também na região esternal.⁵

Em relação a outras regiões acometidas pela dor, a região abdominal foi apontada em segundo lugar, seguida de dor em membros inferiores e outras regiões. Em estudo também do interior de Goiás com 62 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, evidenciaram-se achados semelhantes no 3º PO, em que 40,3% dos pacientes entrevistados ainda sentiram dor na região peitoral; 16,1%, nas regiões peitoral e torácica; 12,9%, na torácica; e 4,8%, na abdominal.⁹

O controle da dor pós-operatória é essencial para a assistência integral ao paciente cirúrgico. Por isso, podem ser indicadas técnicas farmacológicas, com o objetivo de bloquear a geração, a transmissão, a percepção e a apreciação dos estímulos nociceptivos, o que pode ser feito em diferentes níveis dos sistemas nervoso central e periférico com a utilização de fármacos de analgesia simples até os mais potentes.¹⁶

Pode-se observar que o analgésico simples mais utilizado foi a dipirona em horário regular e também em forma “se necessário”. Em estudo realizado com 11 pessoas que se submeteram a revascularização do miocárdio, notou-se que, no 1º PO, 27% dos pacientes receberam analgesia complementar (dipirona) nas primeiras 12 horas, sendo que a intensidade da dor mensurada pela escala verbal numérica foi leve. E a maioria, no 2º PO (27%), recebeu analgesia complementar (dipirona) nas primeiras 8 horas.²

Em estudo realizado em Uberlândia, foram avaliados 20 pacientes, que se submeteram a cirurgia de tórax e foram separados em três grupos. No grupo 1, houve maior necessidade de analgésicos complementares no período de 0 a 6 horas após a cirurgia e em todos os seus intervalos. Todos os grupos apresentaram náuseas e vômitos nos grupo 1 (100%), no grupo 2 (33%) e no grupo 3 (57%), necessitando de tratamento com antieméticos.¹⁷

Ainda quanto à analgesia por fármacos mais potentes, os opioides foram usados com menor frequência (8,1%), seguidos dos Aines (Vontarem e Tilatil), usados em 2,7% dos casos.

Os analgésicos podem gerar vícios, levando os profissionais à prescrição dos analgésicos em esquema “se necessário”. Menciona-se, também, a falta de conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre a avaliação e a mensuração da queixa dolorosa, administração correta dos opioides e dos seus efeitos colaterais, dificultando o alívio da dor e a recuperação dos pacientes no pós-operatório.⁹

Assim, torna-se importante a reflexão sobre a função da equipe de enfermagem como agente de competência e controle de infusão de drogas para manter o conforto e o tratamento na fase pós-operatória. É muito importante a equipe de enfermagem conhecer e atuar de forma precisa e eficaz, sempre atenta à necessidade de complementação e manutenção de analgesia com uso de fármacos que complementem e mantenham a analgesia do paciente no período pós-operatório.

Na forma de proteção gástrica e medidas para controlar náuseas e vômitos, os fármacos mais utilizados foram a ranitidina e o plasil. Destaque-se que é muito importante manter um conforto gástrico e o paciente livre de náuseas e vômitos, que são episódios que podem potencializar a dor e até trazer complicações dado o esforço abdominal durante o período de vômito.

Após esta análise sobre a mensuração da dor por meio de instrumentos ordinários (escalas numéricas) de descrição de dor, foi possível identificar os fatores relacionados e as principais características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, discutidos a seguir.

O fator relacionado presente em todos os pacientes foi *agente lesivo (físico)* relacionado à incisão cirúrgica por esternotomia e presença de drenos mediastinais. Esses fatores desencadeiam a dor aguda por meio de lesão física por permanência do dreno e também a presença de incisão cirúrgica, ruptura do esterno para acesso ao coração durante o ato cirúrgico, que lesam terminações nervosas e mantêm o desenvolvimento do estímulo doloroso na fase pós-operatória.

O julgamento clínico do DE dor aguda foi caracterizado por meio de identificação de *características definidoras*, dentre elas o **comportamento de proteção** foi caracterizado na maioria dos pacientes entrevistados, quando tossiam e durante a inspiração profunda, que buscavam proteger-se com o uso de um travesseiro (colocando-o sobre o tórax), na tentativa de aliviar a dor e o esforço direto no local da ferida operatória. Essa característica foi uma associação significativa ($p=0,036$) com a presença de maior intensidade ($M=6$) de dor quando comparada com aqueles pacientes que não usaram o travesseiro como apoio.

Essa atitude pode minimizar possíveis esforços que potencializem períodos algícos, já que nos primeiros dias do pós-operatório a dor é mais intensa e diminui para leve com o passar dos dias com a instalação do processo de cicatrização e diminuição do edema local do processo inflamatório que envolve a cicatrização.

O **comportamento expressivo** foi caracterizado por apresentar comportamentos do tipo suspirar como o mais evidente (51,3%) e o estado de ansiedade como menos evidente (2,7%), contudo os pacientes que apresentaram a irritabilidade tiveram maior intensidade de dor ($M=7,6$) sem associação significativa ($p=0,122$). Enfatize-se que a característica de gemer esteve presente em 13,5% dos pacientes durante as tentativas de se movimentarem no leito, inspirar profundamente e tossir.

Em estudo envolvendo 17 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca apontou-se que, no 3º PO, 100% dos entrevistados apresentaram *mobilidade física prejudicada*.⁸ Isso pode limitar o paciente em qualquer movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.¹⁰

A ansiedade foi avaliada, por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-Estado), na fase pré-operatória diante da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca em um estudo do interior que Goiás em 62 pacientes. Evidenciou-se que a ansiedade no pré-operatório foi média (92%), sem associação significativa com a dor na fase pós-operatória no 3º PO.⁹

Compreende-se que é muito importante o enfermeiro estar atento à comunicação não verbal, sendo primordial a identificação desses comportamentos expressivos como sinais que o paciente pode apresentar. Assim, ele pode validar as informações verbais relatadas pelo pacientes.

Como foi mostrado na TAB. 3, a característica definidora "comportamento expressivo" e seus respectivos descritores não mostraram associação significativa ($p>0,05$).

A **Expressão facial** foi observada nos pacientes que apresentavam *olhos sem brilho e aparência abatida* em 35,1% com intensidade de dor $M=6,4$ ($p=0,029$), quando comparado com os que não apresentaram 64,9% $M=3,8$. Já em um estudo realizado em São Paulo com pacientes submetidos cirurgia cardíaca, demonstrou-se que 94,4% dos pacientes avaliados em vigência da dor apresentaram máscara facial de dor, enquanto apenas 9,0% dos pacientes avaliados no período de até 24 horas do episódio doloroso apresentaram máscara facial de dor, indicando que essa característica está diretamente relacionada ao episódio de dor.¹⁸

A expressão facial de dor pode ser descrita por várias expressões, como: olhos sem brilho, aparência abatida, careta, dentes cerrados e movimentos de face fixos ou dispersos.¹⁸ Isso chama atenção para que a equipe de enfermagem considere esses aspectos na hora de avaliar o paciente, pois a dor pode trazer, também, alterações orgânicas, como no padrão de sono. Enfatize-se, também, que pode ser um sinal de complicação de sintomas no local da dor referida como de outras localidades.

Um das funções orgânicas mais afetadas por causa da dor é a privação do sono, podendo ocasionar um grande impacto na qualidade de vida e o aumento no risco de doenças psiquiátricas. A diminuição do tempo total do sono, aumento do tempo na cama e fragmentação do sono são alterações que podem acarretar quadros de insônia. Essas alterações estão diretamente ligadas à intensidade da dor.¹

Os **gestos protetores** são caracterizados por posicionamento e gestos posturais do paciente em relação à área dolorosa (esternotomia), sendo que 70,2% apresentaram maior intensidade de dor ($M=5,5$) com uma associação significativa ($p=0,021$), o que demonstra insegurança e medo durante a manipulação do curativo. Essa característica definidora também esteve presente

em outro estudo sobre caracterização de diagnósticos de enfermagem na fase de pós-operatório de cirurgia cardíaca em 100% dos entrevistados.¹⁸

Nessa característica, observou-se que principalmente na manipulação do curativo havia uma mudança direta na postura e a demonstração de insegurança e medo de sentir mais dor na área afetada (esternotomia e localização de dreno de mediastino). Relatou-se, também, a mudança de decúbito, uma tentativa de redução da dor e melhora no conforto.

A **mudança de apetite** foi caracterizada em 59,4% dos pacientes em decorrência da dor. Já em outro estudo realizado em São Paulo com 40 pacientes, relatou-se que 70% dos entrevistados do grupo A submetidos a cirurgia cardíaca referiram diminuição na ingestão de alimentos sólidos e 22,5% na ingestão de alimentos líquidos. A perda de apetite foi citada por 82,5%.¹⁸

A alteração no apetite é umas das complicações em pacientes que manifestam dor no pós-operatório. Isso pode ocorrer por causa do estado geral do paciente, tipo de cirurgia e de seu quadro clínico. Das complicações relacionadas à dor pós-operatória de tórax e abdome superior, podem ser destacadas a redução da motilidade intestinal, a distensão abdominal, náuseas e vômitos.^{1,3,14,19} Essas complicações podem reduzir o apetite e prolongar o período de internação.

O **relato verbal de dor** ocorreu em 89,2% dos pacientes, sendo caracterizado de forma espontânea. Os pacientes queixaram-se de dor em várias situações, porém a pior situação foi de dor durante a tosse.

Em um estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital das Clínicas, em São Paulo, o relato verbal da dor esteve presente no pré-operatório (70,6%) e no período pós-operatório (52,9%).⁸

O paciente também pode manifestar dor por meio de relatos não verbais, que podem ser observados nas expressões faciais: olhos muito abertos ou fechados, franzir as sobrancelhas, dentes cerrados; alterações vocais: gemidos, choros, gritos; e por movimentos corporais: agitação, imobilização e tensão muscular.^{1,9,20}

Ressalte-se, ainda, que mudanças involuntárias podem acontecer e que são consideradas mais corretas do que informações verbais. Essas respostas involuntárias – o aumento da frequência respiratória e cardíaca – constituem uma das manifestações do sistema nervoso autônomo relacionadas à complicação da dor no pós-operatório.

A dor pode surgir em resposta ao estresse, à ansiedade, à idade e/ou ao procedimento cirúrgico, podendo prejudicar nas atividades diárias, como sono, apetite,

concentração, deambulação, trabalho, humor, relacionamento interpessoal e na recuperação do paciente.¹⁹ Esses fatores podem aumentar ou diminuir a tolerância à dor e afetar os modos de resposta a ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitiram concluir que, dos 37 pacientes avaliados, prevaleceu o sexo masculino e a maior faixa etária foi de 60 a 70 e maiores de 70 anos. A cirurgia cardíaca mais comum foi a de revascularização do miocárdio.

Quanto à intensidade da dor no pós-operatório, notou-se que a dor geral foi descrita como moderada, na tosse foi moderada e na inspiração profunda, no vômito e no repouso foi considerada leve. O principal local relatado foi como mais comum foi a região esternal e o principal analgésico foi a dipirona.

O fator relacionado existente foi agentes lesivos (físicos) e as principais características definidoras com associações significativas ($p < 0,05$) foram comportamento de proteção (uso de travesseiro), expressão facial (olhos sem brilho) e gestos protetores.

Destaque-se que a identificação da dor por meio do uso da Taxonomia II da NANDA-I em conjunto com o uso de instrumentos unidimensionais como as escalas de dor numérica (EN) foi extremamente importante para ter maior precisão quanto à identificação e à descrição da dor nas diversas situações avaliadas, uma vez que a dor é referida como um fenômeno subjetivo e multidimensional.

Por meio da utilização de instrumento de mensuração (escala numérica) de dor foi possível verificar associações que confrontam as características definidoras identificadas diante da intensidade de dor, o que confirma o julgamento clínico preciso do DE dor aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Para a avaliação adequada da dor, o enfermeiro deve estar capacitado teórica e praticamente para mensurar de forma precisa utilizando uma avaliação abrangente. Por meio deste estudo foi possível conhecer a realidade do paciente com dor aguda pós-operatória e identificar necessidades de cuidados diante do controle da dor aguda. Acredita-se que este trabalho pode contribuir com novos estudos para a implementação de cuidados ao paciente com dor aguda e o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Sugere-se que outros estudos possam repetir este método para confrontar nossos achados e também identificar possíveis intervenções de enfermagem para o controle da dor, como um desafio a ser alcançado na próxima etapa do planejamento.

REFERÊNCIAS

1. Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Issy AM, Espada EB, Sakata RK, Lanchote VL, Auler Júnior JOC, Santos SRCJ. Efeitos Analgésico Residual do Fentanil em Pacientes Submetidos à Revascularização do Miocárdio com Circulação Extracorpórea. Rev. Brás Anestesiol. 2002 set – out; 52 (52): 562-569.

3. Silva MAS. Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatório de cirurgia cardíaca; Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2007. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Trad. Regina Gacez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução: Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
5. Giacomazzi CM, Langni VB, Monteiro MB. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Braz. J. cardiovasc. Surg*, 2006 out./dez; 21 (4):386-389.
6. Silva YB, Pimenta CAM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Ver. Esc Enferm USP*. 2003; 37(2):109-118.
7. Borges JBC, Ferreira DLMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM. et AL. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2006; 21 (4): 393-402.
8. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm. USP*. 2006; 40(1):26-33.
9. Lima, L. R. Dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca por esternotomia: ocorrência, localização, intensidade e qualidade. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2009.
10. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010
11. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* 2003 Jan/Fev; 13(1): 7-19.
12. Stuchi RAG, Carvalho EC. Persuasão como estratégia para modificar as crenças nos comportamentos de riscos para a doença arterial coronariana. *REME – Rev. Min. Enferm.*; 12(3): 295-302, jul./set., 2008.
13. Ferreira LB, Viegas MO. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no hospital Santa Genevieve em Goiânia [monografia]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás/UCG; 2004. 15 p.
14. Guaragna JCVC. Pós-operatório em cirurgia cardíaca. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Pimenta CAM, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. *Revista Paulista de Enfermagem*. 1992;11(1):3-10.
16. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-Americana Enfermagem*. 2003: mar-abr;11(2):215-219.
17. Fonseca NM, Mandim BLS, Amorim CGA. Analgesia pós-toractomia com associação de morfina por via peridural e venosa. *Rev. Brás Anestesiol*. 2002; 52:5:549-561.
18. Corrêa, C. G. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. 132f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997
19. MATOS, S. S. de. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual. 2009. 125f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
20. Rigotti MA, Ferreira A M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq. Ciênc Saúde*, 2005 jan/mar; 1(12):50-54, 2005.

Data de submissão: 29/9/2011

Data de aprovação: 14/2/2012