

CIRURGIA CARDÍACA EM ADULTOS: EFEITOS DOS ANALGÉSICOS NA PERCEPÇÃO DOLOROSA

THAIZA TEIXEIRA XAVIER
SANDRA MARIA DA SOLIDADE GOMES SIMÕES DE OLIVEIRA TORRES
GILSON DE VASCONCELOS TORRES
Doutoranda Bolsista FAPESB –
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde-UFRN/FACISA-RN Brasil
Email: thaizax@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as condições que mais contribuem para morbimortalidade precoce e constituem a principal causa de morte e incapacidade para 2010, visto que representam os mais altos custos em assistência médica (GUS; FISCHMANN, 2002; VILA; ROSSI; COSTA, 2008). Podendo ser observada em indivíduos jovens, tendo caráter progressivo com o passar dos anos e atingindo um estágio terminal da doença antes da meia idade (THOMÉ et al, 1996).

O tratamento cirúrgico através da revascularização miocárdica tem-se mostrado efetivo no controle dos sintomas, melhor funcionamento cardíaco, prevenção do infarto do miocárdio, recuperação física, psíquica e social do paciente e aumento da expectativa de vida dos indivíduos (VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

Desta forma a dor é uma experiência praticamente inevitável no período pós-operatório e sua amplificação neste período é gerada por uma cascata de eventos, uma vez que impulsos nociceptivos de estruturas viscerais e somáticas, geram várias disfunções (VALVERDE; ROSA; SANTOS, 2009). A dor aguda segue a instalação da lesão tecidual e, geralmente, desaparece com a resolução do processo causal e apesar de ter função de alerta, produz efeitos intensos no sistema nervoso que alteram a sensibilidade a estímulos subseqüentes. Quando decorrente da cirurgia cardíaca a dor manifestou-se como moderada em vários estudos (XAVIER; COSTA; TORRES, 2005; FERREIRA; CARVALHO, 2006; GIACOMAZZI; LANF; MONTEIRO, 2006).

O controle da dor por meio farmacológicos não é tão fácil de alcançar como é pensado, ou por condições fisiológicas ou psicológicas do paciente (GAVITO et al, 1999). Desta forma a avaliação da dor deve ser sistematizada, diária e notificada de forma detalhada, buscando-se à satisfação do paciente com a analgesia (PEREIRA; SOUSA, 1998; XAVIER; TORRES; ROCHA, 2005; LIMA et al, 2008).

As informações da dor decorrente da cirurgia cardíaca podem influenciar positivamente na atuação da equipe multiprofissional durante a assistência aos pacientes através da administração de analgésicos adequados para minimizar a dor.

Neste sentido, partindo-se do pressuposto que a analgesia influencia diretamente o comportamento doloroso, temos como objetivo neste estudo investigar os analgésicos administrados e a dor pós-operatória de pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de ética da UFRN (176/05). Foi realizado em dois Hospitais do município de Natal/RN que atendem os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Foram excluídos os pacientes com dor pré-operatória, com alterações cognitivas e que não quisessem participar do estudo.

Os dados foram coletados a partir da avaliação fisioterapêutica no pré e pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, enquanto a aferição da dor foi realizada pela escala numérica de dor, que consiste no intervalo de zero a dez, no qual o zero significa

ausência de dor e o dez à pior dor imaginável, sendo ainda o fenômeno doloroso categorizado em dor leve (1-3), dor moderada (4-7) e dor intensa (8-10) (XAVIER, TORRES; REIS, 2006).

No 1º dia de pós-operatório (1ºDPO) em que os pacientes queixaram-se de dor a mesma foi avaliada através da escala numérica de dor e os pacientes solicitados a referirem a queixa dolorosa de zero a dez pontos, sendo então a dor notificada pelo pesquisador.

A análise estatística descritiva foi utilizada para caracterização clínica e sócio-demográfica da amostra. O teste T foi utilizado para comparar as médias da intensidade dolorosa referida pelos pacientes.

Os dados foram organizados, tabulados e submetidos ao tratamento estatístico no programa SPSS versão 15.0.

RESULTADOS

Foram avaliados no 1ºDPO, 87 pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca, destes 69 (79,3%) queixaram-se de dor, 42 (48,3%) eram do sexo masculino e 45 (51,7%) do sexo feminino, com idade média de 45±11 anos, 42 (48,3%) pacientes tinham o ensino fundamental. A raça branca predominou em 80 (92%) pacientes, 47 (54%) não trabalhavam. Em relação às doenças pré-existentes, 43 (49,4%) indivíduos apresentaram: obesidade (31%), hipertensão arterial sistêmica (26,4%), diabetes (9,2%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (2,3%) (DPOC). Os procedimentos cirúrgicos realizados na amostra encontram-se na Tabela 1.

No trans-operatório as incisões realizadas foram: esternotomia (97,7%), toracotomia pósterio-lateral (1,1%) e toracotomia ântero-lateral (1,1%). 71,3% dos pacientes receberam anestesia geral associada à raquimedular.

Tabela 1. Procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca. Natal/RN, 2009.

Procedimentos cirúrgicos	N	%
Revascularização do miocárdio		
Com CEC	12	13,8
Sem CEC	30	34,5
Cirurgia valvar		
Implante valvar	23	26,4
Plastia valvar	5	5,7
Cirurgia Corretiva		
Correção da PCA	4	4,6
Correção do CIA	9	10,3
Procedimentos combinados		
Plastia valvar e RM	1	1,1
Correção da PCA, IV e RM	2	2,3
Total	87	100,0

CEC: circulação extracorpórea; PCA: persistência do canal arterial; CIA: comunicação interarterial; RM: revascularização do miocárdio.

No pós-operatório imediato ao serem avaliados na Unidade de terapia Intensiva (UTI), 54% dos pacientes possuíam dois drenos torácicos e a retirada destes drenos ocorreu em 24 horas para 72,4%. Dentre os pacientes que apresentaram complicações pós-operatórias (18,4%), a hipotensão esteve presente em 5,4%.

A intensidade da dor foi categorizada em leve, moderada e intensa para cada tipo de analgésico administrado nos pacientes. A variação deste comportamento doloroso encontra-se na Tabela 2. Observou-se que apenas quatro analgésicos foram administrados isoladamente,

tendo predominado o paracetamol em 46% dos pacientes e que 4,6% dos pacientes não receberam qualquer tipo de analgésico no 1ºDPO.

Tabela 2. Comportamento doloroso segundo a distribuição dos tipos de analgésicos administrados no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Natal/RN, 2009.

Analgésicos	n	%	Ausente	DOR		
				Leve	Moderada	Intensa
Não recebeu	4	4,6	33,3	33,3	33,3	0,0
Paracetamol	40	46,0	22,5	35,0	27,5	15,0
Paracetamol associado à codeína	2	2,3	0,0	100,0	0,0	0,0
Dipirona	14	16,0	21,4	35,7	35,7	7,1
Tilatil	2	2,3	0,0	0,0	50,0	50,0
Paracetamol e paracetamol associado à codeína	1	1,1	0,0	100,0	0,0	0,0
Paracetamol e dipirona	9	10,3	11,1	22,2	44,4	22,2
Paracetamol e tilatil	7	8,0	28,6	14,3	42,9	14,3
Tilatil, dipirona e Paracetamol	1	1,1	0,0	0,0	100,0	0,0
Paracetamol, dipirona, paracetamol associado à codeína e tilatil	1	1,1	0,0	0,0	0,0	100,0
Paracetamol e tramadol	1	1,1	0,0	0,0	100,0	0,0
Paracetamol e toradol	1	1,1	100,0	0,0	0,0	0,0
Dipirona e tramadol	4	4,6	0,0	25,0	0,0	75,0

As médias da intensidade dolorosa foram comparadas entre os pacientes do sexo masculino e feminino e ao serem submetidas ao Teste T não observou-se significância estatística ($p=0,702$), conforme pode-se observar na Tabela 3.

Tabela 3. Média da intensidade dolorosa referida pelos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca segundo o sexo. Natal/RN, 2009.

Sexo	N	Média da intensidade dolorosa	<i>p</i>
Masculino	42	3,8 ($\pm 3,0$)	0,702
Feminino	45	3,6 ($\pm 3,1$)	

DISCUSSÃO

O alívio da dor pós-operatória tem sido um desafio constante para os profissionais de saúde envolvidos com o tratamento de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

A tentativa de utilizar analgésicos e de verificar sua eficácia entre os pacientes tem levado vários pesquisadores a comparar vários métodos. As características da dor vêm sendo avaliadas com relação à intensidade através do uso de escalas unidimensionais e pela exigência dos medicamentos analgésicos, tendo servido de parâmetro para verificar se os medicamentos utilizados para o alívio da dor pós-operatória são eficazes (FONSECA; MANDIM; AMORIM, 2002; BILGIN; AKCALI; OGUZKAYA 2003; CONCHA et al., 2004; MATOT et al., 2004; OZYALCIN et al., 2004; XAVIER; TORRES; ROCHA, 2006).

No estudo sobre a analgesia pós-toracotomia, verificou-se que a dor que se segue a toracotomia é das mais intensas no período pós-operatório, sendo de longa duração, com conseqüente redução da ventilação e limitação da tosse (XAVIER; TORRES; REIS, 2006). Já

em outra pesquisa (FONSECA; MANDIM; AMORIM, 2002) com dois tipos de analgesias em pacientes submetidos a toracotomia, comparou-se a realização do bloqueio intercostal com bupivacaína associada a morfina com a infusão de bupivacaína e fentanil por um cateter epidural torácico, na qual verificou-se que a intensidade de dor no pós-operatório medida pela escala análoga visual foi inferior a 4 nos dois procedimentos anestésicos, havendo diferença estatística entre as duas técnicas analgésicas.

Neste estudo a falta de prescrição de analgésicos, bem como a sua inadequada administração, foram observados entre os pacientes estudados, haja vista que a dor no 1ºDPO apresentou-se com comportamento de leve, moderada e intensa.

É importante evidenciar o tratamento da dor através de uma abordagem analgésica multimodal, que utilize métodos farmacológicos e não farmacológicos. A dor deve ser controlada para evitar complicações no pós-operatório e favorecer uma recuperação mais rápida e sem sofrimento (LIMA et al., 2005).

CONCLUSÃO

A ocorrência da dor esteve presente de intensidade variada, mesmo com o uso de esquemas analgésicos no pós-operatório. Constatou-se uma variação de prescrições medicamentosas analgésicas o que demonstra uma deficiência quanto ao consenso e uso de protocolos para o controle da dor pós-operatória. É preciso uma boa avaliação inicial da dor, a qual servirá como uma linha de base para o julgamento de intervenções subseqüentes.

Não observou-se diferença estatística ao comparar a média da intensidade da dor entre os pacientes do sexo masculino e feminino.

Este estudo ressalta o quanto é imprescindível a realização de uma conduta eficaz para minimizar a dor pós-operatória, auxiliando desta forma, nos procedimentos fisioterapêuticos.

REFERÊNCIAS

- BILGIN, M., AKCALI, Y., OGUZKAYA, F. Extrapleural regional versus systemic analgesia for relieving postthoracotomy pain: a clinical study of bupivacaine compared with metamizol. *J Thorac Cardiovasc Surg.*v.126, n.5, p.1580-1583. 2003.
- CONCHA, M., DAGNINO, J., CARIAGA, M., AGUILERA, J., APARICIO, R., GUERRERO, M. Analgesia after thoracotomy: epidural fentanyl/bupivacaine compared with intercostal nerve block plus intravenous morphine. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* v.18, n.3, p.322-326. 2004.
- FERREIRA, J.B.C., CARVALHO, D.L.M.P. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Bras J Cardiovasc Surg.* v.21, p.393-402. 2006.
- FONSECA, N.M., MANDIM, B.L.S., AMORIM, C.G. Analgesia pós-toracotomia com associação de morfina por via peridural e venosa. *Br J Anaesth.* v.52, n.5, p.549-561. 2002.
- GAVITO, M.C., LEDEZMA, P., MORALES, J., VILLALBA, J., ORTEGA, S., HÉCTOR, A. Effect of induced relaxation on pain and anxiety in thoracotomized patients. *Salud ment.* v.22, p.24-27.1999.
- GIACOMAZZI, C.M., LANF, V.B., MONTEIRO, M.B. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Braz J cardiovasc Surg.* v.21, n.4, p.386-392. 2006.
- GUS, I., FISCHMANN, A.C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* v.8, n.5, p.478-483. 2002.
- LIMA, L.R., STIVAL, M.M., BARBOSA, M.A. et al. Controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma breve revisão. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].* v.10, p.521-529. 2008.
- MATOT, I., DRENGER, B., WEISSMAN, C., SHAULI, A., GOZAL, Y. Epidural clonidine, bupivacaine and methadone as the sole analgesic agent after thoracotomy for lung resection. *Anaesthesia.* v.59, n.9, p.861-866. 2004.

OZYALCIN, N.S., YUCEL, A., CAMLICA, H., DERELI, N., ANDERSEN, O.K., ARENDT-NIELSEN, L. Effect of pre-emptive ketamine on sensory changes and postoperative pain after thoracotomy: comparison of epidural and intramuscular routes. *Br J Anaesth.* v.93, n.3, p.356-361. 2004.

PEREIRA, L.V., SOUSA, F.A.E.I. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. *Rev Latino-am Enfermagem.* v.6, n.4, p.77-84. 1998

THOMÉ, L.G., VITOLA, D., VAN DER SAND, .LC., SANT'ANNA, J.R., KALIL, R.A., PRATES, P., FERNANDO, F.A., NESRALLA, I.A., PEREIRA, E., RODRIGUES, R. Cirurgia de Revascularização Miocárdica em Pacientes Jovens. *Arq Bras Cardiol;* v.66, n.2, p.69-73. 1996.

VALVERDE, J.F., ROSA, C.P., SANTOS, A.P.S. Dor pós-operatória. In: ALVES, A.O., COSTA, C.M.C., SIQUEIRA, J.T.T., TEIXEIRA, M.J. *Dor princípios e prática.* Porto Alegre: Artmed. 2009.

VILA, V.S.C., ROSSI, L.A., COSTA, M.C.S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev Saúde Pública.* v.42, n.4, p.750-756. 2008.

XAVIER, T.T., COSTA, F.A., TORRES, G.V. Quanti-qualitative categorization of postoperative pain in patients following sternotomy and posterior-lateral thoracotomy. *Fiep Bulletin; 75-Special Edition (Article II),* p.172-174. 2005.

XAVIER, T.T., TORRES, G.V., REIS, L.A. Comportamento doloroso e analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a toracotomias. *Fiep Bulletin.* v.76, p.194-96. 2006.

XAVIER, T.T., TORRES, G.V., ROCHA, V.M. Aspectos qualitativo e quantitativo da dor de pacientes submetidos a toracotomia póstero-lateral. *Rev Latino-am Enf.* v.15, p.205-208. 2006.

XAVIER, T.T., TORRES, G.V., ROCHA, V.M. Dor pós-operatória: características quanti-qualitativa relacionadas a toracotomia póstero-lateral e esternotomia. *Acta Cir Bras;* v.20, p.108-113. 2005.

Autor Principal: THAIZA TEIXEIRA XAVIER - Endereço para correspondência: rua Aeroporto de Congonhas, 369, Águas Claras, CEP-59149306, Parnamirim/RN, telefone: 55 84 91089680, 55 84 36435508 e email: thaizax@ufrnet.br

Co- autores:

GILSON DE VASCONCELOS TORRES: gvt@ufrnet.br