

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Dor no pré e pós - operatório imediato de pacientes  
submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores**

**Patricia Conferi**

**Porto Alegre**

**2003**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DISCIPLINA DE ESTÁGIO CURRICULAR - ENF 99003**

**Dor no pré e pós - operatório imediato de pacientes  
submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores**

**Autora: Patricia Conferi  
Orientadora: Vera C. Portella**

**Porto Alegre**

**2003**

Biblioteca  
Esc de Enfermagem da UFRGS

Com especial carinho,  
Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional.  
Às Enf<sup>as</sup> Fernanda A. Nichelle e Simone Pasin pelo companheirismo, dedicação  
e confiança depositada em meu desempenho profissional.  
À Prof<sup>a</sup> Vera C. Portella pelo estímulo, amizade e orientação voltada a este  
estudo.

“DOR AGUDA

A vida tantas vezes muda  
(E muda tanto num só dia...)  
Tornando em dor toda alegria,  
O corpo enfermo, a alma desnuda.

Súbita e fria ventania  
Sonhos levando, é a dor aguda,  
A perda, o medo e essa agonia  
Do grito e da resposta muda

E se a esperança se esvazia  
E não há fé que ainda acuda,  
Mais que a imprecisa analgesia,

Que a sapiência mais sisuda,  
Palavra ou gesto que alivia  
É teu cuidado e tua ajuda.”

José Paulo Drummond

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	6
<b>2. Revisão Literária</b> .....	10
<b>3. Objetivos</b> .....	19
<b>4. Metodologia</b> .....	20
<b>4.1 Caracterização do Estudo</b> .....	20
<b>4.2 Campo de Estudo</b> .....	20
<b>4.3 População</b> .....	210
<b>4.4 Amostra</b> .....	21
<b>4.5 Coleta de Dados</b> .....	21
<b>4.6 Análise dos Dados</b> .....	22
<b>4.7 Aspectos Éticos</b> .....	22
<b>5. Apresentação dos Resultados</b> .....	23
<b>6. Análise e Discussão dos Dados</b> .....	30
<b>7. Conclusões</b> .....	36
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	37
<b>Obras Consultadas</b> .....	39
<b>Apêndice I</b> .....	41
<b>Apêndice II</b> .....	42

## 1. Introdução

O ser humano freqüentemente enfrenta uma condição de dor e passa a manifestá-la de acordo com os costumes da sociedade em que está inserido. Portanto, é importante reconhecer a presença da dor e adequar a prestação de cuidados de forma que sejam coerentes com a individualidade de cada paciente.

Segundo Figueiró (2000): "... mais de 30% da população mundial já teve dor intensa e 75% a 80% das pessoas que procuram o sistema de saúde o fazem por sentirem dor."

A dor é uma experiência vivenciada por todo e qualquer ser humano, desde o seu nascimento até o momento da morte. No entanto, essa dor é considerada única e particular de cada indivíduo, devendo ser valorizada de acordo com sua expressão, seja verbal ou não.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) em 1986 conceituou dor como:

"uma experiência complexa, pessoal, subjetiva e desagradável, envolvendo sensação e percepção, que podem ou não estar relacionadas a uma lesão real ou potencial, e podendo ser influenciada por fatores psicossociais, etnoculturais, biológicos e psicológicos." (TEIXEIRA<sup>1</sup> apud ALMEIDA, 1994, p. 5)

Segundo Teixeira, a dor é um dos maiores flagelos que acometem a humanidade. Numerosos esforços são empreendidos à procura de mecanismos que justifiquem sua existência e de métodos destinados a seu controle. Dor é uma das principais causas de sofrimento, incapacidades e inabilidades e de imensuráveis repercussões psicossociais.

---

<sup>1</sup> TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Dor: conceitos gerais. São Paulo: Limay, 1994.

De acordo com o mesmo autor, no Brasil, como em outros países, mesmo os considerados “desenvolvidos”, o conhecimento sobre dor e analgesia entre os profissionais de saúde é escasso, tornando sua avaliação e seu controle insatisfatórios.

A dor pode ser classificada através de diversos aspectos, tais como sua qualidade, intensidade e duração. A dor aguda, por exemplo, provém de uma divisão que a difere da dor crônica e da dor oncológica, sendo assim caracterizada por apresentar previsível término e acentuada localização. A dor do paciente cirúrgico hospitalizado é classificada como dor aguda em decorrência de ser um processo que se instala pressupostamente por um curto período de duração. Conforme (BAGATINI, 2001; PEREIRA, 1998), no pós – operatório, a dor é considerada aguda porque há lesão dos tecidos pela incisão cirúrgica, tendo duração limitada, sendo que cessa em algumas horas ou dias.

Conforme Woolf<sup>2</sup> (1989 apud Drummond, 2000, p.33) diferem-se, qualitativamente, dois tipos de dor: a fisiológica ou nociceptiva e a patológica ou clínica. A dor fisiológica significa um alarme, uma proteção biológica ao organismo, e está representada pela experiência freqüente, quase cotidiana, que vivenciamos ao tocar objetos muito frios ou muito quentes ou sofrer estímulos mecânicos intensos. A dor patológica ou clínica é a sensação originada da resposta inflamatória, que acompanha um dano tecidual importante ou proveniente de lesão do sistema nervoso (dor neuropática), a qual mostra-se inútil e destrutiva.

Até o século passado, de acordo com Drummond (2000), a dor era componente implícito ao ato cirúrgico. No entanto, com o advento da anestesia geral e com os progressos da anestesia regional o paciente passou a exigir que o transcurso operatório lhe fosse indolor. Mas, por motivos vários, a dor pós-operatória, até duas décadas antes e, em alguns lugares,

---

<sup>2</sup> WOOLF, C. J. Recent advances in the pathophysiology of acute pain. *Brit J. Anaesth*, 1989; 63: 139-46.

até os dias atuais, continua sendo encarada como uma fatalidade, uma aceitação tácita, tanto por parte do doente quanto da equipe cirúrgica, constituindo este descaso um dos maiores escândalos da Medicina neste final de milênio.

As influências culturais, religiosas, étnicas e sociais e as vivências anteriores de dor influem diretamente na expectativa do processo doloroso enfrentado pelo paciente cirúrgico. O modo como foram elaborados, psicologicamente, os episódios anteriores de dor e todo contexto emocional envolvido naquele momento, assim como as características da personalidade do indivíduo também interferem no seu comportamento de reação à dor. Estas formas de expressão podem estar presentes ou não, de maneira que torna-se dificultosa a percepção da existência de dor no paciente, pelo seu cuidador.

Durante o período de minha graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de realizar diversos estágios tanto curriculares quanto voluntários no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário através do qual exercemos nossa prática acadêmica.

Dentre minhas experiências como estudante, tive o privilégio de realizar estágio voluntário e como bolsista na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) do HCPA, local em que também desenvolvi meu estágio curricular, tendo vivenciado diariamente o contato com pacientes em situações de dor aguda em decorrência do pós-operatório imediato. Todavia, tive experiências negativas em outra unidade em que presenciei situações de indiferença e conformismo de profissionais para com a condição de dor dos pacientes.

Através de meu relacionamento com os pacientes, durante a prestação da assistência de enfermagem na URPA, e do convívio com profissionais envolvidos e preocupados com a questão da dor, despertei interesse que motivou meu estudo sobre o assunto.

Refletindo sobre o tema, surgiram vários questionamentos a cerca da vivência de dor dos pacientes e como a enfermagem poderia contribuir para o seu tratamento: Porque os

pacientes sentem dor, mesmo estando dentro do hospital, local em que há recursos disponíveis para que isto não ocorra? Até que ponto o enfermeiro tem se disponibilizado a escutar e valorizar o relato de dor dos pacientes e tem se mostrado receptivo às suas manifestações? Como conhecer o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia? No pré-operatório o paciente é orientado e esclarecido quanto à possibilidade de sentir dor? Será que esse tipo de abordagem iria aumentar a ansiedade do paciente? A enfermagem acredita na eficácia das medidas não-farmacológicas para alívio da dor?

A partir dessas reflexões, resolvi pôr em prática um estudo relacionado aos pacientes submetidos a cirurgia, no que se refere ao seu perfil quanto aos aspectos de sua identificação e experiências de dor.

Confio que o estudo possa contribuir através do fornecimento de informações que tragam subsídios para profissionais e estudantes tanto de enfermagem quanto de outras áreas da saúde, para o cuidado e elaboração de um protocolo de atendimento à dor dos pacientes submetidos a cirurgia nas diversas especialidades.

## 2. Revisão Literária

A dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável que, na sua grande maioria, está associada à lesão tecidual. Portanto, entende-se que

Dor é um fenômeno complexo, multifatorial e subjetivo, onde aspectos biológicos, socio-culturais e emocionais estão envolvidos. A formação dos profissionais de saúde para a avaliação e manejo da dor deve contemplar esta abrangência.

(PIMENTA, 1998, p. 285).

De acordo com (GUYTON; HALL, 1997, p. 551): “a dor é sobretudo um mecanismo de proteção do corpo; ocorre sempre que qualquer tecido estiver lesado e faz com que o indivíduo reaja para remover o estímulo doloroso”.

O ser humano tende a adaptar seus comportamentos ao meio externo pelo qual foi englobado, de acordo com suas características e valores. As sociedades primitivas cultivavam suas crenças à respeito da dor; à exemplo do Egito Antigo, no qual a experiência de dor era interpretada como uma punição divina ao indivíduo. Por isso é necessário o conhecimento das atitudes grupais em relação à dor, para que possamos compreender a reação de dor do indivíduo, conforme citado por Pimenta (1998).

Como aspecto cultural, a dor é manifestada ou não através de diversas caracterizações. De acordo com Silva (1991), a dor é um sofrimento expresso não-verbalmente através de contração dos músculos faciais e corporais; contração da parte dolorida e “fisionomia fechada”; suor frio; chorar; ficar calado; tocar constantemente uma parte do corpo; silêncio; contração da pupila (na dor aguda).

O convívio do ser humano em seu núcleo familiar é definidor da postura deste ao sentir dor. Durante sua infância, todo indivíduo aprende o que as pessoas a sua volta esperam e aceitam quanto à sensação algica e que tipo de atitude assumir frente a ela, de acordo com Pereira (1998). Deste modo, é visto que a sociedade, diversas vezes, reprime o modo de expressão de cada um e determina o próprio limiar de dor daquele ser.

O mesmo autor relata que a contribuição oferecida pela enfermagem ao entendimento da situação de dor do próprio paciente refere-se ao conhecimento das diferenças culturais para uma melhor compreensão da dor, adquirindo parâmetros que possa avaliar as respostas comportamentais do indivíduo e assim poder intervir na assistência de modo efetivo. Além disso, o apoio psicológico, aliado ao comprometimento do enfermeiro em tranquilizá-lo demonstram a confiança que o paciente pode depositar neste profissional.

O enfermeiro precisa estar atento à toda e qualquer iniciativa do paciente em comunicar-se, seja verbalmente ou não. Essa sensibilidade em captar as ansiedades do paciente através de gestos, comportamentos e até mesmo palavras subliminares torna-o um profissional diferenciado entre os demais da equipe de saúde. Segundo (BAGATINI et al 2001, p. 47):

A experiência psíquica desagradável está presente e manifesta-se através de alterações do humor, choro, gritos, depressão, aspectos que dependem do tipo de dor, da personalidade do paciente, de seu histórico doloroso, entre muitos outros itens. [Costuma-se dizer que dor é o que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir].

Para a compreensão da razão da dor, é necessário conhecer alguns aspectos básicos envolvidos no processamento nociceptivo no sistema nervoso central (SNC) e periférico:

Segundo Teixeira M. J.; Pimenta C. A. M. (2001), vários mecanismos estão relacionados à ocorrência da dor aguda. Traumatismos, anormalidades disfuncionais, inflamações e isquemias geram estímulos físicos, mecânicos, térmicos ou químicos que ativam os nociceptores das fibras mielínicas finas A e amielínicas C do sistema nervoso periférico (SNP) que conduzem a informação nociceptiva para a medula espinhal. Os nociceptores são modulados pelas substâncias algio gênicas (bradicinina, acetilcolina, prostaglandinas, histamina, serotonina, leucotrieno, substância P, entre outros), liberadas do interior dos mastócitos e de outros leucócitos, fibroblastos, etc.

Os aferentes primários liberam neurotransmissores (substância P, substância K, neuropeptídeo e demais substâncias), no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal. Os neurônios da medula espinhal participam de reflexos motores e neurovegetativos segmentares. A informação nociceptiva da medula espinhal é veiculada para as estruturas talâmicas e formação reticular pelos tratos espinotalâmicos, espinoreticulares, etc. Dessas estruturas, a informação nociceptiva é transmitida para o hipotálamo e áreas corticais envolvidas no processamento da sensibilidade, nas reações emocionais (sensação de mal-estar, ansiedade, medo, agitação) e no simbolismo da nocicepção.

Além do mal-estar, depressão e demais aspectos psicológicos que envolvem o pós-operatório, a dor também prejudica clinicamente o paciente, podendo prolongar o período de recuperação e sua conseqüente hospitalização. O alívio da dor pós-operatória traz uma grande economia para a sociedade, como manifestou Bagatini (2001), por diminuir o desconforto do paciente, por diminuir o uso de medicamentos, por diminuir possibilidade de complicações, por liberar salas de recuperação pós-operatória e unidades de tratamento intensivo e por evitar que a dor se torne crônica, permitindo que o paciente vá para casa mais cedo.

O paciente em pós-operatório imediato deve ser observado com perspicácia para que o surgimento da dor não interfira em seu prognóstico de saúde. Os principais objetivos do controle da dor pós-operatória, segundo a IASP (Associação Internacional para Estudos da Dor), são: minimizar ou eliminar o desconforto, favorecer o processo de recuperação, evitar e/ou controlar os efeitos colaterais associados aos medicamentos e tornar o tratamento economicamente compensador. (SILVA, 1997). Conforme o mesmo autor, para que haja um tratamento mais eficaz, a observação precisa ser embasada na exata avaliação das características da dor, reunindo dados sobre a história da dor (início, localização, intensidade, qualidade, variações durante o dia, fatores de melhora, fatores de piora), história médica, exame físico, tratamentos para dor, história psicossocial e estado mental.

O cuidado holístico costuma revelar-se nas ações de enfermagem com o propósito de oferecer atenção qualificada, de modo que possa suprir as necessidades intrínsecas de cada paciente. Por isso, é importante que o enfermeiro saiba perceber o outro enquanto ser físico, afetivo e espiritual, reconhecendo em si mesmo o sentido da interpretação corpo, afeto, pensamento e espírito, tentando aprender com e junto dos pacientes, procurando incorporar o real sentido dos cuidados que serão prestados, como refere-se Silva (1991).

Diante disso é importante que, como profissional cuidador, o enfermeiro conheça o uso de expressões inconscientes que permitem as formas de comunicação. Fritz<sup>3</sup> (apud SILVA, 1991, p.128) “(...) podemos afirmar que as mensagens não-verbais excedem as mensagens verbais, o que revela que o não-verbal é o aspecto central da comunicação humana.”

O enfermeiro, por ser o profissional que se encontra mais próximo ao paciente durante um maior tempo, é o responsável direto pela avaliação e alívio da dor no pós-

operatório, sendo este último de fundamental importância, não só pelos aspectos humano, ético e legal que o envolvem, mas porque pode favorecer a redução dos índices de morbidade pós-operatória, conforme autor já citado no parágrafo anterior.

A prevenção do quadro algico é de importância singular para o paciente, contudo, ela é pouco valorizada pelo enfermeiro que atua no pré-operatório, sendo que de acordo com Silva (1997), a orientação psicológica do indivíduo deveria ser realizada com o intuito de reduzir a ansiedade do mesmo e prepará-lo para a possível sensação de dor, usando artifícios como o ensino e treinamento em técnicas de relaxamento.

Hoje existem escalas de dor: o paciente diz que tem nenhuma dor, pouca dor, dor média ou dor insuportável. O paciente pode mostrar numa régua, numerada ou não, em qual nível está a dor. Ou lhe é pedido para dar uma nota à sua dor: se não tem nenhuma dor, a nota é zero; se a dor não dá para agüentar ou é a pior que pode imaginar, a nota é dez. (BAGATINI, 2001, p. 51).

Os princípios básicos da analgesia são diagnóstico específico, medicamentos associados às medidas físicas e psicológicas e a própria prevenção. Por isso, de acordo com BAGATINI (2001, p. 52), "a avaliação e a medida da dor servem para acompanhar e julgar se as drogas, doses e horários que estão sendo utilizados trazem o resultado procurado. "

A sensação dolorosa é percebida por quase todos os pacientes em pós – operatório imediato, sendo identificada com particular intensidade em pacientes ortopédicos, devido à excessiva e brutal manipulação cirúrgica.

---

<sup>3</sup> FRITZ, P. A. . et al. *Interpersonal communication in nursing: na interactionist approach*. Norwalk, Appleton Century Crafts, 1984.

De acordo com Pellegrini (1993) a dor é mais intensa após procedimentos intratorácicos e intra-abdominais e grandes cirurgias de articulações e ossos longos, de forma que cerca de 60% desses pacientes queixam-se de dor intensa, 25% de dor moderada e 15% de dor leve.

Conforme o autor citado acima, os fatores responsáveis por estas diferenças incluem duração da cirurgia, grau de traumatismo cirúrgico, tipo de incisão e magnitude da retração intra-operatória necessária para exposição. A manipulação cuidadosa dos tecidos, eficiência durante a cirurgia e bom relaxamento muscular ajudam a reduzir a intensidade da dor pós-operatória. Movimentos que causam tensão sobre a incisão, como respiração profunda, tosse, deambulação etc, contribuem para a dor pós-operatória.

De acordo com Ray (1998), a cirurgia ortopédica está relacionada aos vários procedimentos cirúrgicos que envolvem o sistema esquelético e suas articulações, músculos e estruturas associadas. Ela é realizada com o intuito de reconstruir as estruturas musculoesqueléticas lesadas; repor, remover ou reparar um osso ou articulação doente ou lesada.

Conforme Smeltzer (1999) as metas de muitas cirurgias ortopédicas incluem melhorar a função pela restauração do movimento e estabilidade e alívio da dor e incapacidade.

Segundo Dimon (1979), apesar do osso não ter inervação, o perióstio que o envolve é bastante sensível; portanto, no pós-operatório ou após um trauma os pacientes ortopédicos geralmente experimentam uma dor intensa. Deve-se lembrar de que em uma fratura ou em um procedimento cirúrgico as partes moles adjacentes ao osso também são lesadas, resultando em uma atividade contrátil que produz dor.

Bernard , Moren e Blanloeil (1993) referem que somente 8% dos pacientes submetidos à cirurgia ortopédica permanecem sem analgesia, confirmando assim que em ortopedia a cirurgia é realmente dolorosa.

Os mesmos autores relatam estudos mostrando que a frequência dos pacientes referindo uma dor severa na seqüência de uma cirurgia ortopédica é de 75% para uma laminectomia vertebral, de 70% para uma grande cirurgia de mão ou do pé, de 70% para uma prótese de quadril ou do joelho e de 60% para o ombro. Portanto, é possível classificar em ortopedia as dores pós-operatórias segundo uma ordem decrescente: cirurgia raquidiana, grande cirurgia das extremidades, cirurgia para prótese de quadril ou do joelho.

Após a cirurgia ortopédica, a dor atinge um pico entre a terceira e a sexta horas pós-operatória, se estabiliza durante 24-36 horas e depois desaparece no terceiro dia. Referindo-se ao estudo de Mc Quay e cols. , em ortopedia a solicitação de analgésicos no pós-operatório situa-se na oitava hora nos pacientes operados sob anestesia loco-regional, enquanto que a mesma situa-se na segunda hora nos pacientes operados sob anestesia geral. ( BERNARD, MOREN e BLANLOEIL, 1993).

Segundo os autores já citados, as necessidades pós-operatórias de analgésicos são mais importantes no homem que na mulher. Assim como estas são mais importantes por razões farmacodinâmicas evidentes no paciente jovem e esportivo, frequentemente hospitalizado por traumatismo, que no paciente idoso. Além disso, as pessoas idosas, seguidamente com artrose, estão habituadas a sofrer dores articulares importantes.

Também é considerável o componente mecânico, pois a mobilização articular e o aparecimento de fenômenos espásticos nos principais músculos aumenta o fenômeno doloroso de tal maneira que o paciente evita movimentar seu membro operado, portanto, é provável que os pacientes que não sofreram de dor no pós operatório sejam mais confiantes e ativos

durante a reeducação de seus membros, mostrando a importância de uma analgesia eficiente para uma boa conduta fisioterapêutica e consequente recuperação.

Após uma cirurgia ortopédica, a dor pode ser intensa. Edema, hematomas e espasmos musculares contribuem para a dor experimentada. Alguns pacientes indicarão que a dor é menos intensa que no pré-operatório e, somente quantidades moderadas de analgésicos são necessárias. (Smeltzer e Care, 1999).

Conforme os mesmos autores, além das abordagens farmacológicas para controlar a dor, a elevação da extremidade operada e aplicação de frio, ajudam a controlar o edema e dor resultantes. Aspiração portátil da ferida operatória diminui a acumulação de líquidos e formação de hematoma. O reposicionamento, relaxamento e distração são úteis na redução e controle da dor.

De acordo com Alexander (1995), a implementação dos cuidados ao paciente submetido à cirurgia ortopédica requer uma compreensão das necessidades anatômicas, fisiológicas e psicológicas do paciente, assim como o conhecimento das práticas perioperatórias.

Conforme Day (1993), dentre as demais lesões de membros inferiores, as lesões internas do joelho podem ser causadas por traumatismo ou por doença resultante de atrito. A lesão do menisco medial, por sua vez, é o mais freqüente distúrbio interno do joelho e a tentativa de mobilizar a articulação pode causar dor sob a linha articular ântero-medial ou pôstero-medial.

Com relação a anestesia mais empregada em cirurgias de pacientes ortopédicos, Imbelloni (1997) refere que a anestesia subaracnoidea é, por definição, a anestesia regional obtida pela ação dos anestésicos locais nos nervos espinhais dentro do espaço subaracnoideo. A anestesia subaracnoidea é, na atualidade, provavelmente a técnica de anestesia regional mais empregada no mundo. Também é considerado um dos mais antigos métodos de alívio da

dor para os pacientes cirúrgicos, sendo uma medida satisfatória de analgesia para operações das pernas, região perineal e abdome inferior.

### **3. Objetivo**

- Identificar, em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores, o perfil quanto às variáveis sexo, idade, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia e surgimento de dor no pré e pós-operatório, relacionando-as entre si.

## **4. Metodologia:**

### **4.1 Caracterização do Estudo**

Trata-se de um trabalho que caracteriza-se como um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa.

### **4.2 Campo de Estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) localizada no 12º andar ala sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a qual presta atendimento exclusivo aos pacientes que provêm da Unidade Bloco Cirúrgico (UBC), de qualquer especialidade cirúrgica envolvendo procedimentos de pequeno, médio e grande porte.

### **4.3 População**

Constituiu-se de todos os pacientes adultos, em pós-operatório imediato de cirurgia ortopédica de membros inferiores, admitidos na URPA, durante o período da coleta de dados.

#### **4.4 Amostra**

Tendo em vista que a média mensal de cirurgias ortopédicas de membros inferiores realizadas na UBC do HCPA, cujos pacientes são admitidos na SRPA foi de 72 nos últimos seis meses do ano de 2002, a amostra do estudo foi de 21 pacientes, o que corresponde a 29,16% dos pacientes atendidos no mês de janeiro, atingindo assim a meta proposta no projeto deste estudo. Tendo como critério de inclusão pacientes lúcidos, orientados, coerentes e em condições de comunicação verbal, bem como sem catéter peridural ou de fâscia ilíaca, pois os mesmos manteriam os pacientes analgesiados, mascarando o quadro de dor no pós-operatório imediato. A escolha por estes pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores deveu-se ao fato de acreditarmos que a maioria deles não fosse submetida a anestesia geral, o que facilitaria a condição de estarem lúcidos e orientados para a entrevista em menos tempo de pós-operatório, favorecendo o maior número de entrevistas no tempo disponível do entrevistador para a coleta de dados.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em todos os dias úteis do mês de janeiro, das 8 h às 18 horas, conforme a demanda de pacientes admitidos neste período.

O instrumento utilizado para coletar as informações foi uma entrevista semi-estruturada com um roteiro contendo perguntas fechadas e abertas, constituído de uma parte

com dados de identificação e a segunda parte com avaliações de dor, propriamente dita. (Apêndice I). As entrevistas foram aplicadas verbalmente aos sujeitos do estudo, sendo o instrumento preenchido pelo próprio entrevistador.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados e agrupados em tabelas de frequência para a realização de análise, de acordo com a estatística descritiva, usando as medidas de tendência central para apresentação, avaliação e discussão dos dados.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Foi fornecido um termo de consentimento informado, livre e esclarecido para os sujeitos da pesquisa, contendo objetivo e justificativa do estudo, garantia do sigilo das informações, anonimato do informante e guarda dos dados coletados, bem como a garantia de que sua participação não prejudicaria seu tratamento. (Apêndice II)

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Instituição onde realizou-se o estudo para apreciação e aceite da realização da pesquisa.

## 5. Apresentação dos Resultados

Tabela 1: Frequência da idade em relação à localização da cirurgia.

Idade / Local	Joelho		Pé		Tornozelo		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
20 –  30	04	19,04	0	00,00	00	00,00	04	19,04
30 –  40	02	09,52	2	09,52	00	00,00	04	19,04
40 –  50	01	04,76	0	00,00	00	00,00	01	04,76
50 –  60	02	09,52	3	00,00	02	09,52	07	33,33
60 –  70	01	04,76	0	00,00	01	04,76	02	09,52
70 –  80	03	14,28	0	00,00	00	00,00	03	14,28
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>61,90</b>	<b>05</b>	<b>23,80</b>	<b>03</b>	<b>14,28</b>	<b>21</b>	<b>99,97</b>

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003.

F = Frequência

% = Percentual

Através destes dados tabelados, percebe-se que dos 21 pacientes que participaram da amostra, 13 (61,90%) deles realizaram cirurgia de joelho.

Pode-se notar que a maioria dos sujeitos da amostra estão entre 20 – 40 anos, sendo num total de 8 (38,10%).

Além disso, entre 50 – 60 anos, 7 (33,33%) pacientes do estudo realizaram cirurgia.

Na tabela a seguir, observa-se que a maioria dos pacientes que participaram do estudo foram do sexo feminino, ou seja, 13 (61,90%), sendo que a maior parte deles situa-se na faixa etária de 50 – 60 anos.

Também percebe-se que o maior número de homens da amostra fica estabelecido entre 20 – 40 anos.

Tabela 2: Frequência da idade em relação ao sexo.

Idade / Sexo	Feminino		Masculino		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
20 —  30	01	04,76	03	14,28	04	19,04
30 —  40	02	09,52	02	09,52	04	19,04
40 —  50	00	00,00	01	04,76	01	04,76
50 —  60	07	33,33	00	00,00	07	33,33
60 —  70	02	09,52	00	00,00	02	09,52
70 —  80	01	04,76	00	09,52	03	14,28
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>61,90</b>	<b>08</b>	<b>38,10</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003.

F = Frequência

%= Percentual

Ao examinar os dados abaixo dispostos, nota-se que dos 17 pacientes do estudo que tiveram dor no pré-operatório, 10 (58,82%) realizaram cirurgia de joelho.

Daqueles 13 pacientes que submeteram-se à cirurgia de joelho, 10 (76,92%) tiveram dor no pré-operatório e 7 (53,84%), no pós-operatório, sendo que 6 (46,15%) destes 13 pacientes, sentiram dor no pré e no pós-operatório.

Também observa-se que 100% dos pacientes que realizaram cirurgia de pé tiveram dor no pré e no pós-operatório. Assim como 66% dos pacientes que fizeram cirurgia no tornozelo sentiram dor no pré e no pós-operatório.

Tabela 3: Frequência da relação entre idade e presença de dor no pré e pós-operatório.

Idade / Local e presença de dor	Joelho (13)				Pé (05)				Tornozelo (03)				TOTAL			
	Dor Pré		Dor Pós		Dor Pré		Dor Pós		Dor Pré		Dor Pós		Dor Pré		Dor Pós	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
20 –  30	02	11,76	03	21,42	00	00,00	00	00,00	00	00,00	00	00,00	02	11,76	03	17,64
30 –  40	02	11,76	02	14,28	02	11,76	02	11,76	00	00,00	00	00,00	04	23,52	04	23,52
40 –  50	01	05,88	01	07,14	00	00,00	00	00,00	00	00,00	00	00,00	01	05,88	01	05,88
50 –  60	02	11,76	00	00,00	03	17,64	03	21,42	01	05,88	01	05,88	06	47,62	04	23,52
60 –  70	01	05,88	00	00,00	00	00,00	00	00,00	01	05,88	01	05,88	02	11,76	01	05,88
70 –  80	02	11,76	01	00,00	00	00,00	00	00,00	00	00,00	00	05,88	02	11,76	01	05,88
<b>TOTAL</b>	10	47,62	07	33,33	05	23,80	05	23,80	02	11,76	02	11,76	17	80,95	14	66,66

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003.

F = Frequência

%= Percentual

Tabela 4: Frequência da idade em relação a intensidade da dor no pré-operatório.

Idade / Intensidade da dor	Leve	Moderada	Intensa	Insuportável	Sem Dor
20 –  30	00	01	00	01	02
30 –  40	02	00	01	01	00
40 –  50	01	00	00	00	00
50 –  60	00	03	03	00	01
60 –  70	00	00	01	01	00
70 –  80	00	01	00	01	01
<b>TOTAL</b>	03	05	05	04	04

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003.

De acordo com os dados da tabela acima, pode-se observar que dos 17 pacientes do estudo que referiram dor no pré-operatório, 14 (83,35%) classificaram-na de moderada a insuportável, o que corresponde numericamente de 4 – 10, na escala numérica-verbal para avaliação da intensidade da dor, a qual foi utilizada no instrumento da coleta de dados.

Sendo que destes 14 pacientes que mencionaram dor de moderada a insuportável, 6 (42,85%) apresentam-se na faixa etária de 50 – 60 anos.

Tabela 5: Frequência da idade em relação a intensidade da dor no pós-operatório.

Idade / Intensidade de dor	Leve	Moderada	Intensa	Insuportável	Sem Dor
20 –  30	01	01	01	00	01
30 –  40	01	00	02	01	00
40 –  50	00	00	01	00	00
50 –  60	00	01	03	00	03
60 –  70	00	00	01	00	01
70 –  80	00	01	00	00	02
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>08</b>	<b>01</b>	<b>07</b>

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003.

Dos 21 pacientes da amostra, 07 (33,33%) apresentaram-se sem dor no pós-operatório, sendo que daqueles 14 pacientes que tiveram dor no pós-operatório, 08 (57,14%) mencionaram dor intensa e 06 (35,71%) de leve a moderada.

Os dados tabulados abaixo, demonstram que dos 5 pacientes da amostra que realizaram cirurgia de pé 03 apresentaram dor leve a moderada no pré-operatório, sendo que no pós-operatório 100% deles categorizaram a dor de intensa a insuportável, o que representa de 7 – 10 na escala numérica-verbal.

Tabela 6: Frequência do local da cirurgia em relação

Local /	Pré-op.					Pós-op.					TOTAL				
	L	M	I	Ins	SD	L	M	I	Ins	SD	L	M	I	Ins	SD
Joelho	2	3	3	2	3	2	2	3	0	6	4	5	6	2	9
Pé	1	2	1	1	0	0	0	4	1	0	1	2	5	2	0
Tornozelo	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	2	1	2
TOTAL															

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003

Tabela 7: Frequência do sexo em relação ao local da cirurgia.

Local da Cirurgia / Sexo	Feminino	Masculino
Joelho	05	08
Pé	05	00
Tornozelo	03	00
TOTAL	13	08

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003

Através da disposição dos dados na tabela acima, é possível perceber que 100% dos homens da amostra realizaram cirurgia de joelho, o que representa 61,53% dos pacientes que submeteram-se à este procedimento. Assim sendo, 100% dos pacientes que fizeram cirurgias de pé e tornozelo são mulheres.

Tabela 8: Frequência do tipo de anestesia relacionada a presença de dor no pós-operatório.

Anestesia / Presença de dor no P.O.	Tornozelo		Pé		Joelho		TOTAL	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Bloqueio Subaracnoideo	01	01	04	00	03	03	08	04
Anestesia Geral	01	00	01	00	04	03	06	03
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>05</b>	<b>00</b>	<b>07</b>	<b>06</b>	<b>14</b>	<b>07</b>

Fonte: Coleta em pesquisa direta. CONFERI, Patricia, janeiro, 2003

Evidencia-se que dos 21 pacientes da amostra, 12 (57,14%) fizeram Bloqueio Subaracnoideo (BSA) e 9 (42,85%) fizeram Anestesia Geral (AG). Dos 12 pacientes acima referidos 8 (66,66%) tiveram dor no pós-operatório, assim como dos 9 pacientes que fizeram AG 06 (66,66%) referiram dor no pós-operatório.

## 6. Análise e Discussão dos Resultados:

Inicialmente, minha proposta para este estudo era bastante abrangente, pois havia diversos questionamentos sobre o assunto dor, sendo que todos os enfoques me eram interessantes.

Quando decidi trabalhar o tema dor em meu trabalho de conclusão de curso, já preocupava-me com o problema há pelo menos um ano.

Porém, por motivos metodológicos, precisei delimitar meu tema e resolvi escolher a área da ortopedia por acreditar que estes pacientes sentissem muita dor no pós-operatório imediato.

No início do projeto, mostrava-me pouco motivada pois sentia-me fazendo um trabalho muito “insignificante” frente as minhas expectativas iniciais, porém, no decorrer da revisão de literatura e da participação na assistência aos pacientes comecei a interessar-me pelo problema escolhido e fiquei à espera dos resultados.

Imaginava que a maioria dos pacientes da amostra fossem idosos mas, para minha surpresa, dos 21 pacientes pesquisados apenas 05 (23,80%) tinham mais de 60 anos e destes, 04 realizaram cirurgia de joelho por artrose - problema comum na terceira idade.

A maior parte dos sujeitos do estudo (17) tinham entre 20 e 60 anos e destes, 08 tinham menos de 40 anos, os quais fizeram cirurgias de joelho com intuito de tratar problemas relacionados a trauma ou inflamação de menisco. Day (1993) colocou que as lesões de menisco medial são as mais freqüentes entre os distúrbios internos do joelho.

De acordo com os resultados do estudo, 14 dos 21 pacientes da amostra referiram dor no pós-operatório e ao serem solicitados que classificassem-na de acordo com a escala numérica-verbal, tornou-se possível a observação de que 08 (57,14%) destes pacientes relataram dor intensa, 03 (21,43%) dor moderada, 02 (14,29%) dor leve e 01 (7,14%) dor insuportável.

Realmente, durante o período que vivenciei na URPA, pude constatar de forma assistemática que as cirurgias ortopédicas são consideravelmente dolorosas.

De acordo com Pellegrini (1993) a dor depende de alguns fatores como duração, tipo de incisão cirúrgica, manipulação de tecidos, relaxamento muscular e magnitude de retração intra-operatória. O autor coloca ainda que as cirurgias de articulação e ossos longos estão entre as de maior intensidade de dor no pós-operatório.

No contexto deste estudo, com base no resultados apresentados, a variável sexo não mostrou-se relevante para análise, sendo que não houve prevalência de nenhum gênero, dentre os sujeitos da amostra.

Através de minha vivência na URPA, percebi que as mulheres expressam mais a dor, assim como seus demais sentimentos. Talvez as razões sejam culturais, pois a exteriorização feminina da dor é melhor aceita pela nossa sociedade.

Não surpreende-nos que uma mulher chore ou se queixe de dor em público, o que provavelmente causaria espanto em relação ao homem. Na prática, quando um homem manifesta dor, acredita-se que esta deva ser realmente intensa ou insuportável. O mesmo poderia-se refletir sobre a etnia, pois espera-se que um latino americano expresse de forma mais efusiva seus sentimentos que um europeu.

Uma mesma cirurgia produz graus diferentes de dor em pacientes diferentes, de acordo com as características físicas, emocionais e culturais do indivíduo. Ansiedade é um fator importante na redução da tolerância à dor. A impotência, medo e incerteza são os determinantes básicos da ansiedade em pacientes no pós-operatório. Sendo assim, ressalta-se a importância do cuidado holístico dos profissionais frente a cada indivíduo, de acordo com suas próprias necessidades.

Considera-se inadmissível que o paciente cirúrgico permaneça no pós-operatório imediato com dor, porém sabe-se que devido ao efeito das drogas anestésicas, torna-se difícil a expressão verbal da dor.

No caso dos pacientes que fizeram parte da amostra, 12 foram submetidos à Bloqueio Subaracnoideo (BSA), possibilitando a expressão verbal de dor, sendo que a maioria das entrevistas foi feita no mínimo após 2 horas de permanência na URPA, quando em condições de verbalizar a presença ou não de dor.

Pode-se observar na tabela 3 que 14 dos 21 sujeitos da amostra relataram dor no pós-operatório, dos quais 08 com classificação de dor intensa (tabela 5).

Pellegrini (1993) diz que 60% destes pacientes queixam-se de dor intensa, 25% de dor moderada e 15% de dor leve.

Na tabela 3 pode-se constatar que 17 pacientes do estudo referiram dor no pré-operatório, dos quais 10 realizaram cirurgia de joelho, isto é, 50% (7). Dos 14 que relataram dor no pré-operatório, realizaram cirurgia nesta região. Porém, se considerarmos o local da cirurgia, os 5 (100%) pacientes que realizaram cirurgia no pé, tiveram dor tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. Da mesma forma, dos 3 sujeitos que operaram o tornozelo, 2 (66,66%) referiram dor no pré e pós-operatório

Ao analisarmos estes achados, embora considerando a amostra pequena, poder-se-ia imaginar que exista uma tendência a que cirurgias de pé e tornozelo sejam mais dolorosas que as de joelho, tanto no pré quanto no pós-operatório. Bernard, J. M.; Moren, J.; Blanloeil, Y. (1993) consideram em ordem decrescente de dor no pós-operatório, cirurgias raquidianas, de extremidades, prótese de quadril e joelho.

Frente a esta situação, o enfermeiro que presta cuidados pós-operatórios deve estar alerta sobre a dor esperada, com a qual sabe-se que determinadas cirurgias doem mais.

Também deverá estar preparado para receber este tipo de paciente, embora mereça estudo com maior amostra.

No estudo em questão, não percebe-se diferença significativa de dor no pré e pós-operatório relacionada a idade.

Bernard, J. M.; Moren, J.; Blanloeil, Y. (1993, p. 244) colocam que pessoas idosas acometidas frequentemente de artrose “estão mais habituadas a sentir dor... e por isso pode ter uma mínima solicitação de antálgicos” em relação ao jovem.

Realmente, o idoso tem maior propensão a dor crônica - como ocorre em artroses - e o jovem está mais predisposto a traumatismos, que caracterizam-se, em geral, pela dor aguda. A dor crônica e aguda se transmitem por fibras nervosas diferentes e com condução do estímulo de forma diferente. Logo, seria quase incomparável a relação de um indivíduo com dor crônica e dor aguda.

Acredita-se ainda que o dado mais relevante para o profissional cuidador seja o respeito a individualidade, isto é, o cuidado diferenciado, levando em consideração que cada pessoa reage de forma particular ao sentir e se expressar.

Durante a elaboração do projeto deste estudo, acreditava-se que os sujeitos da amostra fossem mencionar a presença de dor em outra região do corpo afora o local da cirurgia, e que, deste modo, pudesse relacioná-la ao posicionamento cirúrgico. Porém, nenhum paciente da amostra referiu dor em outras regiões do corpo, o que sugere pelo menos duas hipóteses: ou a maneira de questionar os dados não mostrou-se adequada ao entendimento dos pacientes ou realmente não apresentaram dor em outro local que o da região cirúrgica.

No decorrer da entrevista, os sujeitos foram questionados sobre a presença ou não de dor e, em caso positivo, para situarem o local do corpo. Todas as respostas afirmativas foram relacionadas ao local da cirurgia e, o entrevistador não questionou se tinha dor em outra região.

Por isso, este item ficou prejudicando em sua análise devido às respostas não terem ficado claras.

Entretanto, pode-se, racionalmente, interpretar que o posicionamento não implicaria em dor, pois o tempo médio de cirurgia dos pacientes da amostra ficou em torno de 2 horas.

Apartir da análise dos dados, percebe-se a importância de o enfermeiro estar atento às reações e informações dos pacientes, entre outros sinais e sintomas para a presença de dor.

Com intuito de assegurar a qualidade dos cuidados assistenciais prestados ao paciente com dor aguda, a URPA tem considerado a dor como “Quinto Sinal Vital” (Pasin e Castro, 2000). É importante relatar a existência de um espaço na folha de sinais vitais, para o preenchimento da avaliação quantitativa da dor.

Este deveria ser um hábito na URPA, no entanto pode-se observar que frequentemente o formulário não é preenchido, parecendo não existir rotinizado o procedimento na Unidade. Infelizmente, a preocupação com o controle da dor ainda, na prática, tem sido mais efetivo por iniciativa pessoal dos profissionais do que institucional.

No processo de dor aguda, o paciente sente-se fragilizado e anseia por compreensão e apoio emocional. O papel do enfermeiro durante o período de dor enfrentado pelo paciente é de importância para ajudá-lo a superar essa etapa sem maiores complicações. No entanto, para que o trabalho do enfermeiro seja efetivo, é essencial que haja boa interação na relação paciente-cuidador, pois estes profissionais estão presentes por tempo integral, no período de hospitalização, e prestam um cuidado mais humanizado, sendo necessário salientar a relevância da comunicação entre estes para que haja a expressão do sintoma álgico e para que a analgesia possa ser efetiva.

Por isso, para beneficiar o relacionamento entre enfermeiro e paciente, disponibiliza-se de instrumentos para avaliação da dor, tais como as diversas Escalas de dor utilizadas pelo

cuidador com o intuito de registrar este sinal, fazer a analgesia adequada e realizar os demais cuidados de enfermagem a fim de controlar a dor e proporcionar conforto ao paciente.

Os instrumentos, dados da literatura e medidas analgésicas são muitos e cada vez é maior a evolução tecnológica. Então, cabe aos profissionais envolvidos quer com a presença de dor aguda – característica do pós-operatório imediato – quer com a dor crônica, o comprometimento, atualização e divulgação dos conhecimentos relacionados ao tratamento da dor no indivíduo.

## 6. Conclusões

Após análise dos resultados, pode-se concluir que:

- O Sexo não apresentou relação com presença de dor no pós-operatório;
- Não existiu relação com a idade, pois esta ficou distribuída em 08 pacientes adultos jovens, 08 pacientes de meia idade e 05 idosos;
- Paciente que realizaram cirurgia de pé e tornozelo sentiram mais dor que em cirurgias de joelho.

### Referências Bibliográficas

- BAGATINI, Airton et al. **Anestesia: a vitória sobre a dor**. Porto Alegre: SARGS, 2001.
- BERNARD, J. M. ; MOREN, J. ; BLANLOEIL, Y. Analgesia Pós-Operatória em Ortopedia.  
In: BONNET, F. et al. **A Dor no Meio Cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DAY, Lorraine J. et al. Cap. 44. In: BONNET, F. et al. **A Dor no Meio Cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DRUMMOND, José Paulo. **Dor Aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- GUYTON, Arthur C. ; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997. Cap. 48, p. 551-561.
- HARGROVE – HUTTEL, Ray A. **Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 2 ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1998. (Série de Estudos em Enfermagem).
- IMBELLONI, Luiz Eduardo. Cap 23. In: MANICA, James Toniolo e cols. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MEEKER, M. H. ; ROTHROCK, J. C. **Alexander, Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1997.
- PELLEGRINI, Carlos A. Cap. 3. In: WAY, Lawrence W. **Cirurgia: diagnóstico e tratamento**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

PEREIRA, A. P. S.; ZAGO, M. F. Z. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.32, n.2, p. 144-152, ago/1998.

PIMENTA, C. A. de M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v.32, n.2, p. 179-186, ago/1998.

\_\_\_\_. Liga de dor: uma experiência de ensino extracurricular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.32, n.3, p. 281-289, out/1998.

SCHNATH, Fernanda. Indicadores Utilizados pelos Enfermeiros para Identificar Presença de Dor. **Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UFRGS.** Porto Alegre, set/2002.

SILVA, M. P. J. Manejo da dor pós-operatória: situação atual e perspectivas. **O Mundo da Saúde.** SP, v.21, n.1, p. 26-35, jan-fev/1997.

\_\_\_\_. Percebendo os sentimentos de maneira não-verbal. **Revista Paulista de Enfermagem.** v. 10, n.3, p. 128-132, set-dez/1991.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.

### Obras Consultadas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS NBR 10520: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ALMEIDA, M. A.; ARAÚJO, V. G.; GHEZZI, M. I. L.; Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.19, n.1, p. 33-37, jan/1998.

COGO, Ana Luisa Petersen. Abordando o tema dor a partir das vivências de alunos de um curso de auxiliar de enfermagem. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem. Resumos**. Florianópolis: ABEn/SC, 1999, p. 198.

GIACOMOLLI, A.M. Avaliação do atendimento de enfermagem pelo paciente com dor. **Trabalho de Conclusão de Curso da ULBRA**. Canoas, nov/2001.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

HORTA, W. A. e cols. Significado psicológico da dor para enfermeiros e médicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal: ABEn. 1976, p.96-99.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MELHORAMENTOS, Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1997.

PASIN, S.; CASTRO, I. Reconhecendo a dor aguda como quinto sinal vital. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO HCPA, 9., 2000, Porto Alegre. **Anais ...** Porto Alegre: Gráfica do HCPA, 2000.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.4, p. 41-48, out/1998.

POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

## APÊNDICE I

### Instrumento de Coleta de Dados

#### 1. Identificação

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

1.2 Sexo: ( ) M ( ) F

1.3 Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

1.4 Duração: \_\_\_\_\_ (horas)

1.5 Posicionamento cirúrgico: \_\_\_\_\_

1.6 Anestesia: \_\_\_\_\_

#### 2. Avaliação da Dor

1.1 Você sente dor agora? ( ) SIM ( ) NÃO

1.2 Onde? \_\_\_\_\_

1.3 Dê uma nota de 0 a 10 para a dor que você sente agora:

( ) zero = ausência de dor

( ) 1 - 3 = dor leve

( ) 4 - 6 = dor moderada

( ) 7 - 9 = dor intensa

( ) 10 = dor insuportável

1.4 Sentia dor antes da cirurgia? ( ) SIM ( ) NÃO

1.5 Onde? \_\_\_\_\_

1.6 Dê uma nota de 0 a 10 para a dor que você sentia antes da cirurgia:

( ) zero = ausência de dor

( ) 1 - 3 = dor leve

( ) 4 - 6 = dor moderada

( ) 7 - 9 = dor intensa

( ) 10 = dor insuportável

## APÊNDICE II

### Consentimento Livre e Informado

Estamos convidando o Sr. (a) para participar de um estudo que está sendo desenvolvido com a finalidade de identificar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de membros inferiores, quanto aos aspectos de sua identificação e avaliação da dor.

Se o Sr. (a) desejar participar, deverá responder a uma entrevista sobre o assunto, com duração de aproximadamente 10 minutos, através da qual irá contribuir para o aprendizado de diversos profissionais da área da saúde, com relação aos cuidados prestados a pacientes submetidos a cirurgia de membros inferiores.

Declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do presente estudo

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, sendo que após a análise dos dados, os instrumentos ficarão sob guarda da pesquisadora por, no mínimo, 5 anos.

O pesquisador responsável por este estudo é \_\_\_\_\_  
( fone 917 87 562 / 304 43 285), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de atenção à saúde em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e assinatura do paciente

  

---