

Avaliação da dor em repouso e durante atividades no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Larissa Coelho de Mello¹
Silvio Fernando Castro Rosatti²
Priscilla Hortense³

Objetivo: avaliar intensidade e localização da dor, após cirurgia cardíaca por esternotomia, durante o repouso e em cinco atividades. Método: estudo descritivo de coorte prospectivo. Participaram 48 sujeitos. Utilizou-se a Escala Multidimensional para Avaliação da Dor. Resultados: a dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca apresentou-se de intensidade moderada, durante o repouso e decrescente com o passar dos dias. Durante as atividades, a intensidade da dor foi moderada no 1º e 2º pós-operatório e diminuiu a partir do 3º pós-operatório, com exceção da atividade tossir, em que houve diminuição apenas no 6º pós-operatório. As atividades tossir, virar-se de lado, respirar profundamente e o repouso estão apresentadas, respectivamente, em ordem decrescente de intensidade. A região do esterno foi o local de dor mais referido. Conclusão: a avaliação da dor nos sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca no repouso e durante atividades se faz de extrema importância para adequar o manejo e evitar complicações pós-operatórias e recuperação cirúrgica retardada.

Descritores: Cirurgia Torácica; Dor Pós-Operatória; Medição da Dor.

¹ MSc, Enfermeira, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

² Doutorando, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Médico, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Introdução

Apesar dos avanços na técnica cirúrgica para tratamento de doença isquêmica e valvar do coração, a dor ainda é a principal manifestação relatada por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, sendo possivelmente responsável por complicações e pelo retardo na recuperação. Estudos mostraram que de 47 a 75% dos pacientes relataram dor no Pós-Operatório (PO) de cirurgia cardíaca⁽¹⁾.

A cirurgia, principalmente quando realizada no tórax ou abdome, associada à dor PO dificultam a ventilação, o tossir e o respirar profundamente, reduzem a eliminação de secreções do trato respiratório, resultando em diminuição da capacidade pulmonar vital e residual funcional, podendo levar a atelectasias, infecções respiratórias, entre outras⁽²⁻³⁾. Além do aspecto desagradável e das repercussões fisiológicas da dor no PO, ela retarda a deambulação precoce do paciente e sua possível alta hospitalar⁽⁴⁾.

Dessa forma, a avaliação da dor PO não deve acontecer apenas durante o repouso, já que, rapidamente, o paciente inicia atividades para prevenção das complicações pós-operatórias. Recomenda-se, também, avaliação a cada atividade que promova desconforto, como durante a tosse, os exercícios respiratórios, a manipulação pela equipe de saúde ou a cada procedimento considerado doloroso. A avaliação abrangente da dor seguida de tratamento adequado otimiza o desempenho de atividade e a rápida recuperação⁽¹⁾.

A dor aguda não tratada pode se transformar em dor crônica. A incidência de dor crônica pós-esternotomia varia em diferentes amostras de 18-61%⁽⁵⁻⁶⁾. Em um estudo com sujeitos submetidos à cirurgia por meio de esternotomia⁽⁷⁾ observou-se que as pessoas que tiveram dor aguda pós-operatória, de intensidade moderada a severa, foram mais propensas a ter dor crônica um ano após a operação.

A literatura e a prática empírica apontam que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca enfrentam dor relacionada aos fatores cirúrgicos e às atividades esperadas no PO. Esse fato pode ocasionar menor motivação para o tratamento e influenciar negativamente na recuperação pós-cirúrgica. Portanto, para o adequado manejo da dor são necessárias tanto uma avaliação quanto uma mensuração eficazes da dor. No entanto, a avaliação e mensuração da dor constituem-se em desafios, se se levar em consideração a complexidade, subjetividade e multidimensionalidade do fenômeno doloroso⁽⁸⁾.

Conhecer melhor as características da dor no PO e sua influência nesse período é o primeiro passo para

o desenvolvimento de estratégias para melhorar seu manejo. Em vista disso, o presente trabalho teve como objetivos avaliar a percepção da dor (intensidade e localização), após cirurgia cardíaca por esternotomia mediana, no 1º, 2º, 3º e 6º PO, durante o repouso e em cinco atividades esperadas (ao tossir, ao virar-se de lado, ao respirar profundamente; ao sentar ou levantar da cadeira e ao deambular) e realizar a associação entre intensidade de dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca e o repouso e as atividades esperadas, considerando-se os dias de pós-operatório.

Método

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória. O delineamento do estudo é o de coorte prospectivo. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sendo o Parecer de Aprovação nº358/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo respeitado o desejo ou não de participar.

A coleta ocorreu em uma unidade coronariana e em uma unidade de clínica cirúrgica de um hospital filantrópico de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A amostra foi de conveniência, sendo que a coleta de dados ocorreu entre novembro de 2011 e julho de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, não apresentar dificuldades de compreensão das tarefas solicitadas durante a pesquisa, ter sido submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, ou troca valvar via esternotomia mediana, e estar em sua primeira experiência cirúrgica cardíaca. Os critérios de exclusão foram: sujeitos que necessitaram ser mantidos entubados após o PO imediato, que apresentaram complicações após a cirurgia, como a ocorrência de acidente vascular cerebral e hemorragias extensas e os sujeitos que vieram a óbito durante o processo cirúrgico ou durante os 6 primeiros dias de pós-operatório.

No período pré-operatório, os dados sociodemográficos e clínicos coletados foram quanto ao gênero, idade, peso, altura, cor da pele, história de tabagismo ou alcoolismo e história de doenças crônicas, como hipertensão, *diabetes mellitus*, insuficiência renal crônica ou dislipidemia.

Após a cirurgia, já com o sujeito na unidade coronariana, informações cirúrgicas foram coletadas, sendo elas referentes ao tipo de cirurgia, ao uso de dreno de mediastino ou torácico e ao tempo de cirurgia. Os pacientes foram submetidos à avaliação da dor (intensidade e localização) em repouso e durante algumas atividades no 1º, 2º, 3º e 6º PO, quais sejam, ao tossir,

ao virar-se de lado, ao respirar com profundidade, ao sentar ou levantar da cadeira e ao deambular. No final de cada dia, o pesquisador avaliou o sujeito de pesquisa, considerando a memória da dor durante a realização das atividades e em repouso. Foi utilizada a Escala Multidimensional para Avaliação de Dor (Emador), no que se refere à avaliação da intensidade e da localização da dor. Essa escala é validada para a língua portuguesa por Sousa et al.⁽⁹⁾ e contém a Escala Numérica de Dor, para avaliação da intensidade da dor, a qual varia entre 0 e 10, sendo que zero significa ausência de dor e 10 refere-se à "pior dor imaginável", o Diagrama Corporal para avaliação da localização da dor e os descritores de dor para avaliação da linguagem.

Para a análise estatística, inicialmente foi realizada uma avaliação exploratória dos dados com a utilização de medidas de tendência central, desvio-padrão e porcentagem. Para os dados dependentes (mesmos indivíduos para cada dia comparando-se em cada atividade), fez-se necessário o uso de testes estatísticos não paramétricos, sendo eles os testes de Friedman e Wilcoxon pareado. O nível fixado de significância dos testes foi de 5%.

Resultados

Participaram do estudo 54 indivíduos; porém, cinco desses foram a óbito durante o procedimento cirúrgico, ou durante os seis primeiros dias de pós-operatório, em decorrência de complicações e um sujeito foi submetido a outro tipo de incisão cirúrgica. Dessa forma, a amostra final foi de 48 pessoas.

Encontrou-se predominância do gênero masculino (75%). A média de idade foi de 58,6 anos, com variação entre 28 e 77 anos; destaca-se que 54,2% apresentavam-se com idade superior a 60 anos. Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), observou-se que 70,8% apresentavam sobrepeso ou obesidade, segundo a classificação da World Health Organization⁽¹⁰⁾. Quanto à cor da pele, a maioria se caracterizou como de cor branca (91,7%) (Tabela 1).

Com relação às variáveis clínicas, observou-se que 62,5% dos sujeitos eram fumantes e o diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica estava presente em 87,5% dos participantes. Outras doenças crônicas, como o *diabetes mellitus*, a insuficiência renal crônica e a dislipidemia estavam presentes em menor predominância. Com relação às variáveis cirúrgicas, observou-se que 56,3% dos sujeitos foram submetidos à revascularização do miocárdio e 43,8% à cirurgia de troca valvar. O dreno de mediastino foi utilizado em todas as cirurgias; o dreno de tórax foi utilizado por apenas 4,2% dos pacientes. O

tempo total de cirurgia variou entre 160 e 325 minutos, com média de 229,6 min, ou seja, 3h50min.

Em relação à dor, todos os pacientes tiveram queixas de dor ao menos em um dos dias de pós-operatório, em uma das atividades. A média de intensidade de dor diminuiu em todas as atividades com o passar dos dias de pós-operatório, com exceção da atividade sentar ou levantar da cadeira, em que, no 1º PO, a intensidade média de dor referida foi 4,00 (n=1) e, no 2º PO, a média aumentou para 5,13 (n=16). No entanto, destaca-se que no 1º PO apenas um sujeito realizou a atividade sentar ou levantar da cadeira; já no 2º PO, 16 sujeitos realizaram a atividade; esse fato dificulta qualquer análise com relação a essa atividade (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição do número de pessoas submetidas à cirurgia cardíaca, segundo características sociodemográficas (gênero, idade, IMC e cor da pele). São Carlos, SP, Brasil, 2011-2012

Variáveis	Frequência (N)	%	Min	Máx	Média
Gênero					
Maculino	36	75			
Feminino	12	25			
Idade					
18 a 29 anos	1	2,1			
30 a 39 anos	2	4,17			
40 a 49 anos	8	16,7			
50 a 59 anos	11	22,9			
Maior 60 anos	26	54,2	28	77	58,6
Índice de massa corporal					
<18,5	-				
18,5 a 24,9	14	29,2	20,6	24,8	23,1
25 a 29,9	22	45,8	25	29,9	27,2
>30	12	25	30,4	47,9	33,6
Cor da pele					
Branca	44	91,7			
Negra	2	4,17			
Parda	2	4,17			

No 1º PO, a maior média de dor referida foi para a atividade virar-se de lado; já para o 2º, 3º e 6º PO, a maior média de dor referida foi na atividade tossir (Tabela 2).

No que se refere à comparação das intensidades de dor em relação aos dias de PO, pode-se concluir que, durante o repouso, todos os dias avaliados foram estatisticamente diferentes entre si, ou seja, a dor diminuiu com o passar do tempo. Para a atividade tossir, pode-se considerar que apenas no 6º PO os pacientes apresentaram uma diminuição no nível de dor em relação aos outros dias (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição da intensidade da dor (média, mínimo, máximo e desvio-padrão) nos sujeitos (N) no pós-operatório de cirurgia cardíaca, durante o repouso e as atividades estudadas, segundo os dias de pós-operatório. São Carlos, SP, Brasil, 2011-2012

Variável	Pós-operatório	Média	Mín	Máx	Desvio-padrão	Número de sujeitos	%
Repouso	1º	3,90	0	10	3,07	21	44
	2º	3,04	0	10	2,92	14	29
	3º	1,98	0	8	2,70	12	25
	6º	0,98	0	8	2,03	7	15
Tossir	1º	6,33	0	10	2,88	38	79
	2º	6,08	0	10	2,92	40	83
	3º	5,35	0	10	2,71	41	85
	6º	4,02	0	10	2,32	43	90
Virar-se de lado	1º	6,48	1	10	2,61	42	88
	2º	5,23	0	10	2,53	41	85
	3º	3,90	0	10	2,72	35	73
	6º	1,38	0	8	1,99	18	38
Respirar profundamente	1º	4,83	0	10	2,89	38	79
	2º	4,31	0	10	2,69	38	79
	3º	3,31	0	10	2,75	35	73
	6º	1,56	0	10	2,06	24	50
Sentar ou levantar	1º	4,00	4	4	0,00	1	2
	2º	5,13	3	10	2,18	16	33
	3º	4,09	0	8	2,37	29	60
	6º	2,92	0	10	2,23	37	77
Deambular	1º	-	-	-	-	-	-
	2º	5,00	5	5	0,00	1	2
	3º	1,23	0	6	2,20	5	10
	6º	0,58	0	6	1,42	10	21

Para a atividade virar-se de lado foi possível considerar a favor da igualdade dos níveis de dor para os dois primeiros dias e que existem indícios de diferença estatisticamente relevante para o 3º e o 6º PO, ou seja, a intensidade de dor nos primeiros dois dias pode ser considerada estatisticamente igual nessa atividade e com diminuição a partir do 3º dia. Na atividade respirar profundamente, foi possível considerar que não existiu diferença estatisticamente significativa entre o primeiro e o segundo dia, no que se refere à intensidade de dor; contudo, para todas as outras possíveis comparações existiram indícios de diferença estatisticamente relevante, sendo que a dor diminui com o passar dos dias (Tabela 3).

No que se refere às atividades sentar ou levantar de uma cadeira e deambular, foi possível analisar apenas os dados referentes ao 3º e 6º PO, pois, nos dois primeiros dias, um número muito reduzido de sujeitos conseguiu desenvolver essas atividades. Pode-se considerar que existiu diferença estatisticamente

relevante entre o 3º e o 6º PO e que a intensidade de dor para a atividade sentar ou levantar foi menor no sexto dia; já na atividade deambular não houve diferença estatisticamente relevante entre esses dois dias (Tabela 3).

A intensidade de dor foi comparada durante o repouso e as atividades tossir, virar-se de lado e respirar profundamente. Observou-se que os índices encontrados não são estatisticamente iguais e que a ordem decrescente da intensidade da dor foi ao tossir (5,44), ao virar-se de lado (4,24), ao respirar profundamente (3,50) e em repouso (2,47).

Com relação à localização da dor, verificou-se, em todos os tempos avaliados, que a incisão cirúrgica na região do esterno foi o local mais referido pelos sujeitos (94%), seguida das regiões epigástrica (75%), mama direita e mama esquerda (46% cada local) e cervical e interescapular (25%). Outras localizações foram referidas em menor número.

Tabela 3 - Resultados obtidos (p-valores) pelos testes de Wilcoxon-pareado, para todas as variáveis estudadas, comparando-se os dias de pós-operatório. São Carlos, SP, Brasil, 2011-2012

Variável	Pós-operatório	p-valor			
		1º Pós-operatório	2º Pós-operatório	3º Pós-operatório	6º Pós-operatório
Repouso	1º	-	-	-	-
	2º	0,002837	-	-	-
	3º	6,754x10 ⁻⁵	0,0002289	-	-
	6º	2,017x10 ⁻⁶	1,781x10 ⁻⁶	0,000985	-
Tossir	1º	-	-	-	-
	2º	0,7652	-	-	-
	3º	0,06193	0,1741	-	-
	6º	7,339x10 ⁻⁶	0,0002614	0,01953	-
Virar-se de lado	1º	-	-	-	-
	2º	0,06309	-	-	-
	3º	8,855x10 ⁻⁵	1,651x10 ⁻⁷	-	-
	6º	9,232x10 ⁻⁹	4,716x10 ⁻⁷	2,126x10 ⁻⁵	-
Respirar profundamente	1º	-	-	-	-
	2º	0,1267	-	-	-
	3º	0,002144	0,0017	-	-
	6º	1,126x10 ⁻⁶	9,551x10 ⁻⁷	2,77x10 ⁻⁶	-
Sentar ou levantar	6º	-	-	0,01246	-
Deambular	6º	-	-	0,3938	-

Discussão

Observou-se que a dor, no pós-operatório de cirurgia cardíaca, apresentou-se de intensidade leve, durante o repouso, e decrescente com o passar dos dias. No entanto, durante as atividades, a intensidade de dor foi moderada nos dois primeiros dias de PO e diminuiu a partir do 3º PO, com exceção da atividade tossir, em que a intensidade diminuiu apenas no 6º PO.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com indivíduos no pós-operatório de cirurgia cardíaca, o qual apontou que esses indivíduos são menos propensos a realizar atividades se essas causam dor. Os autores analisaram as atividades sair da cama, sentar ou levantar de uma cadeira e deambular e encontraram que a mobilidade reduzida foi relatada como um dos efeitos mais comuns na presença de dor⁽¹¹⁾. No presente estudo, observa-se o número reduzido de sujeitos que realizaram as atividades sentar ou levantar de uma cadeira e deambular, provavelmente por evitarem a realização de atividades que provocariam dor.

As variáveis tossir, virar-se de lado, respirar profundamente e em repouso apresentaram, em ordem decrescente, respectivamente, as maiores médias de intensidade de dor, quando comparadas entre si nos quatro dias estudados. Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam para a necessidade de se atentar para o manejo adequado da dor pós-cirurgia cardíaca, principalmente durante a realização de atividades. Ressalta-se que as ações

de enfermagem devem focar a avaliação e a mensuração da dor; essas ações possibilitam o conhecimento sobre sua existência, intensidade e outros aspectos não somente em repouso, mas, principalmente, durante atividades necessárias para prevenir complicações. A avaliação e mensuração da dor norteiam a indicação de intervenções para o seu manejo.

No presente estudo, a atividade tossir apresentou-se como a atividade com maior intensidade de dor e com maior permanência; houve diminuição relevante apenas no último dia avaliado. A tosse, geralmente induzida após realização de fisioterapia, é uma atividade que elimina o acúmulo de secreções pulmonares, sendo que, se realizada com frequência, diminui a possibilidade de recuperação cirúrgica retardada. Em estudo anterior, envolvendo 705 indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca, cujo objetivo foi identificar a dor e associá-la a vários tipos de atividades nos seis primeiros dias de internação, observou-se que esses indivíduos também apresentaram dor durante todo o período analisado, que a dor diminuiu com o passar dos dias e que a tosse foi a atividade que os indivíduos relataram como apresentando o maior nível de intensidade de dor, seguida de movimentar-se ou virar-se na cama, levantar-se de uma cadeira ou caminhar, respirar profundamente ou usando um espirômetro de incentivo, e em repouso. Esses autores encontraram que os níveis de dor, mesmo no 6º dia de PO, variaram de nenhuma dor a maior severidade da dor, reafirmando a necessidade de avaliá-la e tratá-la individualmente⁽²⁾.

Outro estudo foi realizado para avaliar a intensidade da dor em relação a algumas atividades no PO de cirurgia cardíaca em 102 pacientes. Também nesse estudo, a atividade mais frequentemente associada à percepção de dor foi a tosse (95,1%). Todas as outras atividades (realização de fisioterapia, movimentação passiva e automovimentação) foram associadas com a dor, pelo menos algumas das vezes, por mais de 80% dos participantes⁽¹²⁾.

Vários estudos⁽¹³⁻¹⁶⁾ apontaram que o manejo da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca é de extrema importância, se se considerar as alterações advindas da presença desse fenômeno, ou seja, uma das principais estratégias para a prevenção de complicações é manejar a dor.

Alguns autores avaliaram a dor relacionando-a à função pulmonar em 70 adultos, submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia. Observaram prejuízo significativo da função pulmonar, que não retornou à mesma função pré-operatória até o 5º PO, e relacionaram esse fato à presença de dor⁽¹³⁾.

Pesquisa realizada com 30 pacientes, em uma Unidade de Terapia Intensiva pós-cirurgia cardíaca nos primeiros quatro dias de PO, objetivou avaliar a intensidade da dor, identificar possíveis associações entre alterações fisiológicas e dor PO e descrever a analgesia utilizada. Os resultados mostraram associação e correlação positiva entre dor e presença de alterações fisiológicas, sendo as mais frequentes a taquipneia e o aumento da pressão arterial. Quanto à analgesia, utilizou-se apenas administração de drogas e a maioria estava sob esquema "a critério médico". Da amostra estudada, 86,7% demonstrou dor em pelo menos um dos tempos avaliados. A maioria dos pacientes referiu dor do POI ao 2º PO, sendo que a maior incidência ocorreu no 1º PO (63,3%)⁽¹⁴⁾.

Em outra pesquisa foram estudados 22 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca por toracotomia medioesternal. O objetivo foi avaliar a influência da dor na independência funcional. Observou-se que 54,5% dos indivíduos referiram intensidade moderada de dor no 2º/3ºPO e 63,6% obtiveram diminuição no 5º/6ºPO para dor de intensidade leve. Nesse mesmo estudo, a maior intensidade da dor, referida pelos pacientes, piorava com a tosse e/ou respiração profunda. A intervenção cirúrgica provocou alterações no desempenho funcional desses indivíduos, havendo perda quando comparado o pré-operatório com o 2º/3ºPO; e aumento na funcionalidade quando comparados o 2º/3ºPO com o 5º/6ºPO. A redução da dor ao longo dos dias de PO foi um dos fatores que pode ter influenciado o aumento do escore funcional do 2º/3ºPO para o 5º/6ºPO⁽¹⁵⁾.

Estudo brasileiro avaliou a intensidade da dor durante o 1º, o 3º e o 5º dia PO e suas repercussões na função respiratória de 31 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. Os resultados apontaram que a média de intensidade de dor foi 8,32 na escala visual analógica e diminuiu a função respiratória dos pacientes; isso prejudicou a realização de inspirações profundas, principalmente no 1º PO⁽¹⁶⁾.

Com relação à localização da dor, o presente estudo demonstrou que a incisão cirúrgica na região do esterno foi o local mais citado ao se considerar todos os momentos e situações avaliados. A maioria dos sujeitos (94%) referiu dor no local do esterno durante a tosse, em todos os dias avaliados. Fato esperado, já que a incisão cirúrgica foi realizada por via esternotomia mediana. O segundo local de dor mais referido pelos sujeitos foi a região epigástrica, local onde o dreno de mediastino é inserido; em seguida foram citadas as regiões mamária direita e mamária esquerda; provavelmente essas regiões foram consideradas doloridas em virtude da movimentação ativa das costelas durante o procedimento cirúrgico. As regiões cervical e interescapular, local do tórax posterior, também foram percebidas como locais de dor, provavelmente pela posição persistente dos sujeitos em decúbito dorsal no leito.

Alguns autores encontraram os mesmos resultados. Outro estudo avaliou 200 adultos após cirurgia cardíaca quanto ao local, à distribuição (número de áreas de dor por paciente) e à intensidade de dor no 1º, 2º, 3º e 7º dia PO. Observou-se que a dor foi significativamente maior nos dois primeiros dias da cirurgia, com relato de intensidade moderada. A intensidade da dor começou a diminuir a partir do 3º dia PO. Os locais de maior nível de dor foram a região incisional (esterno) e a região epigástrica. Observou-se que a localização da dor mudou com o tempo; o número de pacientes com dor incisional e dor na região epigástrica diminuiu, provavelmente devido à retirada de drenos; e, no final da primeira semana pós-operatória, predominou a dor tipo osteoarticular (costas e ombros). Esse fato foi explicado pelos autores como causa provável da mobilização ativa das articulações no externo, que, durante a operação, permanecem tensas pela retração do osso, bem como de espasmos musculares relacionados ao posicionamento cirúrgico e repouso absoluto prolongado⁽¹⁷⁾.

Estudo brasileiro em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva observou que o local de maior frequência de dor referida foi o esterno (50%)⁽¹⁶⁾. Em outra pesquisa, o local doloroso mais indicado foi a região do esterno e o segundo mais citado foi a região da coluna torácica (T10)⁽¹³⁾. Já em outro estudo, em todos os momentos avaliados, a incisão esternal e a inserção do dreno de

mediastino foram os locais mais comuns de dor, relatados pelos pacientes⁽¹⁸⁾.

Ao avaliar cuidadosamente o paciente com dor, em momento delicado da vida dessa pessoa, ou seja, após uma cirurgia de grande porte, o profissional em questão torna-se aquele "em quem confiar". Uma pesquisa⁽¹⁹⁾ apontou os significados importantes para serem considerados no cuidado de enfermagem às pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. O significado desses cuidados está relacionado à manutenção de relações amistosas, de confiança e de suporte emocional para superar as ausências familiares e as mudanças no estilo de vida.

Conclusão

A presente investigação permitiu a melhor compreensão de aspectos relacionados à intensidade e à localização da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca em repouso e durante algumas atividades, e, dessa forma, possibilita novos estudos e novas abordagens para utilização no seu manejo. Conhecer aspectos específicos desse tipo de dor possibilita aos profissionais da saúde planejar e desenvolver assistência adequada, individualizada e humanizada. O controle adequado da dor após cirurgia cardíaca se faz necessário para se evitar recuperação cirúrgica retardada.

A experiência dolorosa é subjetiva, complexa e multidimensional; dessa forma, para que ocorra o manejo efetivo desse fenômeno, é necessária abordagem multidisciplinar que considere tratamentos alternativos, além dos tradicionais, e que investigue continuamente a adequação dos métodos de alívio escolhidos, considerando seus aspectos positivos e negativos.

Referências

1. Chung JWY, Lui JCZ. Postoperative pain management: study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sci*. 2003 Mar;5(1):13-21.
2. Milgrom LB, Brooks JA, Qi R, Brunnell K, Wuestfeld S, Beckman D. Pain Levels Experienced With Activities After Cardiac Surgery. *Am J Crit Care*. 2004;13(2):116-25.
3. Santos EMM, Pimenta CAM. Contradições entre o relato de dor no pós-operatório e a satisfação do doente com a analgesia. *Rev Bras Cancerol*. 2000; 46(1):93-104.
4. Couceiro TCM, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MCF. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. *Rev Bras Anesthesiol*. mai-jun 2009;59(3):314-20.
5. Bruce J, Drury N, Poobalan AS, Jeffrey RR, Smith WC, Chambers WA. The prevalence of chronic chest and leg pain following cardiac surgery: a historical cohort study. *Pain*. 2003;104(1-2):265-73.
6. Taillefer MC, Carrier M, Bélisle S, Levesque S, Lanctôt H, Boisvert AM, et al. Prevalence, characteristics, and predictors of chronic nonanginal postoperative pain after cardiac operation: a cross-sectional study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2006;131(6):1274-80.
7. Lahtinen P, Kokki H, Hynynen M. Pain after Cardiac Surgery. A Prospective Cohort Study of 1-Year Incidence and Intensity. *Anesthesiology*. 2006;105(4):794-800.
8. Younger J, Mccue R, Mackey S. Pain Outcomes: A Brief Review of Instruments and Techniques. *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Feb;13(1):39-43.
9. Sousa FF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):3-10.
10. World Health Organization. Global Database on Body Mass Index. BMI Classification [Internet]. Geneva; 2008. [acesso 10 dez 2012]. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
11. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. mai-jun 2006;59(3):321-6.
12. Yorke J, Wallis M, Mclean B. Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart Lung*. 2004;33(1):33-41.
13. Baumgarten MCS, Garcia GK, Frantzeski MH, Giacomazzi CM, Lagni VB, Dias AS, et al. Comportamento da dor e da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca via esternotomia. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. dez 2009;24(4):497-505.
14. Andrade EV, Barbosa M, Barichello E. Pain assessment in postoperative cardiac surgery. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):224-9.
15. Morais DB, Lopes ACR, Sá VM, Silva WM Junior, Manoel CN, et al. Avaliação do Desempenho Funcional em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2010;23(5):263-9.
16. Sasseron AN, Figueiredo LC, Trova K, Cardoso AL, Lima NMFV, Olmos SC, et al. A dor interfere na função respiratória após cirurgias cardíacas? *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009;24(4):490-6.
17. Mueller XM, Tinguely F, Tevaearai HT, Revely JP, Chioléro R, Von Segesser LK. Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. *Chest*. 2000;118(2):391-6.
18. Mota FA, Marcolan JF, Pereira MH, Milanez AM, Dallan LA, Diccini S. et al. Comparison study of two different patient-controlled anesthesia regimens after cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010;25(1):38-44.

19. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013 Fev [acesso 20 jul 2013] ; 21(1): 332-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100007>

Recebido: 25.1.2013

Aceito: 23.9.2013