



Ficha Técnica No. 2

## **Dor Pós-Operatória**

### **O Que os Profissionais de Saúde Devem Saber**

Centenas de milhões de cirurgias são realizadas por ano em todo o mundo. Elas variam de pequenas cirurgias ambulatoriais a longas cirurgias em órgãos críticos e pacientes frágeis. As gerações passadas viram uma grande virada de atitudes com relação ao controle da dor pós-operatória – da resistência fatalista à confiança no controle e melhora de um processo fisiológico e psicológico [11], mesmo na presença da dor ou nas transições para torná-la crônica em alguns pacientes [8].

Além disso, progressos em técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e regimes reabilitadores multimodais, inclusive analgesia, podem otimizar a recuperação pós-operatória e transformá-la de internação a auto-cuidados ambulatoriais [2].

### **Abordagem atual à dor pós-operatória**

- Presume que praticamente todas as dores pós-operatórias podem – e devem – ser tratadas para otimizar as funções físicas e emocionais.
- Avalia a dor pós-operatória em repouso e com atividade importante para adaptar a terapia analgésica às necessidades de reabilitação, em geral buscando intensidade leve, mas com exceções notáveis como em trauma grave com estado mental alterado [12]
- Identifica com antecedência os pacientes que vão precisar de atenção especial para o controle da dor pós-operatória – devido a dor crônica pré-operatória, ansiedade, terapia com opioides, ou questões comportamentais como catastrofização ou distúrbios no uso de substâncias, por exemplo [9]
- Integra o controle da dor e outros aspectos de preparação e recuperação da cirurgia, como educação do paciente, nutrição e ingestão de líquidos.
- Combina vários tipos de medicamentos com anti-inflamatórios e, quando adequado, anestesia local em uma estratégia multimodal para reduzir a confiança em um único agente (como opioides e seus vários efeitos colaterais)
- Monitora os pacientes após a alta hospitalar para identificar e tratar dor persistente e outras consequências cirúrgica indesejáveis o mais cedo possível
- Organiza controle pré, intra e pós-operatório da dor de acordo com um processo adequado ao contexto e em nível de sistema de saúde para melhorar a qualidade e a segurança

- Reconhece (em alguns países) que o tratamento da dor aguda como a dor pós-operatória, se tornou uma subespecialidade médica devido ao aumento do conhecimento e das técnicas especializadas, como a anestesia regional [10].

**Hoje, os procedimentos orientados por evidências e específicos para o local podem reduzir ou evitar os seguintes efeitos adversos da dor aguda pós-operatória não tratada:**

- Experiências negativas aos pacientes
  - Medo, ansiedade, e sofrimento desnecessário
  - Mobilidade ou respiração limitada e baixa autonomia do paciente
  - Má qualidade do sono
  - Retenção urinária
  - Diminuição da qualidade de vida durante recuperação lenta e desnecessária
  - Incapacidade parcial ou total desnecessária com perda de produtividade no trabalho
- Desfechos clínicos indesejáveis
  - Demora na cicatrização da ferida devido a tônus simpático aumentado e baixa oxigenação
  - Aumento do risco de manter ou se transformar em dor crônica
  - Aumento da taxa de insuficiência anastomótica
  - Aumento do risco de morbidade pulmonar, inclusive pneumonia devido a respiração prejudicada pela dor
  - Aumento do risco de trombose
  - Aumento do risco de delírio
  - Resposta sustentada ao estresse: catecolaminas, cortisol, catabolismo aumentados
- Ônus administrativos aumentados
  - Hospitalização mais longa no hospital ou na unidade de terapia intensiva
  - Aumento das taxas de complicações (inclusive possível dor crônica) que aumentam o custo do sistema de saúde
  - “Pagamento por desempenho” reduzido com base em qualidade mais baixa presumida de atendimento
  - **Os clínicos já demonstraram que podem ajustar e personalizar as diretrizes clínicas de acordo com a variação e as necessidades individuais dos pacientes [4]. Possíveis fatores que contribuem para a variabilidade da dor pós-operatória incluem:**
- Diferenças genéticas (inclusive gênero) em nocicepção, sensibilização e analgesia endógena, e sistemas visados por analgésicos que influenciam a farmacocinética e a farmacodinâmica de, por exemplo, metabolismo dos opioides, ou magnitude da resposta inflamatória
- Idade, peso, estado físico e comorbidade médica, inclusive medicamentos concomitantes
- Etnia, que influencia a dor pós-operatória e como ela é tratada [1,3]
- Dor pós-operatória e anterior à distância e tratamento; p. ex., sensibilização por dor ou adaptação à terapia com opioides
- Fatores psicológicos como controle informado, expectativa (p. ex., efeitos placebo ou não placebo), ou catastrofização
- Fatores sociais como o contexto e o significado da cirurgia e da dor do indivíduo (p. ex., estado de incapacidade ou cirurgia curativa versus não curativa de câncer)
- O local da cirurgia e a técnica cirúrgica (p. ex., “keyhole” ou incisões com preservação de nervo)

A prática futura já está em andamento em alguns centros e grupos de pesquisa. Em geral ela busca avançar em uma abordagem multimodal centrada no paciente à analgesia que é integrada a

outras dimensões de melhora da recuperação: mobilização física, gerenciamento de líquidos e temperatura, nutrição e restauração de função pulmonar comprometida [5]

Grupos específicos de pacientes e tipos de cirurgias são apresentados em outras Fichas Técnicas de apoio ao Ano Global de Luta Contra a Dor Pós-Operatória 2017 da IASP. É importante ter em mente que independentemente da magnitude de um benefício psicológico ou econômico específico (ou não) do controle agressivo da dor, os pacientes têm o direito humano fundamental de receber o melhor controle de dor que seus provedores de saúde possam oferecer. Isso não significa que todos os pacientes devem ter dor de intensidade zero. Ao contrário, para cada paciente, os riscos, benefícios e capacidade de oferecer cuidados pós-operatórios com segurança naquele ambiente específico inclui controle eficaz da dor como componente integrante.

## REFERENCIAS

Campbell CM, Edwards RE. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management* 2012; 2: 219-230.  
Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016; 17: 131-157

Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, Kalauokalani DA, Lasch KE, Myers C, Tait RC, Todd KH, Vallerand AH. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine* 2003;4:277-294.

IASP Acute Pain Special Interest Group. Web posting of 2014 Satellite Symposium on "Faces or the crowd: variability and diversity in acute pain control."

Kehlet H. Accelerated recovery after surgery: a continuous multidisciplinary challenge. *Anesthesiology* 2016; 123: 1219-1220

Meissner W, Zaslansky R. PAIN OUT is an international quality improvement and registry project that provides a web-based information system to improve treatment of patients with post-operative pain.

McQuay HJ, Moore RA. *An Evidence-Based Resource for Pain*. Oxford: Oxford University Press, 1998

Niraj G, Rowbotham DJ. Persistent postoperative pain: where are we now? *Br J Anaesth* 2011; 107: 25-29

Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015). *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne

Tighe P, Buckenmaier CC, Boezaart AP, Carr DB, Clark L, Herring A, Jacobs W, Kent M, Mackey S, Mariano ER, Polomano RC, Reisfield GM. Acute pain medicine in the United States: a status report. *Pain Medicine* 2015; 16: 1806-1826

Wilder-Smith O, Arendt-Nielsen L, Yarnitsky D, Vissers KCP. *Postoperative Pain: Science and Clinical Practice*. Philadelphia: IASP Press/ Wolters Kluwer, 2014

Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatski-Zahn E, Puig MM, Rawal N, Ullrich K, Volk T, Meissner W. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 2015;19:490-502

## **AUTORES**

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)  
Professor of Public Health and Community Medicine  
Professor of Anesthesiology and Medicine  
Founding Director, Tufts Program on Pain Research, Education and Policy  
Boston, Mass., USA

Bart Morlion, MD, PhD, DESA  
Director of the Leuven Center for Algology & Pain Management  
University Hospitals Leuven, KU Leuven, Belgium  
Hon. Assoc. Professor, University of Groningen, Netherlands

## **REVISORES**

Asokumar Buvanendran, MD  
William Gottschalk, Endowed Chair of Anesthesiology  
Vice Chair Research & Director of Orthopedic Anesthesia  
Professor, Department of Anesthesiology  
Rush University Medical Center  
Chicago, Illinois, USA  
Lars Arendt-Nielsen, Dr Med Sci, PhD, FRSM, FIAMBE  
Director, Professor, Center for Sensory-Motor Interaction  
Department of Health Science and Technology  
School of Medicine, Aalborg University  
Aalborg, Denmark

## **TRADUÇÃO**

Juliana Barcellos de Souza, Ph.D.  
Fisioterapeuta, Preceptora da Residência IMS, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina  
Florianópolis, SC

Sobre a Associação Internacional para o Estudo da Dor®

IASP é o fórum líder profissional para a ciência, prática e educação no campo da dor. A associação é aberta a todos os profissionais envolvidos na investigação, diagnóstico ou tratamento da dor. IASP tem mais de 7.000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais e 20 Grupos de Interesse Especial.

---

©Direitos de autor 2017 Associação Internacional para o Estudo da Dor. Todos os direitos reservados.

A SBED é o capítulo brasileiro da IASP e reúne cientistas, médicos, profissionais de saúde e formuladores de políticas para estimular e apoiar o estudo da dor e traduzir esse conhecimento em melhor alívio da dor em todo o mundo.