

BREVE COMUNICADO

Manejo da dor pós-operatória em cesariana: um estudo transversal

Julia Gonçalves Zandomenico^{a,*}, Georgia Zandomenico Perito^a, Jean Abreu Machado^{b,c},
Helena Caetano Gonçalves e Silva^b

^aUniversidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil

^bUniversidade do Sul de Santa Catarina, Ciências da Saúde, Tubarão, SC, Brasil

^cHospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital Socimed, Residência em Anestesiologia, Tubarão, SC, Brasil

Recebido em 14 de maio de 2021; aceito em 24 de outubro de 2021.

Disponível online em 1 de fevereiro de 2022.

Introdução

A cesariana é a intervenção cirúrgica mais comum em diversos países e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas, refletindo a necessidade de debater sobre condutas em cesariana⁽¹⁾. Reconhecida como método de escolha em cesarianas, a raquianestesia é a principal opção tanto em cesarianas eletivas, quanto em situações de urgência e emergência. Sua principal desvantagem é a falta de analgesia pós-operatória de longa duração, requerendo suplementação analgésica no pós-operatório para manter uma analgesia de alta qualidade e duração consistentemente prolongada⁽²⁾. Em obstetrícia, puérperas com dor têm dificuldade na deambulação e podem adotar posições antálgicas que dificultam o início da amamentação⁽³⁾. Diante disso, podem ser associados ao anestésico local fármacos adjuvantes com o intuito de melhorar a qualidade do bloqueio e prolongar a duração da analgesia. A combinação de anestésicos locais e opioides é a prática mais comumente utilizada⁽²⁾. Frente ao impacto negativo da dor na recuperação da mãe e do bebê, este estudo teve o objetivo de avaliar

o manejo da dor pós-operatória e sua relação com a prevalência de dor pós-operatória em pacientes submetidas a cesária com raquianestesia em um hospital no sul do Brasil.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal retrospectivo. Foram coletados dados de prontuários físico e eletrônico de pacientes submetidas à cesariana com uso de raquianestesia no ano de 2019 em um hospital de referência em atendimento obstétrico no sul do Brasil.

O cálculo amostral foi realizado a partir do número total de pacientes submetidas à cesariana com raquianestesia no ano de 2019, de 879 pacientes, considerando uma prevalência de cesáreas realizadas com raquianestesia e morfina intratecal de 80%⁽⁴⁾, adotando-se um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Obteve-se, então, uma amostra de 268 pacientes. A escolha dos prontuários analisados foi realizada por randomização simples.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos, classi-

Autor correspondente:

E-mail: juzandomenico@gmail.com (J.G. Zandomenico).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.10.020>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

ficação de estado físico American Society of Anesthesiologists (ASA) II a III, feto único e cesariana executada com técnica de raquianestesia. Foram excluídas mulheres com índice de massa corporal superior a 40 kg.m², história de mais de três cesáreas anteriores, doenças psiquiátricas ou cardiopulmonares ou diabetes mellitus descompensadas e uso crônico de analgésicos.

As variáveis analisadas foram: morfina intratecal, perfil sociodemográfico, medicações adjuvantes administradas pelo anestesiológico no intraoperatório e pelo obstetra nas primeiras 24 horas de pós-operatório, manifestação de dor nas 24 horas pós-cesariana e uso de analgesia suplementar neste período.

Foram consideradas as manifestações de dor avaliadas por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem através da Escala Visual Analógica (EVA), registradas em prontuário nas primeiras 24 horas após a cesárea. Foi considerada analgesia suplementar a administração de analgésicos de resgate não constantes na prescrição de horário, ou seja, que foram prescritos em caso de manifestação de dor. No hospital estudado, a administração de analgésicos suplementares é protocolada quando EVA \geq 4. Considerou-se EVA 0 como ausência de dor, EVA 1 a 3 como dor fraca, EVA 4 a 6 como dor moderada, EVA 7 a 9 como dor intensa e EVA 10 como dor insuportável.

A análise estatística foi composta por teste de associação por meio de razão de prevalência (RP) e teste de comparação com qui-quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável, sob parecer 4.452.045, de 10 de dezembro de 2020.

Resultados

Foi obtida a amostra de 268 pacientes. A faixa etária se distribuiu entre 18 a 19 anos (0,4%, n = 1), 20 a 29 anos (67,0%, n = 67), 30 a 39 anos (70,1%, n = 188), e 40 anos ou mais (4,5%, n = 12). Em relação às comorbidades, a amostra se distribuiu da seguinte forma: endocrinológica (7,8%, n = 21), respiratória (3,4%, n = 9), cardiocirculatória (2,2%, n = 6), hematológica (1,5%, n = 4) e neurológica (0,4%, n = 1), etilismo/tabagismo (n = 0).

Quanto às características transoperatórias, as medicações administradas pelo anestesiológico durante o período intraoperatório visando analgesia pós-operatória foram:

Tabela 1 Relação entre prevalência de dor pós-operatória nas primeiras 24 horas após a anestesia e número de medicações analgésicas administradas pelo anestesiológico para analgesia pós-cesárea.

	Manifestou dor (n)	Não manifestou (n)	valor p
Uma medicação	27	43	0,064
Duas ou mais medicações	95	98	

Tabela 2 Prevalência de dor pós-cesariana EVA \geq 4 nas primeiras 24 horas após a anestesia e uso de analgésico suplementar no período pós-operatório.

	N	%	valor p
Manifestação de dor EVA \geq 4 nas primeiras 24 horas após anestesia	39	14,5	0,016
Uso de analgésico suplementar em pacientes que manifestaram dor EVA \geq 4 nas primeiras 24 horas após anestesia	3	1,1	

morfina intratecal (99,6%, n = 267), cetoprofeno (78,4%, n = 210), dipirona (60,8%, n = 163), dexametasona (53%, n = 142) e ceterolaco (14,9%, n = 40).

Foram avaliados o número de medicações analgésicas administradas pelo anestesiológico no período intraoperatório para analgesia pós-cesárea, e relacionado à prevalência de dor pós-operatória nas primeiras 24 horas após a cesárea, descritos na Tabela 1. Houve uma tendência de associação estatisticamente significativa entre a manifestação de dor nas primeiras 24 horas pós-cesárea e o número de analgésicos administrados no período intraoperatório, de modo que o grupo que não manifestou dor teve chance semelhante de receber duas ou mais medicações quando comparado ao grupo que manifestou dor ($p = 0,064$).

As medicações analgésicas administradas nas primeiras 24 horas de pós-operatório prescritas pelo obstetra assistente foram: dipirona 1g de 8/8 horas em 95,0% (n = 254), tramadol 100 mg 8/8 horas em 92,0% (n = 246) e cetoprofeno 100 mg 12/12 horas em 85,0% (n = 227). Foram analisados a prevalência de dor pós-operatória e o uso de analgesia suplementar para dor pós-cesariana quando EVA \geq 4, descritos na Tabela 2. Houve associação estatisticamente significativa entre a prevalência de dor pós-cesariana e o uso de analgésico suplementar nas primeiras 24 horas pós-operatórias, mostrando que maioria das pacientes que referiram dor EVA \geq 4 não receberam analgesia suplementar ($p = 0,016$).

A EVA foi aplicada em 96,2% (n = 258) pacientes. Ao analisar a distribuição da EVA nas primeiras 24 horas pós-cesárea, 52,2% (n = 140) das pacientes referiram EVA 0. Por conseguinte, as demais classificações EVA se distribuíram da seguinte forma: dor leve (29,5%), dor moderada (12,0%) e dor intensa (2,6%). Nenhuma paciente relatou EVA 10.

Discussão

O perfil epidemiológico de pacientes submetidas a cesárea no Brasil tem mudado. Atualmente, as gestações tardias têm incidência aumentada⁽⁵⁾, fato corroborado por este estudo, em que a maioria das pacientes encontrava-se em faixa etária acima dos 30 anos. A elevação na faixa etária materna associa-se a maiores riscos perioperatórios e gestacionais⁽⁵⁾, requerendo maiores cuidados dos profissionais envolvidos no atendimento destas pacientes.

Nesse quesito, o controle insuficiente da dor pós-operatória pode ser prejudicial para a recuperação de qualquer tipo de cirurgia, ⁽²⁾ e em cesárea, especialmente, esse cuidado deve ser ainda mais intensivo perante o risco de reduzir a capacidade da mãe de adquirir independência e assumir os cuidados do recém-nascido ^(2,6). Frente a isso, para potencializar a analgesia pós-cesárea, uma série de intervenções podem ser utilizadas, como a morfina intratecal ⁽²⁾. De fato, neste estudo, praticamente todas as pacientes (99,6%) receberam morfina intratecal como estratégia do manejo da dor pós-operatória.

Diante disso, a EVA é uma importante ferramenta para detecção e quantificação da dor pós-operatória, permitindo otimizar a analgesia das pacientes. Entretanto, o emprego da escala não teve aproveitamento neste estudo, considerando que dentre as pacientes que manifestaram dor EVA ≥ 4 nas primeiras 24 horas pós-operatórias, apenas 7,6% receberam analgesia suplementar ($p = 0,016$). Esta adversidade se repete, porém de forma menos expressiva, no estudo de Kintu e colaboradores ⁽⁷⁾, em que 58% das pacientes não receberam prescrição analgésica adequada no pós-operatório de cesariana. A dificuldade de manejar a dor pós-operatória pode ocorrer devido a alta carga de trabalho dos profissionais – incluindo número de pacientes e número de procedimentos a serem executados –, influenciando negativamente na atenção atribuída a cada paciente ⁽⁸⁾.

Ainda, ao comparar as pacientes que manifestaram dor e as que não manifestaram, o uso de fármacos para analgesia pós-operatória foi semelhante entre os dois grupos ($p = 0,064$). A tendência à significância estatística pode ter ocorrido por um número amostral estudado relativamente restrito.

Tem-se como limitação o uso de dados secundários, que pode subestimar a prevalência de dor pós-operatória, visto que esta pode ter ocorrido e não ter sido detectada ou evoluída em prontuários. Concluiu-se neste estudo que o manejo da dor pós-cesárea foi insatisfatório, o que pode prejudicar a recuperação e o cuidado do recém-nascido. Evidencia-se a importância de reforçar a comunicação entre a equipe, e realizar a avaliação e a prescrição de forma singular para uma melhor distribuição de medicações e demais formas de analgesia conforme a necessidade individual das pacientes. Ainda, espera-se incentivar mais estudos

acerca deste tema afim de obter uma visão mais ampla e novas soluções para otimização do manejo da dor pós-operatória em cesariana.

Financiamento

Esta pesquisa teve concessão de Bolsa pelo Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (UNIEDU).

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-48.
2. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol* 2019;221:247.e1-9.
3. Carvalho FAE, Tenório SB. Estudo comparativo entre doses de morfina intratecal para analgesia após cesariana. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63(6):492-9.
4. Mikuni I, Hirai H, Toyama Y, et al. Efficacy of intrathecal morphine with epidural ropivacaine infusion for postcesarean analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2010;22(4):268-73.
5. Pereira SL, Silva TPR, Moreira AD, Novaes TG, Pessôas MC, Matozinhos IP, et al. Factors associated with the length of hospital stay of women undergoing cesarean section. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019 Set [acesso em 29 abr 2021]; 53(65). Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001113>>.
6. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *J Pain Res*. 2017;(10):2287-98.
7. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, et al. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):68.
8. Magalhães AMM, Kreling A, Chaves EHB, Pasin SS, Castilho BM. Medication administration - nursing workload and patient safety in clinical wards. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(1):183-189. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0618.