

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

Ana Isabel Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHTMAD, Vila Real
Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E),
Núcleo da Escola Superior de Saúde, IPB, Bragança, Portugal

Celeste Antão

Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal
Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E),
Núcleo da Escola Superior de Saúde, IPB, Bragança, Portugal
celeste@ipb.es

*Recepción Artículo: 06 diciembre 2021
Admisión Evaluación: 06 diciembre 2021
Informe Evaluador 1: 07 diciembre 2021
Informe Evaluador 2: 07 diciembre 2021
Aprobación Publicación: 07 diciembre 2021*

RESUMO

Introdução: A dor aguda pós-operatória é um problema previsível, cuja prevenção e controlo adequado podem evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos em cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida das doentes após cirurgia ginecológica. O enfermeiro é um elemento de referência na abordagem da dor, devendo saber valorizar as diferentes dimensões que constituem este fenómeno. **Objetivos:** Identificar características da dor aguda pós-operatória (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) em doentes submetidas a cirurgia ginecológica e analisar a relação entre variáveis psicológicas e a dor aguda pós-operatória em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal. Estudou-se uma amostra com 76 mulheres internadas no Serviço de Ginecologia e um hospital do norte de Portugal. Utilizou-se o questionário aplicado em 2 momentos: Momento I - avaliação pré-operatória realizada após admissão das doentes no internamento; Momento II - no segundo dia de pós-operatório, 48 horas após a cirurgia. Além de variáveis sociodemográficas o questionário integrou três instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa, possuindo boas propriedades psicométricas - Inventário Resumido da Dor (BPI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de Desânimo Associada à Dor (PCS). **Resultados:** As mulheres tinham maioritariamente idades entre 48 e 57 anos, casadas. No período pós-operatório, a presença de dor foi referida por 83,9% das mulheres; a ansiedade pós-operatória apresentava um valor médio de 8,32 (DP=3,55), indicando níveis de ansiedade leves. Observou-se que as mulheres apresentavam, em termos médios, dor pós-operatória moderada (3,83±2,34). Nenhuma das variáveis psicológicas estudadas demonstrou influenciar a intensidade da DAPO ($p>0.05$). No mesmo sentido, a severidade da dor não se mostrou influenciada pelo nível de ansiedade ou de depressão. Já a catastrofização determinou diferenças significativas

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

($p=0,040$). **Conclusão:** Dor aguda no período pós-operatório em cirurgia ginecológica é um aspeto que deve preocupar os profissionais de saúde, pois o controlo da dor é um direito das doentes, por motivos relacionados com a qualidade dos serviços e cuidados de saúde, e também por motivos económicos, pois a dor no período pós-operatório está associada a uma recuperação mais lenta, mais complicações pós-operatórias e internamentos mais longos.

Palavras-chave: dor aguda; cirurgia ginecológica; enfermeiros

ABSTRACT

Acute Postoperative Pain in Women Undergoing Gynecologic Surgery. Introduction: Acute postoperative pain is a predictable problem whose prevention and adequate control can avoid unnecessary suffering, save healthcare resources and improve the quality of life of patients after gynecological surgery. Nurses are key players on the approach to pain, and they should be able to assess the different dimensions that constitute this phenomenon. **Objectives:** To identify characteristics of acute postoperative pain (intensity, severity, functional interference of pain) in patients undergoing gynecological surgery and analyze the relationship between psychological variables and acute postoperative pain in women undergoing gynecological surgery. **Methodology:** This is a descriptive, correlational and cross-sectional study. We had studied a sample of 76 women admitted to the Gynecology Service from a hospital in the north of Portugal. The questionnaire was applied in two moments: Moment I - preoperative evaluation performed after the admittance of patients to hospitalization; Moment II - on the second postoperative day, 48 hours after surgery. In addition to sociodemographic variables, the questionnaire integrated three instruments translated and validated for the Portuguese population, possessing good psychometric properties - Brief Pain Inventory (BPI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Pain Associated Discouragement Scale (PCS). **Results:** The women were mostly aged between 48 and 57 years, married. In the postoperative period, the presence of pain was reported by 83.9% of women; postoperative anxiety had a mean value of 8.32 (SD=3.55), indicating mild levels of anxiety. It was observed that women had, on average, moderate postoperative pain (3.83 ± 2.34). None of the psychological variables studied has shown to influence the intensity of PADO ($p>0.05$). In the same sense, the severity of pain wasn't influenced by the level of anxiety or depression. Catastrophizing, on the other hand, determined significant differences ($p=0.040$). **Conclusion:** Acute pain in the post-operative period at gynecological surgery is an aspect that should concern health professionals, because pain control it's a patients right namely for the quality of health services and care, and also for economic reasons, since that pain in the post-operative period it's associated with slower recovery, more post-operative complications and longer hospital stays.

Keywords: acute pain; gynecologic surgery; nurses

INTRODUÇÃO

A dor é entendida pela International Association for the Study of Pain como *uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos*.

Apesar dos consideráveis avanços conseguidos ao longo dos últimos anos no âmbito do controlo da dor aguda pós-operatória (DAPo), o fenómeno da dor permanece um problema significativo e com consequências adversas para utentes, profissionais e serviços de saúde. No âmbito da Ginecologia, as principais patologias cirúrgicas destinam-se a tratar distúrbios do suporte pélvico, tumores benignos e tumores malignos a nível de órgãos do sistema sexual e reprodutor da mulher. Diferentes casos clínicos implicam diferentes procedimentos cirúrgicos que, por sua vez, envolvem diferentes graus de diferenciação e agressão cirúrgica e, também, uma diferente previsibilidade de dor.

A dor pós-cirúrgica é o sintoma pós-operatório mais vezes referido e constitui a primeira causa de admissão e readmissão hospitalar após a intervenção.

Os trabalhos de Melzack e Wall sobre dor, em 1965, reconheceram o seu importante papel no processamento e transmissão da informação nocicetiva através da teoria do controlo do portão da dor (*gate control*). Até à sua

publicação, os mecanismos da dor eram explicados segundo teorias assentes no tradicional modelo biomédico, que consideravam a dor como uma experiência sensorial resultante de estímulos nociceptivos associados a danos físicos devidos a lesão ou doença. A teoria do controlo do portão descreve a integração de estímulos periféricos com variáveis corticais, como o humor e a ansiedade, na percepção da dor. Deste modo, esta foi a primeira teoria a integrar mecanismos fisiológicos e psicológicos num modelo explicativo dos mecanismos da dor (Asmundson, Gomez-Perez, Richter & Carleton, 2014)

Durante muito tempo, a dor pós-operatória foi tida como inevitável ou algo a ser suportado. Quase metade dos pacientes internados observados na segunda metade do século 20 reportaram episódios de dor, de intensidade severa, no pós-operatório. A abordagem atual para a dor pós-operatória pode e deve otimizar as funções físicas e emocionais dos pacientes (IASP, 2017).

Diferentes procedimentos cirúrgicos envolvem diferentes órgãos e tecidos, no local cirúrgico e nas proximidades, criando uma variedade de padrões de sensibilização de nociceptores e diferenças na qualidade, local e intensidade da dor pós-operatória. Também o facto de existir uma diminuição do pH e da pressão de oxigénio e aumento da concentração de lactatos no local cirúrgico por vários dias (Brennan, 2011; Kido, Gautam, Benson, Gu, & Brennan, 2013), fazem com que a dor seja uma realidade nestes procedimentos.

A compreensão deste fenómeno tem revelado interesse traduzido em investigação recente. A dor pós-operatória estudada por Franco et al (2017).num hospital universitário apresentou-se prevalente em pacientes de ambos os sexos e dependente da faixa etária, da heterogeneidade de procedimentos cirúrgicos e de protocolos anestésicos, sendo a de intensidade moderada a mais identificada. Além de se repercutir na qualidade de vida do doente, o controlo da dor, pode também ser considerado um indicador da qualidade e efetividade da promoção da saúde (Machado et al, 2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, transversal e observacional. Estudou-se uma amostra com 76 mulheres internadas no Serviço de Ginecologia de um Hospital do Norte de Portugal, obtida por método não probabilístico de amostragem. Definiram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; não apresentar défice cognitivo ou síndrome demencial que impossibilite a compreensão e o preenchimento dos questionários; estar proposta para cirurgia ginecológica eletiva; tempo previsto de internamento após a cirurgia de pelo menos 48 horas.

Pretendeu-se estudar os fatores psicológicos associados à dor aguda em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica, entre eles:

- Identificar características da DAPO (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

- Analisar a relação entre variáveis psicológicas relacionadas com a DAPO em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.

O IrD utilizado foi o questionário integrando o Inventário Resumido da Dor - BPI (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007) e a Escala de Desânimo Associada à Dor – PCS (Sullivan et al., 1995; Azevedo et al., 2007). Foi aplicado em 2 momentos: Momento I - avaliação pré-operatória realizada após admissão das doentes no internamento; Momento II - no segundo dia de pós-operatório, 48 horas após a cirurgia. Ainda relativamente aos procedimentos éticos, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, de forma escrita, das participantes no estudo, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato.

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 25.0, recorrendo a estatística descritiva e a estatística inferencial. Na análise descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central, medidas de dispersão (coeficiente de variação e desvio padrão), e medidas de assimetria e de curtose.

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

A avaliação das variáveis psicológicas foi realizada no período pré e pós-operatório. A operacionalização das variáveis é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis	Categorização
Variáveis independentes	
Ansiedade (Subescala HADS-A) (Amplitude 0 -21)	Ausência de ansiedade (< 8)
	Ansiedade leve (8 - 10)
	Ansiedade moderada/ severa (11 - 15)
Depressão (Subescala HADS-D) (Amplitude 0 -21)	Ausência de depressão (< 8)
	Depressão leve (8 - 10)
	Depressão moderada/ severa (11 - 15)
Catastrofização (PCS) (Amplitude 0 -52)	Baixa ¹ (≤ 15)
	Moderada (> 15)
Variáveis dependentes (extraídas do BPI):	
Intensidade máxima da dor (Amplitude - 0 a 10)	Ausência de dor/Dor ligeira ² (≤ 3)
	Dor moderada/Intensa (> 3)
Severidade da dor	Média dos itens - variável contínua
Interferência funcional da dor	Média dos itens - variável contínua

¹ Categorização feita no presente estudo, usando como ponto de corte a mediana da catastrofização no pós-operatório; ² Categorização feita no presente estudo, usando como ponto de corte o valor recomendado em protocolos de analgesia e usado correntemente na prática de enfermagem.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

A amostra estudada incluiu 76 mulheres com idades compreendidas entre 18 e 87 anos. O grupo etário mais prevalente foi o grupo dos 48 – 57anos, com 31,6%. Quanto ao estado civil, as participantes no estudo eram predominantemente casadas ou viviam em união de facto (72,4%). A sua proveniência é maioritariamente rural (63,2%), empregadas (50,0%) e com o ensino básico (63,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

Variável	n	%
Idade		
18 -37	8	10,5
38 – 47	19	25,0
48 – 57	24	31,6
58 – 67	13	17,1
68 – 87	12	15,8
Estado civil		
Casada/ União de facto	55	72,4
Outro	21	27,5
Residência		
Rural	48	63,2
Urbana	28	36,8
Escolaridade		
Ensino básico	48	63,1
Ensino secundário	15	19,7
Ensino superior	13	17,1
Situação laboral		
Empregada	38	50,0
Outro	38	50,0

Nas mulheres com dor prévia, observamos que a severidade da dor varia entre um mínimo de 0,75 e um máximo de 8, com um valor médio de 2,15 (DP=2,34). Por sua vez, relativamente à interferência da dor, verificamos que os valores oscilam entre um mínimo de 0 e um máximo de 10, com um valor médio de 1,98 (DP=2,36) (Tabela 3).

Tabela 3 - Intensidade máxima, severidade e interferência da dor no pré-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica

Variável	n	Média	DP	CV (%)	Min.	Máx.
Intensidade máxima	76	3,43	3,07	89,4	0,00	10,00
Severidade da dor	76	2,15	2,34	94,7	0,75	8,00
Interferência da dor	76	1,98	2,36	119,4	0,00	10,00

Legenda: DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; Min.: mínimo Máx.: máximo.

Constatou-se que a ansiedade varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 20, com um valor médio de 9,55 (DP=4,00), indicador de ansiedade leve. A depressão varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 15, com valor médio de 5,91 (DP=3,81), considerado como ausência de depressão (Tabela 4).

Atendendo aos resultados expressos na Tabela 4, observa-se que na amostra de doentes cirúrgicas, o valor médio da variável é 16,42 (DP=12,24), indicador de que a maioria das participantes no estudo são pouco catatofrizadoras, com um mínimo de 0 e máximo de 39,0 num total de 52.

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

Merece destaque referir que estas variáveis psicológicas apresentavam uma grande dispersão, observando-se que o intervalo entre o mínimo e o máximo corresponde quase à totalidade da amplitude da escala. Isto indica que algumas das doentes evidenciavam um bom estado psicológico, enquanto que outras revelavam já critérios para serem consideradas ansiosas e deprimidas.

Tabela 4 – Ansiedade e catastrofização no pré-operatório das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.

Variável	n	Média	DP	Min.	Máx
HADS - Total (0 - 42)	76	15,46	6,62	0,0	31,0
HADS - Ansiedade (0 - 21)	76	9,55	4,00	0,0	20,0
HADS - Depressão (0 - 21)	76	5,91	3,81	0,0	15,0
PCS - Catastrofização (0 - 52)	76	16,42	12,24	0,0	39,0
PCS - Desânimo	76	5,76	5,16	0,0	20,0
PCS - Magnificação	76	4,75	3,16	0,0	11,0
PCS - Ruminação	76	5,91	4,67	0,0	14,0

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo Max.: máximo; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*.

Como se pode observar na Tabela 5, no que concerne à ansiedade, 32,9% das mulheres não se encontravam ansiosas. No grupo das doentes ansiosas, 26,3% apresentavam ansiedade leve e 40,8% apresentavam ansiedade moderada/severa. Quanto aos níveis de depressão, 67,1% das mulheres não revelavam estar deprimidas, 23,7% apresentavam depressão leve e 9,2% depressão moderada. Quanto aos níveis de catastrofização da dor no pré-operatório, como a variável foi categorizada no presente estudo pela mediana, a frequência dos grupos é sensivelmente igual, com 51,3% e 48,7% das mulheres a apresentarem níveis de catastrofização baixa e moderada, respetivamente.

Tabela 5 - Frequência das categorias estabelecidas para as variáveis psicológicas no período pré-operatório

Variável	n	%
Ansiedade		
Ausência	25	32,9
Leve	20	26,3
Moderada/ Severa	31	40,8
Depressão		
Ausência	51	67,1
Leve	18	23,7
Mod./Severa	7	9,2
Catastrofização		
Baixa	39	51,3
Moderada	37	48,7

Observou-se (Tabela 6) que as mulheres apresentavam, em termos médios, dor pós-operatória moderada ($3,83 \pm 2,34$), caracterizada por valores abaixo do centro da escala utilizada (5 valores). Não obstante, observou-se que houve mulheres que situaram a sua intensidade de dor máxima no máximo da escala. Quando se compararam os resultados da dor pós-operatória referida pelas mulheres com a dor referida no pré-operatório (Tabela 3),

observa-se que os valores médios são muito semelhantes (intensidade máxima: pré 3,43±3,07; pós 3,83±2,34), havendo mesmo registo de maior severidade máxima da dor (8,00) e interferência máxima da dor (10,00) no pré-operatório. Merece destaque o facto das características da dor terem uma grande variabilidade, com valores superiores a 80% no pré-operatório e a 60% no pós-operatório, sugerindo que as doentes beneficiaram da analgesia intra e pós-operatória também no alívio de dor prévia, designadamente dor osteoarticular, referida no pré-operatório aquando do primeiro momento de aplicação do instrumento de colheita de dados.

Tabela 6 - Severidade e interferência da dor no pós-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica

Variável	n	Média	DP	CV (%)	Min.	Máx.
Intensidade máxima	76	3,83	2,34	61,1	0,00	10,00
Severidade da dor	76	2,35	1,61	68,3	0,00	6,75
Interferência da dor	76	2,14	1,84	85,9	0,00	8,17

Na Tabela 7 apresenta-se a relação entre os diferentes níveis de ansiedade, depressão e catastrofização e a intensidade de dor. Como se pode observar, nenhuma das variáveis psicológicas estudadas demonstrou influenciar a intensidade da DAPO ($p>0.05$).

Tabela 7 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função das variáveis psicológicas.

Variável	Ausência de dor/dor ligeira		Dor moderada/intensa		χ^2 p
	n (%)	rp	n (%)	rp	
Ansiedade					
Ausência	15 (45,5)	0,5	18 (54,5)	-0,4	
Leve	11 (39,3)	0,0	17 (60,7)	0,0	1,524
Moderada/Severa	4 (26,7)	-0,8	11 (73,3)	0,6	0,467
Depressão					
Ausência	22 (46,8)	0,8	25 (53,2)	-0,6	
Leve	6 (28,6)	-0,8	15 (71,4)	0,6	2,805
Moderada/Severa	2 (25,0%)	-0,7	6 (75,5)	0,5	0,246
Catastrofização					
Baixa	19 (50,0)	1,0	19 (50)	-0,8	2,699
Moderada	11 (28,9)	-1,0	27 (71,1)	0,8	0,100

Legenda: rp: residuais padronizados; χ^2 : qui quadrado; p: nível de significância.

No mesmo sentido, a severidade da dor não se mostrou influenciada pelo nível de ansiedade ou de depressão. Já a catastrofização determinou diferenças significativas ($p=0,040$), com as mulheres que apresentaram níveis médios de catastrofização mais elevados a terem uma perceção de dor maior do que as que se enquadram no nível mais baixo daquela variável psicológica (Tabela 8).

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

Tabela 8 - Estatísticas da severidade da dor em função das variáveis psicológicas

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Err o	Cur./ Erro	OM ₁	p
Ansiedade								
Ausência	2,35	1,84	0,00	6,75	1,78	0,03		
Leve	2,13	1,30	0,00	4,00	-	-1,06		Z =
Moderada/Severa	2,78	1,58	0,00	4,50	-	-0,12		p = 0,446
Depressão								
Ausência	2,21	1,77	0,00	6,75	1,59	-0,08		
Leve	2,36	1,21	0,00	4,00	-	-0,41		Z =
Moderada/Severa	3,19	1,37	0,75	4,50	-	-0,20		p = 0,283
Catastrofização								
Baixa	2,06	1,49	0,00	6,25	2,17	1,28	33,45	Z = -
Moderada	2,66	1,69	0,00	6,75	-	-0,30	43,82	p = 0,040

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

A interferência da dor mostrou-se influenciada pela depressão (p=0,026) e pela catastrofização (p=0,046). As mulheres mais deprimidas e mais catastrofizadoras apresentam níveis médios de interferência funcional da dor maiores. Quanto à ansiedade, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas (p=0,053), há uma tendência latente entre essa variável e a interferência da dor, no sentido de as mulheres mais ansiosas experienciarem maior interferência funcional da dor. Entre as mulheres com níveis moderados/severos de ansiedade, os valores máximos de interferência são de 8,17 (Tabela 9).

Tabela 9 - Interferência da dor em função da Ansiedade, Depressão e Catastrofização

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Erro	Cur./ Erro	OM ¹	p
Ansiedade								
Ausência	1,73	1,69	0,00	6,50	3,18	1,51	32,98	
Leve	2,06	1,57	0,00	5,83	1,43	0,13	39,09	H = 5,877
Moderada/Severa	3,21	2,28	0,00	8,17	0,38	0,16	49,53	p = 0,053
Depressão								
Ausência	1,79	1,75	0,00	6,50	3,03	0,61	33,84	
Leve	2,45	1,93	0,00	8,17	2,41	2,60	42,69	H = 7,315
Moderada/Severa	3,42	1,60	1,00	5,17	-0,44	-1,05	54,88	p = 0,026
Catastrofização								
Baixa	1,70	1,52	0,00	6,50	3,82	3,18	33,59	Z = -1,999
Moderada	2,61	2,05	0,00	8,17	1,09	-0,24	43,68	p = 0,046

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

DISCUSSÃO

As variáveis psicológicas estudadas não tiveram influência na intensidade máxima de dor relatada pelas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica no seu pós-operatório. Porém, a severidade da dor, embora não tenha sido influenciada pelo nível de ansiedade ou de depressão das doentes, foi influenciada pelos níveis de catastrofização da dor. A este respeito, um estudo de Bavaresco (2020) permitiu concluir que o pensamento catastrófico sobre dor foi tido como preditor da mesma. Lima, Mónico, Fragata e Ferro (2015) num estudo em crianças com procedimentos dolorosos encontraram relação entre ansiedade e dor. Foram encontradas correlações positivas significativas entre a ansiedade “antecipatória” e a dor “imaginada” ($r = 0.608, p < 0.01$), o que significa que quanto maior é a ansiedade “antecipatória” maior é também a dor imaginada.

Verificaram ainda, que a ansiedade “verificada” esteve positivamente associada com a dor “imaginada” ($r = 0.446, p < 0.01$) e com a dor “sentida” ($r = 0.645, p < 0.01$).

A interferência funcional mostrou-se associada ao estado mais deprimido e mais catastrofizador. Como a catastrofização pode influenciar a recuperação da condição de saúde de uma pessoa e pensamentos catastróficos associados à dor podem levar a um comportamento de evitamento na realização de algumas atividades por medo (Sullivan, 2009), a avaliação desta parece ser importante na medida em que compromete a recuperação do doente.

Um estudo de Perianez et al (2021) realizado no Brasil com uma amostra com 65 pacientes, encontrou a presença de dor moderada a severa no período pós-operatório em 49,2% dos participantes. Verificaram que existiam diferenças estatisticamente significativas na distribuição de pacientes com dor pós-operatória em relação à presença ou não da ansiedade pré-operatória.

DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA

Resultados de uma pesquisa em Espanha com 100 pacientes no pré-operatório de cirurgia, permitiram concluir que a ansiedade pré-operatória aumenta significativamente a dor pós-operatória e o consumo de analgésicos (Navarro, 2011).

A assistência do enfermeiro nos cuidados pré e pós-operatório à mulher submetida a cirurgia deve ser individualizada e implementada de forma holística, tendo em conta que cada vivência pode ter repercussões posteriores.

Os achados desta investigação mostram que a presença de dor pós-operatória é uma realidade, merecendo uma reflexão no sentido de facilitar o processo de recuperação, minimizar o sofrimento das doentes e evitar a cronidade da dor.

CONCLUSÃO

A dor aguda no período pós-operatório de cirurgia ginecológica é um aspeto que deve preocupar os profissionais de saúde, porque o controlo da dor é um direito das doentes, por motivos relacionados com a qualidade dos serviços e cuidados de saúde e, também, por motivos económicos, pois a dor no período pós-operatório está associada a uma recuperação mais lenta, mais complicações pós-operatórias e internamentos mais longos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4): 6-56.
- Beverasco (2020). Preditores para a dor aguda pós-operatória evocada por movimento em pacientes submetidos à cirurgia eletiva em hospital público de alta complexidade no sul do Brasil: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/219369/001123571.pdf?sequence=1>
- Brennan, T. J. (2011). Pathophysiology of postoperative pain. *Pain*; 152, S33
- Cleeland, C. S. (2009). *The Brief Pain Inventory user guide*. Disponível em https://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_
- Fonseca PRB, Gatto BEO, Tondato VA. Post-trauma and postoperative painful neuropathy. *Rev Dor*. 2016;17(Supl 1): S59-62.
- Franco, L.V.S.; Sugai, R.F.B.; Silva, S.C.; Silva, t.C.; Silva, R.B.V.; Guimarães, R.S. S.; Cerdeira, C.D.; Santos, G.B. (2017). Dor pós-operatória em hospital universitário: perspectivas para promoção de saúde, disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/408/40854840007/html/>,
- Kido, K., Gautam, M., Benson, C. J., Gu, H., & Brennan, T. J. Effect of deep tissue incision on pH responses of afferent fibers and dorsal root ganglia innervating muscle. *Anesthesiology* 2013; 119, 1186–1197.
- Lima, N.L.; Mendes Mónico, M.L.; Fragata, C., & Ferro, M. J. (2015). Dor e ansiedade na punção venosa em crianças com e sem problemas de desenvolvimento. *Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 123–132. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.130>
- López, Á.S, López G. A.; Zaballo, G. M, et Al.(2011). *Grupo de trabajo sobre fisiopatología y tratamiento del dolor en cirugía ambulatoria*, ASEEMA Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria.
- Machado, A J. Machado, D.M.; Calderón, V.; Gonzales, A.Cardona, F.; Ruiz, R. et al. (2013)Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. *Rev Med*. 2013;21(1):46-53.
- Navarro-García, M.A.; Marín-Fernández, B.; Carlos-Alegre, V.; Martínez-Oroz, A.; Martorell-Gurucharri, A. Ordoñez-Ortigosa, E. et al. (2011). Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Rev Esp Cardiol*, 64(11):1005-10.

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine, 12*(2): 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Periañez, C.A.H.; Díaz, M.A.C.; Bonisson, P.L.V.; Simino, G.P.R.; Barbosa, M.H.; Ana Lúcia De Mattia, A.L. (2021). Relação da ansiedade e da depressão pré-operatória com a dor pós-operatória, *Texto & Contexto Enfermagem* v. 29: e20180499
- disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HVdBpmKYfJZYdgzcySQ85wK/?format=pdf&lang=>
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4): 524-532. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524

