

Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória *

Patients' satisfaction with the implementation of the concept of pain as the fifth vital sign to control postoperative pain.

Lisiane Specht Iuppen¹, Fernanda Herbstrith de Sampaio², Claudio Marcel Berdún Stadnik³

*Recebido da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Canoas, RS, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Há uma preocupação crescente das instituições de saúde com a satisfação do paciente no seu atendimento. O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação dos pacientes em pós-operatório, em hospital de médio porte quanto ao controle da dor, após implantar o conceito dor como quinto sinal vital, vista a importância do tema e a escassez de estudos prospectivos sobre o assunto.

MÉTODO: Ensaio clínico aleatório aberto. Os pacientes em pós-operatório foram divididos em dois grupos. No grupo com intervenção, as escalas de dor foram disponibilizadas para a equipe assistencial e informadas verbalmente no momento da aplicação. Já no grupo sem intervenção, as escalas de dor não estiveram disponíveis. Foram então avaliadas as medidas de satisfação uma vez ao dia até, no máximo, o quinto dia de pós-operatório.

RESULTADOS: Ocorreu predomínio do sexo feminino (83,5%) e a média de idade da amostra foi de 36,7 anos. A

maioria das cirurgias foi cesariana (57,1%). Os pacientes referiram dor em 75,6% das medições e a consideraram de moderada a intensa em 23% das medições. Quanto ao grau de satisfação, a maioria (54%) considerou ótimo o controle algico. Comparando os grupos, não houve diferença significativa quanto ao grau de satisfação.

CONCLUSÃO: Observou-se que não houve diferença na satisfação dos pacientes quando colocada em prática a dor como quinto sinal vital. O estudo sugere que vários componentes contribuem para a satisfação do paciente, embora tenha sido avaliado apenas o aspecto fisiológico da dor.

Descritores: Dor pós-operatória, Internação, Medição da dor, Satisfação do paciente.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: There is an increasing concern of health institutions with patients' satisfaction. This study aimed at evaluating patients' satisfaction in the postoperative period of a medium-size hospital in terms of controlling pain and implementing the concept of pain as the fifth vital sign, faced to the importance of the theme and the lack of prospective studies on the subject.

METHOD: Open randomized clinical trial. Postoperative patients were divided in two groups. In the group with intervention, pain scales were made available to the assisting team and verbally informed when applied. For the group with no intervention, there were no pain scales. Satisfaction measurements were evaluated once a day until, at the utmost, the fifth postoperative day.

RESULTS: There has been predominance of females (83.5%) and mean sample age was 36.7 years. Most sur-

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); Presidente da Liga da Dor (Medicina ULBRA). Canoas, RS, Brasil.

2. Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); Membro da Liga da Dor (Medicina ULBRA). Canoas, RS, Brasil.

3. Professor Assistente do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Canoas, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Lisiane Specht Iuppen

Rua Coronel Alfredo Born, 238 – Centro

96170-000 São Lourenço do Sul, RS.

Fone: (53) 9116-1920 – Fax: (53) 3251-3110

E-mail: lisi_iuppen@hotmail.com

geries were C-sections (57.1%). Patients referred pain in 75.6% of measurements and considered it from moderate to severe in 23% of measurements. As to satisfaction, most (54%) have considered pain control excellent. In comparing groups there has been no significant difference in the level of satisfaction.

CONCLUSION: There has been no difference in patients' satisfaction when pain as the fifth vital sign was implemented. The study suggests that several components contribute to patients' satisfaction, although we have just evaluated the physiological aspect of pain.

Keywords: Hospitalization, Pain measurement, Patients' satisfaction, Postoperative pain.

INTRODUÇÃO

A dor aguda pós-operatória é o resultado do trauma cirúrgico local e tem objetivo protetor, sinalizando ao organismo que existe lesão. Nesse período, a dor é muito desconfortável já que provoca alterações não só anatômicas e fisiológicas, mas também sintomas psicológicos negativos¹. Estudos mostram que até 90% dos pacientes que se submetem a cirurgias sentem algum tipo de dor, indicando que a dor pós-operatória é frequente¹. Levantamento em 36 hospitais norte-americanos sobre experiências de 3000 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos variados mostrou que, em média, 60% deles referiam dor, 33% tinham dor durante toda internação ou na maioria das vezes e 87% tinham dor de intensidade moderada à intensa². Outros estudos mostram que, em média, 40% a 60% dos pacientes pós-operatórios sofrem de dor moderada a intensa^{1,3}.

Embora tão prevalente, a dor geralmente é inadequadamente tratada². Uma das razões para o seu subtratamento, além da subjetividade, variabilidade individual aos estímulos dolorosos e conhecimentos errôneos sobre a terapia, é a avaliação inadequada⁴. Além de aumentar custos e diminuir a qualidade de vida, a dor inadequadamente tratada pode resultar em aumento da morbidade e mortalidade do paciente internado¹. O controle da dor pós-operatória é fundamental para a assistência integral ao paciente e o seu adequado manuseio depende de uma avaliação correta⁵.

Devido à relevância desse sintoma clínico, tanto a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública quanto a Sociedade Americana de Dor e o *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) preconizam que, para controlar a dor de forma ideal, deve-se aferi-la regular e adequadamente, e no mesmo ambiente clínico que os sinais vitais, sendo

definida como “o quinto sinal vital”⁶. Considerar a dor como quinto sinal vital é uma maneira de sistematizar a análise de dor percebida pelo paciente⁵. A documentação da dor pode, isoladamente, melhorar a comunicação entre os profissionais que assistem o paciente⁷. Dentre os tipos de escalas utilizados para estimar a dor, a numérica verbal (que utiliza uma graduação de zero a 10, na qual zero representa ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginável) é o método mais utilizado na mensuração da dor como quinto sinal vital por ser um método simples, fácil, prático e rápido⁷.

Na visão dos pacientes em pós-operatório, a prioridade do atendimento deve ser dada à mensuração da intensidade da dor e avaliação da analgesia. Por isso, a gestão da dor pós-operatória deve ser tratada como uma das prioridades nos hospitais, já que é um dos principais componentes da satisfação do paciente no tratamento e também porque o seu alívio é direito humano⁸. Além disso, a *American Pain Society* propõe que a satisfação do paciente com a analgesia recebida durante a internação seja indicador de qualidade da instituição.

Há uma preocupação crescente das instituições de saúde com a satisfação do paciente/cliente no atendimento. Apesar de não ser o único fator, o controle algico é um aspecto fundamental para avaliação da satisfação com o tratamento oferecido.

O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação dos pacientes em pós-operatório em hospital de médio porte, quanto ao controle da dor, após a implementação da dor como quinto sinal vital, visto a importância do tema e a escassez de estudos comparados e prospectivos sobre o assunto.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da Universidade Luterana do Brasil (Protocolo CEP/ULBRA 2009-250H), também pelo responsável legal e Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul, realizou-se este estudo aleatório, baseado nos critérios de Consort (*Consolidated Standards of Reporting Trials*). A população-alvo foi pacientes maiores de 18 anos, submetidos à procedimentos cirúrgicos, que permaneceram internados no Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul (RS). Este hospital é considerado de médio porte e atende predominantemente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídos 266 pacientes di-

vididos em dois grupos: grupo com intervenção, composto por 131 pacientes, nos quais a dor foi avaliada segundo o conceito de dor como quinto sinal vital; e grupo sem intervenção, composto por 135 pacientes, nos quais não foi aplicado o conceito de dor como quinto sinal vital.

Foram incluídos pacientes submetidos à cirurgias, que permaneceram internados por pelo menos 24h, maiores de 18 anos e alertas. Foram excluídos os pacientes que apresentaram alteração do sensório no período pós-operatório, os que não tiveram capacidade cognitiva para responder a escala numérica verbal de dor aplicada. A randomização entre os grupos foi feita através de uma lista com números aleatórios. Pesquisadores diferentes recebiam os dados e distribuíam os pacientes entre os grupos, garantindo assim o cegamento da randomização.

Foi realizado um cálculo de tamanho da amostra pelo software PS (*Power Statistics*) versão 2009, indicando um total de 226 pacientes (113 para cada grupo).

Foi feito treinamento da equipe responsável pelos cuidados dos pacientes com palestras sobre definição de quinto sinal vital e sua importância. Os mesmos profissionais participaram dos dois grupos de estudo.

No grupo com intervenção, as escalas de dor foram disponibilizadas para a equipe assistencial e informa-

das verbalmente no momento da aplicação. Já no grupo sem intervenção, as escalas de dor não estiveram disponíveis para a equipe que assistia o paciente, estando apenas ao alcance do pesquisador responsável pela coleta dos dados. Dessa forma, os pacientes do grupo com intervenção estiveram passíveis de receber uma interferência analgésica mais ajustada e adaptada à dor referida na escala numérica verbal.

A avaliação da dor foi feita duas vezes ao dia e o grau de satisfação uma vez ao dia, até a alta hospitalar ou no período máximo de cinco dias. Para os pacientes que permaneceram no hospital, em período inferior ao determinado, foram consideradas as avaliações realizadas até o momento da alta do paciente. Duas análises intermediárias formais de eficácia foram realizadas quando 50% e 75% da coleta haviam sido feitas, comparando os grupos e não havendo diferença no valor de p, relatadas para esses testes intercalares.

A análise da existência de associação entre variáveis categóricas e da variável desfecho foi feita pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão e comparadas às médias dos grupos através do teste *t* de Student. Foi considerada significância quando $p < 0,05$.

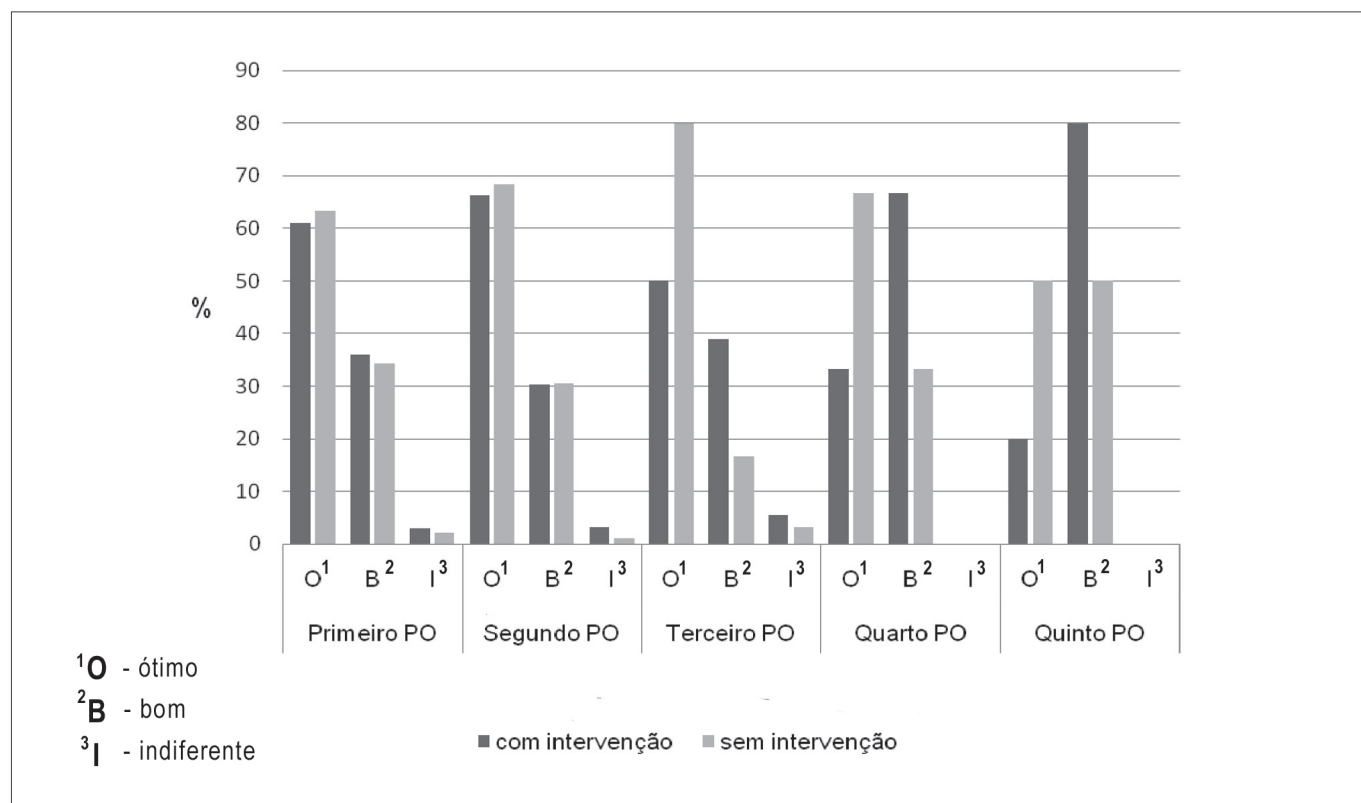


Gráfico 1 - Porcentagem do grau de satisfação em relação ao controle de dor estratificado por dia de pós-operatório

RESULTADOS

Na amostra, ocorreu predomínio do sexo feminino (83,5%). A média de idade foi de $36,74 \pm 16,2$ anos. O procedimento cirúrgico que predominou foi a cesariana (57,1%), seguido por herniorrafia (7,9%). A maioria das cirurgias ocorreu pela manhã (61,7%). Houve maior número de procedimentos realizados à noite no grupo sem intervenção ($p = 0,012$), sendo que não houve diferença significativa nas demais variáveis.

Os pacientes tinham poucas comorbidades associadas, apenas 2 (0,8%) pacientes tinham diabetes *mellitus*, 1 (0,4%) era portador de neoplasia e nenhum tinha distúrbio psiquiátrico ou doença reumatológica. Os pacientes referiram dor em 75,6% das medições e, em relação ao grau de dor, consideraram-na de moderada a intensa em 23% das medições.

Quanto ao grau de satisfação, a maioria dos pacientes (64%) considerou ótimo o controle da dor. Dentre os que classificaram como ótimo; 54,5% eram do grupo sem intervenção (Gráfico 1). Quando estratificado entre os grupos com e sem intervenção, o grau de satisfação não mostrou diferença estatisticamente significativa. Comparando os grupos, não houve diferença significativa quanto ao grau de satisfação total nem quando o grau foi estratificado por dia de pós-operatório (Gráfico 2).

Quanto à prescrição de medicações para alívio da dor, observou-se que a maioria foi de posologia fixa nos dois grupos. Quanto ao grupo farmacológico, a maioria

das prescrições foi de anti-inflamatório não esteroide (AINE) ou opioide, como dipirona, paracetamol e a combinação de dipirona, adifenina e prometazina. No grupo com intervenção observou-se maior uso de fármacos por via muscular, enquanto no grupo sem intervenção a maioria foi por via venosa. Porém, ao comparar os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis.

DISCUSSÃO

Os procedimentos foram de curta duração, menor agressão tecidual e morbidade reduzida quando comparadas a outras como cirurgias torácicas, renais ou ortopédicas, consideradas extensas e, portanto, com provável menor média de dor no pós-operatório. Estudos mostram que há diferença significativa entre o tipo de cirurgia e a ocorrência de dor pós-operatória⁹.

Deve-se considerar o perfil da amostra estudada, que pode ter sido influenciado pela grande inclusão de cesarianas. A literatura mostra que as mulheres têm menor limiar de dor e resposta diferente ao estímulo algíco que os homens⁹. Estudo demonstrou que as mulheres e os pacientes mais jovens relatam mais problemas quando questionados², fato este que pode ter interferido nos resultados. Outro aspecto relevante foi a baixa prevalência de comorbidades da amostra, que poderia ter interferido no nível da percepção dolorosa.

Não se observou diferença entre os grupos em relação à

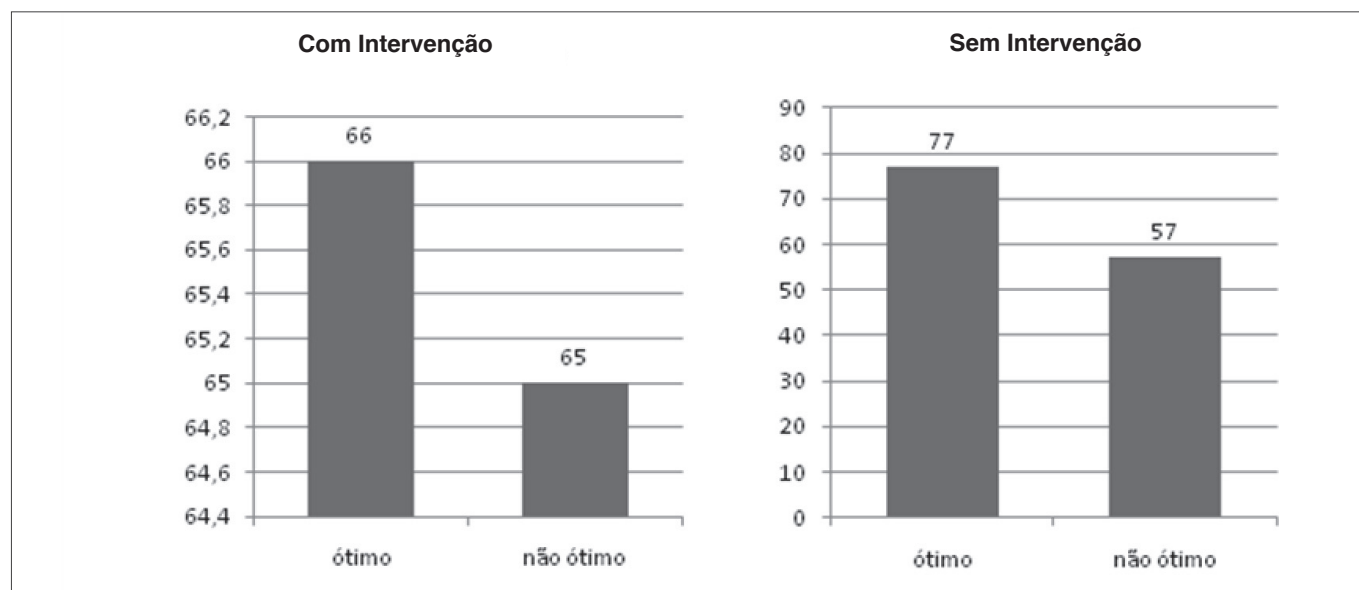


Gráfico 2 – Satisfação dos pacientes em relação ao controle da dor.

Sem diferença estatisticamente significativa (através do teste χ^2 de Pearson)

via de administração e à classe farmacológica dos analgésicos, nem em relação à posologia, se necessário ou fixo, apesar de que para melhor controle da dor é mais indicado o uso de medicações fixas, que previne picos dolorosos, com doses suplementares de analgésicos (se necessário) para o resgate e não o seu uso isolado¹.

Este estudo mostrou que a maioria dos pacientes considerou ótimo o tratamento da dor, embora na maioria das medições houvesse relato de dor e em 23% das medidas a dor foi considerada de moderada a intensa. Não houve diferença na satisfação dos pacientes, independente da aplicação da escala de dor como quinto sinal vital. Os motivos para a incapacidade de detectar diferenças entre os grupos podem ser muitos, que não apenas o controle de dor. Pesquisas mostram que há um paradoxo entre dor e satisfação com analgesia. Embora 50% a 76% dos pacientes sintam dor moderada a intensa, 75% a 81% se dizem satisfeitos com o manuseio da dor⁵.

Isso demonstra a complexidade desse sintoma. Indivíduos podem estar satisfeitos com maior nível de dor por diversas razões, tais como cultura e religião⁵. Estudo relata que a cultura local tolera alto grau de dor e muitas vezes as queixas são julgadas como fraquezas⁴. Há estudos que apontam que os pacientes com dor podem ter personalidade passiva, acreditam que é “assim mesmo”, que “a equipe fará o melhor” e assim não comunicam a sua dor, mesmo quando não há restrição para verbalização. Já o profissional de saúde, por não priorizar o alívio da dor, ter receio quanto aos efeitos adversos dos analgésicos e ainda por crer que o paciente deve suportar a dor, pode estimular o paciente a suportá-la. É possível também que o paciente não expresse insatisfação com o controle da dor, pois se sente vulnerável pelo fato de estar internado. Outros estudos direcionam para o paradoxo dor-satisfação, dentre eles a maneira como o paciente é cuidado pela equipe que o assiste e a relação médico-paciente. Os pacientes relatam que a relação com a enfermagem é um dos aspectos mais importantes no cuidado⁵. A maioria dos estudos sugere que parece não haver correlação entre satisfação e controle da dor^{5,10}. No entanto, outro estudo que mostra haver correlação revela ser a satisfação um método insensível para adequar o manuseio da dor¹¹.

Deve-se ainda considerar que para a maioria dos pacientes, satisfação engloba outros fatores que não apenas o alívio da dor, tais como: conseguir relaxar e movimentar-se, ler, assistir televisão, receber visita da família e dormir bem. Para facilitar a avaliação adequada da dor é importante considerar as experiências de dor e o

objetivo de alívio individual¹². Pesquisadores propõem uma teoria de equilíbrio e coerência de diversos fatores na qual a satisfação é resultado da congruência desses⁵. Apesar do estudo ser um ensaio clínico randomizado, não se avaliou preditores como os descritos, que podem ter influenciado na equidade dos grupos.

Estudo que avaliou os fatores que afetam a satisfação do paciente com o manuseio da dor pós-operatória de cirurgias ortopédicas e vasculares maiores, 80% dos pacientes estavam satisfeitos com o manuseio da dor, sendo que a satisfação estava correlacionada com as informações prévias à cirurgia e o tratamento do pré-operatório¹⁰. Outro estudo mostrou que intervenções que alterem o aspecto cognitivo do paciente sobre a dor, tais como conhecimento, experiências prévias e outros aspectos são capazes de influenciar na percepção dolorosa e mostrou evidências que melhoram o controle da dor pós-operatória¹³. Essas variáveis não foram avaliadas pelo presente estudo e podem ter influenciado nos resultados.

Um estudo mostrou que fazer perguntas sobre satisfação produz resultados muito positivos e esconde problemas existentes nas instituições, sugerindo que os resultados sobre satisfação não podem ser analisados de forma isolada².

Estudo que avaliou o tratamento da dor antes e após por em prática a dor como quinto sinal vital em uma amostra, que incluiu diversos pacientes em pós-operatório de variadas cirurgias com amplo espectro de dor e outras comorbidades, concluiu que a avaliação da dor como quinto sinal vital é menos precisa que o ideal uma vez que não houve diferença no atendimento clínico⁷. A explicação para esse insucesso é a necessidade de melhor compreender a acurácia da escala verbal numérica uma vez que enfermeiros no rastreamento da dor como quinto sinal podem subestimá-la, pois quando a utilizam não seguem o padrão formal de pergunta ao paciente na maioria das vezes⁷. Outro estudo que também avaliou o manuseio da dor antes e após a implantação do quinto sinal mostrou que o manuseio não se alterou no tratamento da dor e mudança da analgesia, sugerindo que a mensuração da dor como quinto sinal vital não altera o manuseio da dor rotineiramente. Os resultados mostram incapacidade de obter melhorias no controle da dor após implementação do quinto sinal vital, concluindo que a implementação do quinto sinal vital, ou seja, a documentação da intensidade da dor é necessária para acompanhar os cuidados, mas não é suficiente para melhorar o tratamento da dor¹⁴.

Outros fatores relacionados à metodologia podem ter

interferido para a não detecção de diferença entre os grupos, por exemplo: a possibilidade de contaminação entre os grupos em ensaios clínicos randomizados abertos, que neste estudo pode ocorrer pelo fato de os pacientes não submetidos à intervenção estarem no mesmo ambiente dos que sofreram intervenção. Outro aspecto que deve ser considerado é que o aprendizado do paciente e da equipe poderia trazer vieses de informação, uma limitação inerente a estudos abertos.

Este estudo apresenta algumas limitações como a heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, que faz considerar a possibilidade de que fatores relativos a cada cirurgia, como local e tamanho da incisão, operações cavitárias ou superficiais, podem ter interferido nos resultados obtidos. Além disso, o tipo de anestesia pode interferir na intensidade e na ocorrência de dor. Destaca-se, também, o fato de as prescrições analgésicas terem sido feitas de acordo com a preferência do médico assistente do hospital onde foi feito este estudo e não através de um protocolo geral de serviço de tratamento de dor aguda. Deve-se considerar ainda que o manuseio da dor inclua vários outros aspectos que não só a documentação da dor como quinto sinal vital. Além disso, não se encontrou nenhum questionário validado para avaliar satisfação dos pacientes nessa situação. Salienta-se que o estudo foi realizado em um único serviço de uma instituição e os resultados são de difícil generalização.

Deve-se levar em consideração a diferença entre eficácia e eficiência, ou seja, em situações bem controladas, a aplicação do quinto sinal vital tem bons resultados, mas quando colocada em práticas mais realistas, como neste estudo, pode perder parte desta eficácia. A avaliação dos cuidados de saúde não pode ser feita com base apenas na satisfação do paciente, pois, embora os pacientes com dor de moderada a intensa se digam satisfeitos com o manuseio da dor, ocorre o fato de a satisfação incluir vários outros aspectos que não só o controle algico.

CONCLUSÃO

Não houve diferença na satisfação dos pacientes quando colocado em prática o conceito dor como quinto sinal vital. O estudo é consistente com a hipótese de que vários componentes contribuem para a satisfação do paciente. Este estudo avaliou apenas o aspecto fisiológico da dor e sua influência na satisfação do paciente quanto ao seu controle.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta CA, Santos EM, Chaves LD, et al. Control of the postoperative pain. *Rev Esc Enferm USP* 2001;35(2):180-3.
2. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, et al. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994;309(6968):1542-6.
3. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol* 2008;25(4):267-74.
4. Sousa FAEF, Silva JA. Mensurando dor. *Rev Dor* 2005;6(4):680-7.
5. Quinlan-Colwell AD. Understanding the paradox of patient pain and patient satisfaction. *J Holist Nurs* 2009 27(3):177-82.
6. Sloman R, Wruble AW, Rosen G, et al. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Manag Nurs* 2006; 7(4):153-8.
7. Lorenz KA, Sherbourne CD, Shugarman LR, et al. How reliable is pain as the fifth vital sign? *J Am Board Fam Med* 2009;22(3):291-8.
8. Milutinovic D, Milovanovic V, Pjevic M, et al. Assessment of quality of care in acute postoperative pain management. *Vojnosanit Pregl* 2009;66(2):156-62.
9. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, et al. Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2009;59(3):314-20.
10. Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, et al. Patient satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors. *Pain Manag Nursing* 2007;8(3):122-9.
11. Salomäki TE, Hokajärvi TM, Ranta P, et al. Improving the quality of postoperative pain relief. *Eur J Pain* 2000;4(4):367-72.
12. Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *J Nurs Manag* 2007;15(7):756-66.
13. Pedrosa MFV, Pimenta CAM, Cruz DALM. Efeitos dos programas educativos no controle da dor pós-operatória. *Cienc Cuid Saúde* 2007;6(1):21-32.
14. Guimarães KCN, Dorneles BAS, Mello GC, et al. Eficácia da mensuração do quinto sinal vital no controle da dor pós-operatória: um ensaio clínico randomizado. Projeto Piloto. *Rev Dor* 2010;11(4):304-8.

Apresentado em 03 de novembro de 2010.

Aceito para publicação em 02 de março de 2011.

Conflito de interesses: Nenhum.