

## **Avaliação das dores crônicas pós-cirúrgicas e pós-traumáticas**

### **Evaluation of chronic post-surgical and post-traumatic pain**

DOI:10.34119/bjhrv6n3-112

Recebimento dos originais: 10/04/2023

Aceitação para publicação: 15/05/2023

#### **Késsia Jenifer da Silva Almeida**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)

Endereço: R. São Paulo, 958, Parque Jardim Alterosa, Vespasiano - MG, CEP: 33200-000

E-mail: kessia7almeida@gmail.com

#### **Maria Paula Cardoso Avelino de Menezes Vidal**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia GO, CEP: 74824440

E-mail: mariapaula2710@gmail.com

#### **Ana Cláudia Mendes Barbosa**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Várzea Grande

Endereço: Av. Dom Orlando Chaves, 2655, Cristo Rei, Várzea Grande - MT

E-mail: anambequilibrio@hotmail.com

#### **Isadora Pereira Brito**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia GO, CEP: 74824440

E-mail: Isabrito1046@gmail.com

#### **Flavia Peixoto da Silva Guimaraes**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia GO, CEP: 74824440

E-mail: flanutrined@gmail.com

#### **Gabriela de Lima Elias Nogueira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia GO, CEP: 74824440

E-mail: gabriela.lenogueira@gmail.com

**Gabrielly Maria Moreira Rebouças**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13 - Setor Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 74824440

E-mail: gabriellymmr87@gmail.com

**Morvana Oliveira Marçal**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Santo Agostinho de Itabuna (FASAI)

Endereço: Avenida Ibicarai, 3270 - Nova Itabuna, Itabuna – BA, CEP: 45600-769

E-mail: morvmarcal@gmail.com

**Jennifer Freitas Galvão Gonçalves**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro UniVersitário FAMETRO

Endereço: Av. Constantino Nery, 1937 Chapada, Manaus – AM, CEP: 69050- 000

E-mail: jenniferfgalvao@gmail.com

**Livia Buganeme Belo**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Av. Prof. Nilton Lins, 3259, Flores, Manaus – AM, CEP: 69058-030

E-mail: bbuganeme@gmail.com

**Micaella Renata Moresco**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 74824440

E-mail: micaellarenatamoresco@gmail.com

**Bruna Costa Querido**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13 - Setor Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 74824440

E-mail: brunacquerido@gmail.com

**Andreza Oliveira Borges Carneiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13 - Setor Bela Vista, Goiânia - GO, CEP: 74824440

E-mail: andrezacarneiro@icloud.com

**Isabella de Paula Rabelo**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia – GO, CEP: 74824440

E-mail: isabellaprabelo@hotmail.com

**Lidiane Soares Mendes**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia – GO, CEP: 74824440

E-mail: lidianesoares08@hotmail.com

**Maria Eduarda Lemos Bonfim**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia

Endereço: Av. T-13, Q. S-06, LT. 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia – GO, CEP: 74824440

E-mail: mariaeduardalemosb@gmail.com

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A dor crônica se configura como uma experiência sensorial e emocional desagradável, com duração mínima de 3 meses e que não desaparece com o emprego de procedimentos terapêuticos convencionais. A dor crônica pós-cirúrgica (CPSP) é uma complicação frequente, grave e reconhecida como um importante problema de saúde, que afeta o resultado pós-operatório dos pacientes, sua reabilitação e qualidade de vida com importantes consequências médico-econômicas. **OBJETIVO:** Avaliar os fatores de risco, a repercussão e as medidas preventivas relacionados às dores crônicas pós-cirúrgicas e pós-traumáticas em adultos nos últimos cinco anos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura transversal, de abordagem qualitativa, feita através de buscas de artigos dos últimos 5 anos nas bases de dados Pubmed., MEDLINE e SciELO, utilizando os descritores: Chronic postsurgical pain, chronic posttraumatic pain, chronic pain. Os critérios de inclusão estabelecidos foram os últimos cinco anos, adultos, já os de exclusão anteriores a 2018. Dessa forma, encontrou-se 16 artigos, dos quais 9 foram selecionados para leitura e coleta de resultados. **RESULTADOS:** Foram encontrados como fatores de risco relacionados à dor crônica pós cirúrgica, fatores genéticos, cirúrgicos e psicossociais. Em relação aos fatores genéticos, a dor crônica é reconhecida com traços genéticos e sugerem uma herdabilidade de até 70%. Indivíduos com idade avançada e do sexo feminino predispõe a maiores índices de dor crônica. Já os cirúrgicos, evidenciam que abordagens minimamente invasivas como a laparoscopia, reduzem a prevalência de dor crônica pós-operatória. O uso de opióides no pré-operatório aumenta a sensibilidade do sistema nervoso à dor. No perioperatório, o uso de pregabalina e gabapentina reduzem a dor pós-operatória. No pós-operatório imediato, o uso de analgésicos reduz a ativação do sistema nervoso central pela supressão do estímulo nociceptivo no local da cirurgia, já que a dor pós-operatória aguda mal controlada é um fator preditor de dor crônica pós-operatória. Fatores cognitivos e psicológicos, como depressão, estresse e ansiedade podem contribuir para um evento de catastrofização dos sintomas. **CONCLUSÃO:** A dor crônica pode ter como fatores preditivos a genética, o planejamento cirúrgico, o estado emocional, cognitivo e social do ser. Ambos influenciam nas respostas comportamentais frente às alterações físicas vivenciadas pelo paciente. Nessa perspectiva, revela-se a importância de uma avaliação bem feita do paciente para a elaboração de um plano de preparação visando reduzir a incidência da dor crônica pós-operatória.

**Palavras-chave:** percepção da dor, dor crônica pós-cirúrgica, dores pós-operatórias.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Chronic pain is an unpleasant sensory and emotional experience that lasts for a minimum of 3 months and does not disappear with the use of conventional therapeutic procedures. Post-surgical chronic pain (CPSP) is a frequent, serious complication recognized

as a significant health problem that affects patients' postoperative outcomes, rehabilitation, and quality of life with important medical and economic consequences. **OBJECTIVE:** To evaluate the risk factors, repercussions, and preventive measures related to chronic post-surgical and post-traumatic pain in adults over the past five years. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional integrative literature review with a qualitative approach, carried out through searches of articles from the last 5 years in the Pubmed, MEDLINE, and SciELO databases, using the descriptors: Chronic postsurgical pain, chronic posttraumatic pain, chronic pain. The inclusion criteria were the last five years, adults, while the exclusion criteria were before 2018. In this way, 16 articles were found, of which 9 were selected for reading and data collection. **RESULTS:** Genetic, surgical, and psychosocial factors were found to be related to chronic post-surgical pain as risk factors. Regarding genetic factors, chronic pain is recognized as having genetic traits and suggests heritability of up to 70%. Individuals of advanced age and female gender are predisposed to higher rates of chronic pain. Regarding surgical factors, minimally invasive approaches such as laparoscopy reduce the prevalence of chronic post-operative pain. The use of opioids in the preoperative period increases the sensitivity of the nervous system to pain. In the perioperative period, the use of pregabalin and gabapentin reduces postoperative pain. In the immediate postoperative period, the use of analgesics reduces central nervous system activation by suppressing nociceptive stimulus at the surgical site, as poorly controlled acute postoperative pain is a predictor of chronic postoperative pain. Cognitive and psychological factors such as depression, stress, and anxiety can contribute to a catastrophizing event of symptoms. **CONCLUSION:** Chronic pain may have genetic, surgical planning, emotional, cognitive, and social factors as predictive factors. Both influence behavioral responses to physical changes experienced by the patient. In this perspective, the importance of a well-conducted patient evaluation is revealed for the elaboration of a preparation plan aimed at reducing the incidence of chronic postoperative pain.

**Keywords:** pain perception, chronic postsurgical pain, postoperative pain.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais nos tecidos ou descrita em termos desses danos. Nesse sentido, a dor crônica é uma experiência contínua ou recorrente que dura no mínimo três meses e cuja origem é incerta. O objetivo dessa dor é alertar, mas ela não desaparece com os tratamentos convencionais e pode causar incapacidades e deficiências prolongadas (DELLAROZA et al., 2008).

A fisiopatologia da dor crônica envolve interações complexas do sistema nervoso, que resultam de estímulos nocivos iniciais. Esses estímulos, ao persistirem, desencadeiam alterações estruturais e bioquímicas nas vias nociceptivas do sistema nervoso, o que instiga a sensibilização da dor. Essa sensibilização desempenha um papel importante na transição da dor aguda para a dor crônica, sendo que esta última é mais comum após procedimentos cirúrgicos (FREGOSO et al., 2019).

Dentro desse contexto, a dor crônica pós-cirúrgica (CPSP) é caracterizada como um desconforto clínico que persiste por, no mínimo, três meses após a cirurgia e apresenta um impacto significativo na qualidade de vida e nas atividades diárias dos pacientes. Além disso, essa dor pode acarretar em custos elevados para a sociedade, tanto em relação à saúde quanto aos sistemas de apoio social necessários para tentar melhorar a situação dolorosa (REDDI; CURRAN, 2014).

A dor crônica se desenvolve em cerca de 20 a 56% nos pacientes após a cirurgia, sendo a incidência de dor pós-operatória persistente de moderada a grave de 11,8% (IC 95%, 9,7 a 13,9), a incidência de dor intensa, escala numérica maior ou igual a 6, de 2,2% (IC 95%, 1,2 a 3,3), e sinais de dor neuropática em 35,4 a 57,1% dos pacientes com dor pós-operatória persistente (RICHEBÉ; CAPDEVILA; RIVAT, 2018).

Sendo assim, a CPSP é uma complicação frequente, grave e reconhecida como um importante problema de saúde que afeta o resultado pós-operatório dos pacientes, sua reabilitação e sua qualidade de vida com importantes consequências jurídicas e médico-econômicas (DELLAROZA et al., 2008).

A dor crônica, como uma experiência subjetiva e individual, pode ter como fatores preditivos o estado emocional, cognitivo e social do ser. Uma das evidências dessa relação é o modelo biopsicossocial de dor, o qual associa a manifestação e manutenção da dor crônica com as variáveis pré-disposicionais, os estímulos e respostas preceptoras e fatores mantenedores.

A predisposição diz respeito à genética e fatores ocupacionais. As respostas a estímulos preceptores incluem o estresse, respostas autonômicas e musculoesqueléticas, como a tensão muscular, e são fatores que dependem da interpretação, expectativas e das crenças de cada indivíduo, sendo cruciais para o enfrentamento da dor. As variáveis mantenedoras estão ligadas aos fatores psicossociais (SARDÁ JÚNIOR et al., 2012).

Nessa perspectiva, pacientes que acreditam na sua autoeficácia apresentam tratamentos mais efetivos em relação aos de baixa crença. Desse modo, os fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam nas respostas comportamentais frente às alterações físicas vivenciadas pelo paciente, seja para melhor ou pior prognóstico da dor (SARDÁ JÚNIOR et al., 2012).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar os fatores de risco, a repercussão e as medidas preventivas relacionados às dores crônicas pós-cirúrgicas e pós-traumáticas em adultos nos últimos cinco anos.

## 2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura qualitativa e transversal. Para isso, foram realizadas buscas de artigos nas bases de dados Pubmed, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Bibliotecas Virtuais Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/Mesh) utilizados foram: dor crônica pós-cirúrgica, dor crônica pós-traumática e dor crônica.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos cinco anos e que incluíssem adultos, enquanto os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2018.

Foram encontrados 16 artigos na busca inicial, os quais foram submetidos a critérios de seleção, resultando em apenas 9 artigos selecionados para leitura e coleta dos resultados, que foram dispostos em tabelas descritivas, este estudo não precisou seguir as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 RESULTADOS

Visando atender aos objetivos deste estudo, dos 16 artigos previamente analisados, foram selecionados 9, os quais contemplam o tema. Destes, quase 100% apontam como fatores de risco (identificados nas fases pré, intra e pós-operatória) relacionados à dor crônica pós cirúrgica, os componentes descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Fatores de risco relacionados à dor crônica pós operatória

<b>GENÉTICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Mutação dos genes relacionados à sensação dolorosa - ampla variação da suscetibilidade e resposta individual à dor.</li></ul>
<b>CIRÚRGICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Técnica cirúrgica (aberta x laparoscópica)</li><li>· Local da cirurgia e tempo de duração</li><li>· Tipo de anestesia (geral x regional)</li><li>· Regime analgésico (sistêmico x raquidiano e preventivo)</li><li>· Complicações cirúrgicas e reoperação</li><li>· Prescrição excessiva de opioides no pré e pós-operatório</li><li>· Lesão nervosa intraoperatória</li></ul>
<b>PSICOSSOCIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Medo ou ansiedade</li><li>· Depressão</li><li>· Catastrofização da dor (exagerar o valor da ameaça)</li></ul>

Um dos estudos afirma que o uso de analgésicos no período pré-operatório (especialmente opióides e analgésicos combinados) pode levar a alterações que aumentam a sensibilidade do sistema nervoso à dor e induz tolerância aos opióides. Por outro lado, outro autor apresenta o uso de medicamentos adjuvantes, como pregabalina e gabapentina, no período

perioperatório, como fator de redução da sensibilização induzida cirurgicamente e da dor pós-operatória.

Dois dos artigos reiteram que a introdução de abordagens minimamente invasivas, como a laparoscopia, reduziu a prevalência de dor crônica pós-operatória assim como a adoção de estratégias de controle da dor e o tratamento preventivo individualizadas de acordo com os fatores de risco a que cada paciente é exposto a fim de se obter um bom prognóstico a longo prazo.

No que diz respeito à prevenção da dor crônica pós-cirúrgica e pós-traumática os autores citam como medidas mais significativas: O Tratamento analgésico multimodal (no pós-operatório imediato pode reduzir a ativação do sistema nervoso central pela supressão do estímulo nociceptivo no local da cirurgia, e reduzir a necessidade de opioides para obter alívio adequado da dor), a analgesia preventiva, a intervenção precoce, o uso de anestésicos locais e o planejamento cirúrgico de preferência com abordagens minimamente invasivas.

Portanto, ressalta-se que a dor pós-operatória crônica é uma complicação comum após as cirurgias e apresenta implicações significativas tanto para o paciente quanto para a sociedade como um todo.

Ademais, a dor pós-operatória aguda mal controlada é um fator preditor de desenvolvimento de dor crônica pós-operatória, que quando se apresenta de alta intensidade pode ser o resultado de uma maior sensibilidade à dor, bem como de um manejo inadequado desta dor. Nesse sentido, a identificação precoce dos pacientes em risco é crucial como estratégia preventiva.

#### **4 DISCUSSÃO**

De modo geral, a dor crônica tem em seu processo de patogênese a disfunção do sistema nociceptivo e antinociceptivo. A princípio, a dor aguda pós-operatória, integrando componentes somáticos, inflamatórios, neuropáticos e viscerais, vai ativar estruturas do sistema nervoso central, onde em caso de anestesia insuficiente, surge um processo em cascata composto por: estimulação nociceptiva aumentada, disfunção do sistema antinociceptivo, hipersensibilização de nociceptores na área de intervenção cirúrgica (hiperalgesia primária), além da expansão da zona de percepção da dor (hiperalgesia secundária). Com isso, tem-se a perturbação dos processos de modulação da dor (ZAGORULKO; MEDVEDEV; CHURYUKANOV, 2021).

De acordo com Latremoliere e Woolf (2009), está provado que a hiperalgesia secundária e os distúrbios da modulação são os principais processos fisiopatológicos da formação da CPSP. Este é um processo complexo e de multicomponentes e descritores neuropáticos, dentre os quais

se destacam a hiperalgesia, disestesia e alodinia, que por sua vez, agravam significativamente o sofrimento dos pacientes e contribuem para a formação de dor resistente ao tratamento.

Uma característica comum da CPSP é que as sensações dolorosas mudam da conhecida dor pós-operatória aguda, relacionada à lesão e focada na ferida, para uma síndrome de dor complexa e multifacetada que pode aumentar de intensidade nos dias, semanas e meses após o procedimento cirúrgico (GLARE; AUBREY; MYLES, 2019).

A CPSP ocorre a partir de uma incisão planejada em um ponto específico no tempo, no entanto, tem potencial para ser prevenida e melhor controlada. Para tal, alguns fatores extra cirúrgicos contribuem para a manutenção ou agravamento da dor crônica, de modo que, tal como acontece com a dor crônica traumática, os fatores psicológicos e sociais têm uma importante influência nesse processo. Sendo assim, todos os clínicos, não apenas cirurgiões e anestesistas, devem ter algum conhecimento sobre CPSP e de como lidar esses casos, que podem persistir por meses ou anos após o procedimento, uma vez que, assim como em muitas outras condições crônicas, é provável que a intervenção precoce melhore os resultados e previna agravos (GLARE; AUBREY; MYLES, 2019).

Pode-se levar em consideração que um progresso considerável foi alcançado na identificação de fatores de risco e proteção para CPSP, embora a questão da causalidade permaneça sem resposta. Dentre os principais fatores, o tipo de cirurgia pode ser destacado, sendo que cirurgias que envolvem dano deliberado ou inadvertido aos nervos mostram-se como de maior prevalência no desenvolvimento desse tipo de dor, embora nem toda CPSP é neuropática (KATZ; WEINRIB; CLARKE, 2019).

Outro fator bem robusto que pode ser mencionado é a própria dor. A presença e intensidade da dor pré-operatória podem ser um preditor para um pós-operatório agudo e, conseqüentemente, crônico. Com isso, o maior consumo de analgésicos no pós-operatório estão associados a CPSP mais intensa. Fatores cognitivos e psicológicos também estão envolvidos. A depressão, estresse e ansiedade podem contribuir para um evento de catastrofização dos sintomas. Além desses listados, o uso de opioides no pré-operatório é um fator de risco para CPSP, em parte, devido a hiperalgesia do sistema nociceptivo gerada pelos opióides (KATZ; WEINRIB; CLARKE, 2019).

Alguns estudos têm associado a CPSP com a idade, de forma que indivíduos com idade avançada predisõem a maiores índices de dor crônica. O sexo feminino, que é um fator de risco para condições de dor aguda mais grave e dor crônica mais comum, também é um fator de risco para CPSP, embora não possua uma consistência totalmente comprovada. Da mesma forma, fatores de risco sociodemográficos como educação e status socioeconômico foram



identificados em alguns estudos, mas são avaliados de forma consistente em revisões sistemáticas (SCHUG; BRUCE, 2018).

No mais, a dor crônica agora também é reconhecida com traços hereditários. Esse fato é mais complexo, mas estudos sugerem uma herdabilidade variando de 30 a 70%, logo, não é surpreendente que o CPSP tenha fatores de risco genéticos. Algumas evidências limitadas sugerem que genes candidatos individuais, como os que codificam canais iônicos e receptores purinérgicos, influenciam a gravidade e a frequência da CPSP, por exemplo, após mastectomia ou amputação.

Além disso, mutações no gene da catecol-O-metiltransferase, uma enzima da via monoaminérgica com efeitos na inibição da dor, e mutações no gene OPRM1, que codifica o receptor de opioide, demonstraram afetar a CPSP, sendo esses apenas alguns dos exemplos desse fator que ainda está sendo elucidado (SCHUG; BRUCE, 2018).

“Um dos principais achados desta revisão mostram que o uso de medicamentos adjuvantes como pregabalina ou gabapentina no período pré-operatório agem como fatores de redução da dor pós-operatória. Promovendo não só mais conforto para o paciente durante o procedimento cirúrgico como também uma melhor evolução e um menor tempo de internação ao possibilitar o controle total da dor com analgésicos não opióides e dessa forma reduzir o índice de resistência, o uso crônico e os possíveis efeitos colaterais, depressão respiratória e transtornos gastrointestinais (NASCIMENTO et al., 2020).

Estudos mostram que a administração da dose única de 75 mg de pregabalina oral é eficaz na redução dos escores de dor e no consumo de analgésicos no período pós cirúrgico em paciente em diferentes contextos clínico sem levar a instabilidade hemodinâmica e efeitos colaterais como tontura e sonolência. Entretanto, ainda é necessário a existência de um grupo placebo para acompanhamento clínico a longo prazo de forma a consolidar os resultados obtidos (AYDOĞAN et al., 2014).

Outros estudos mostram a eficácia de gabapentina em procedimentos com componente neuropático significativo como cirurgias da coluna vertebral, cirurgias de mama, cirurgias ginecológicas e outras.

Contudo, não foi possível observar redução de consumo de opióides no pós-operatório de cirurgias cardíacas e após craniotomia, mas sim uma redução nos escores de dor à custa do aumento do tempo de ventilação mecânica.

Entretanto, a gabapentina pode ser mais eficaz para o controle da dor no período pós-cirúrgico quando administrada pré e pós-operatoriamente e em altas doses (MAITRA et al.,

2017). Sendo assim, torna-se necessário estudos mais profundos, de longo prazo e com uma dose padrão de gabapentina de forma a elucidar a melhor abordagem para o controle da dor.

Outros achados mostram que o uso de abordagens minimamente invasivas interfere positivamente na prevalência de dor crônica pós-operatória, reduzindo a ansiedade e o estresse e proporcionando maior conforto para o paciente. Ao comparar as técnicas não invasivas como a cirurgia videolaparoscópica em relação às técnicas tradicionais como a laparotomia é possível constatar menor índice de dor no pós-operatório, menor tempo de recuperação, menor tempo cirúrgico, menor tempo de internação e conseqüentemente com menores chances de infecção e uma reabilitação mais rápida no grupo laparoscópico. Retornando o paciente mais precocemente a suas atividades habituais (FERNANDES et al., 2021).

Os resultados também mostraram a importância de uma avaliação pré-operatória ou pré-anestésica individualizada para se obter um bom prognóstico a longo prazo. A avaliação contempla história e identificação de fatores de risco para a dor ou maior sensibilização da dor e exame físico dirigido.

Tal avaliação inicial é imprescindível para a elaboração de um plano de controle da dor que inclui a preparação pré-operatória do paciente; pré-ajuste ou continuação de medicamentos com potencial para síndrome de abstinência após sua interrupção, uso de pré-medicações para reduzir dor e ansiedade (GAUDARD; SACONATO, 2012).

O controle da dor baseado nas melhores evidências deve ser orientado por diretrizes clínicas, que são recomendações (statements) sistematicamente desenvolvidas para auxiliar os médicos na tomada de decisão acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas (FIELD; LOHR, 1990).

## 5 CONCLUSÃO

Este texto aborda a dor como um fenômeno que envolve aspectos sensoriais e emocionais, associados ao dano tecidual. Isso pode ter um impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho das atividades laborais das pessoas afetadas, resultando em gastos no sistema de saúde. Alguns fatores que podem intensificar a dor incluem fatores cognitivos e psicológicos, idade avançada, sexo feminino e traços hereditários. É importante levar em conta o equilíbrio emocional do paciente e o apoio familiar durante e após o procedimento cirúrgico.

A técnica cirúrgica também é um fator importante a ser considerado, sendo que a técnica laparoscópica pode trazer benefícios como melhor recuperação, menor tempo de cicatrização, menor trauma, menor sangramento, menor índice de infecção e melhor efeito estético.

A escolha da anestesia também é crucial, sendo que a anestesia geral pode causar depressão reversível do sistema nervoso central, resultando na perda de resposta e percepção de estímulos externos. Há uma sequência necessária a ser seguida para realização da anestesia geral, envolvendo amnésia, inconsciência, analgesia, relaxamento muscular, bloqueio dos reflexos autonômicos e homeostase das funções vitais.

O uso de medicamentos para auxiliar na analgesia, hipnose e relaxamento muscular deve ser feito com equilíbrio e conhecimento dos efeitos colaterais e antídotos disponíveis.

## REFERÊNCIAS

- AYDOĞAN, H. et al. Adição de 75mg de pregabalina ao regime analgésico reduz escores de dor e consumo de opiáceos em adultos após nefrolitotomia percutânea. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 64, n. 5, p. 335–342, set. 2014.
- DELLAROZA, M. S. G. et al.. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n.1, p. 36-41, fev. 2008.
- FERNANDES, S. R. et al. Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, pág. e157101220356, set. 2021.
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (eds.). **Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program**. Washington DC: National Academy Press, 1990.
- FREGOSO, G. et al. Transition from Acute to Chronic Pain: Evaluating Risk for Chronic Postsurgical Pain. **Pain physician**, v. 22, n.5, p.479-488, set. 2019.
- GAUDARD, A. M. I. S.; SACONATO, H. Controle da dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia abdominal em dois hospitais públicos de Brasília. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n. 4, p. 341–352, 2012.
- GLARE, P.; AUBREY, K.R.; MYLES, P.S. Transition from acute to chronic pain after surgery. **The Lancet** , v. 393, n. 10180, p. 1537–1546, abr. 2019.
- KATZ, J.; WEINRIB, A. Z.; CLARKE, H. Chronic postsurgical pain: From risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. **Canadian journal of pain. Revue canadienne de la douleur**, v. 3, n. 2, p. 49–58, 2019.
- LATREMOLIERE, A.; WOOLF, C. J. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. **The journal of pain**, v.10, n.9, p. 895-926, set. 2009.
- MAITRA, S. et al. Perioperative gabapentin and pregabalin in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)**, v. 67, n. 3, p. 294–304, maio 2017.
- NASCIMENTO, S. D. S. et al. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO NO MANEJO DA DOR DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (POI). **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 40, p. 102–117, 4 nov. 2020.
- RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 7 set. 2020.
- REDDI, D.; CURRAN, N. Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. **Postgraduate medical journal**, v. 90, n. 1062, p. 222–7; quiz 226, abr. 2014.
- RICHEBÉ, P.; CAPDEVILA, X.; RIVAT, C. Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. **Anesthesiology**, v. 129, n. 3, p. 590–607, set. 2018.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. et al.. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Revista Dor**, v. 13, n. 2, p.111-118, jun. 2012.

SCHNABEL, A. Acute neuropathic pain and the transition to chronic postsurgical pain. **Pain management**, v. 8, n. 5, p. 317–319, 1 set. 2018.

SCHUG, S. A.; BRUCE, J. Risikostratifizierung bezüglich der Entwicklung von chronischem postoperativem Schmerz. **Der Schmerz**, v. 32, n. 6, p. 471–476, 15 dez. 2018.

ZAGORULKO, O. I.; MEDVEDEVA, L. A.; CHURYUKANOV, M. V. Chronic postoperative pain. **Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova**, n.6, p. 84, 2021.