



## ARTIGO ORIGINAL

## DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS À HERNIOPLASTIA

## PAIN IN PATIENTS SUBJECTED TO HERNIOPLASTY

## DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A LA HERNIOPLASTIA

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro<sup>1</sup>, Ellem Brunelle Tavares Teles<sup>2</sup>, Mariangela da Silva Nunes<sup>3</sup>, José Antonio Barreto Alves<sup>4</sup>, Camilla Danielle Dória de Santana<sup>5</sup>, Sacha Jamille de Oliveira<sup>6</sup>, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos<sup>7</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil dos pacientes submetidos à hernioplastia. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital da Universidade Federal de Sergipe com 50 pacientes, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, CAAE - 0353.0.107.000-11. Os dados foram digitados no software SPSS versão 18.0. **Resultado:** identificou-se que 66% dos pacientes pertenciam ao gênero masculino, a faixa etária mais frequente foi entre 30 a 39 anos, 50% deles eram solteiros e 20% dos pacientes já haviam realizados herniorrafia anteriormente. Quanto à queixa de dor, 32% dos entrevistados apresentaram dor moderada e 6% intensa. A incisão cirúrgica foi o local de maior queixa dolorosa em 62% dos entrevistados e a dificuldade para deambulação foi a principal consequência da dor em 34% dos pacientes. Em 78% dos prontuários não havia registro da dor. **Conclusão:** o manejo inadequado do fenômeno doloroso representa um grave problema para os pacientes submetidos à hernioplastia. **Descritores:** Dor; Medição da Dor; Hérnia; Analgesia.

## ABSTRACT

**Objective:** to characterize the profile of patients subjected to hernioplasty. **Method:** descriptive, cross-sectional study with quantitative approach, developed in a Hospital, at the Federal University of Sergipe with 50 patients, after the approval from the Research Ethics Committee of the Federal University of Sergipe, under protocol No. CAAE - 0353.0.107.000-11. The data were entered into SPSS software version 18.0. **Result:** it was found that 66% of the patients were male, mostly in the age group between 30 to 39 years, 20% single and 50% of the patients had previously underwent herniorrhaphy. Regarding the complaint of pain, 32% of respondents have moderate pain and in 6% of them it was severe, the surgical incision was the most painful complaint location in 62% of the respondents, and the locomotion difficulty was the main consequence of the pain in 34% of patients. In 78% of patient records there wasn't any kind of pain described. **Conclusion:** the inadequate management of painful phenomenon represents a serious problem for patients submitted to hernioplasty. **Descriptors:** Pain; Pain Measurement; Hernia; Analgesia.

## RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar el perfil de los pacientes sometidos a la hernioplastia. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativa, desarrollado en Hospital de la Universidad Federal de Sergipe con 50 pacientes, después de la aprobación del Comité de Ética y Pesquisa de la Universidad Federal de Sergipe, sobre el protocolo: CAAE - 0353.0.107.000-11. Los datos fueron digitados en el software SPSS versión 18.0. **Resultado:** se identificó que 66% de los pacientes pertenecían al género masculino, el grupo de edad más frecuente fue entre 30 a 39 años, 50% solteros, 20% de los pacientes ya tenían realizados herniorrafia anteriormente. Quanto a la queja de dolor, 32% de los entrevistados presentaron dolor moderado y 6% intenso, la incisión quirúrgica fue el local de mayor queja dolorosa en 62% de los entrevistados, y la dificultad para deambulación fue la principal consecuencia de dolor en 34% de los pacientes. En 78% de los prontuarios no había registro de dolor. **Conclusión:** el manejo inadecuado del fenómeno doloroso representa un grave problema para los pacientes sometidos a la hernioplastia. **Descritores:** Dolor; Dimension del Dolor; Hernia; Analgesia.

<sup>1</sup>Enfermeira Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe/UFS, Professora Assistente II da Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: [enffer2@yahoo.com.br](mailto:enffer2@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Graduanda em Enfermagem, bolsista do Programa de Inclusão à Iniciação Científica da Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: [ellemzinha90@hotmail.com](mailto:ellemzinha90@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe/UFS, Professora Assistente I da Universidade Federal de Sergipe - Campus Professor Antônio Garcia Filho/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: [mariangela.tao@gmail.com](mailto:mariangela.tao@gmail.com); <sup>4</sup>Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Professor Assistente I da Universidade Federal de Sergipe - Campus Professor Antônio Garcia Filho/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: [antonioalves@gmail.com](mailto:antonioalves@gmail.com); <sup>5</sup>Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju-SE, Brasil. E-mail: [milla\\_dani@hotmail.com](mailto:milla_dani@hotmail.com); <sup>6</sup>Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: [sachajamille@hotmail.com](mailto:sachajamille@hotmail.com); <sup>7</sup>Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Sergipe/UFS. Sergipe (SE), Brasil. Email: [carlafss@yahoo.com.br](mailto:carlafss@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

A dor aguda é a complicação mais frequente do período pós-operatório e depende do tamanho da incisão cirúrgica, de fatores fisiológicos, psicológicos e culturais, além de haver relação significativa de sua intensidade com o tipo de cirurgia. A intensidade da dor pós-cirúrgica decorre de doenças pré-existentes, tipo e tamanho da incisão cirúrgica.<sup>1,2</sup> A avaliação da dor pós-operatória é de fundamental importância, pois quando não tratada de forma adequada pode contribuir com a ocorrência de comorbidades associadas e da cronificação do processo doloroso, em especial em pacientes submetidos à hernioplastia.<sup>3</sup>

Ressalta-se que para o tratamento adequado da dor, os princípios da bioética devem estar envolvidos, no qual se destacam: evitar o sofrimento e não negligenciar a dor do paciente. Para que a violação dos direitos humanos não ocorra, se torna necessário ouvir as queixas do paciente, mantê-lo sempre informado e permitir que o mesmo participe da tomada da decisão sobre o seu tratamento.<sup>4</sup>

Na maioria dos hospitais o conceito, dor como o quinto sinal vital, ainda não é uma prioridade dos profissionais da equipe de saúde.<sup>5</sup> Ademais, para que haja um desempenho adequado no manejo do fenômeno doloroso é necessário o conhecimento e treinamento da enfermagem para o sucesso no controle da dor.<sup>6</sup> Ressalta-se a importância da avaliação da dor, como quinto sinal vital, a fim de proporcionar um cuidado mais qualificado ao paciente, voltado às necessidades reais e, por conseguinte, promover um atendimento humanizado.<sup>7,8</sup>

Salienta-se que a enfermagem é a categoria da área da saúde que convive em turnos contínuos com os pacientes, portanto desempenha um papel fundamental no controle da dor, nos quais se incluem: a avaliação da intensidade da dor, os fatores atenuantes e agravantes, a utilização de técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento adequado do processo doloroso e a comunicação com a equipe multidisciplinar.<sup>9</sup>

No Brasil, o enfrentamento da dor no contexto da assistência médica ainda é pouco valorizado por ser um tema comumente esquecido pelos profissionais e educadores da área da saúde.<sup>10</sup> Cumpre ressaltar que a avaliação sistemática da dor, a implantação de protocolos de analgesia e criação de serviços de dor aguda são fundamentais para a

melhoria da assistência prestada aos pacientes submetidos a cirurgias abdominais.<sup>11</sup>

Realizou-se busca na literatura indexada nacional e não foi encontrada pesquisa semelhante com esta especificidade. Por conseguinte, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer a dor como um agente que poderá acarretar complicações nos pacientes submetidos à hernioplastia e a partir de então, emergiram as seguintes questões norteadoras: é possível caracterizar o perfil dos pacientes submetidos à hernioplastia e herniorrafia? Esses pacientes sentirão dor? Os mesmos apresentarão complicações decorrentes do fenômeno doloroso?

Desse modo, estabeleceu-se como objetivos deste estudo caracterizar o perfil dos pacientes submetidos à hernioplastia, identificar a intensidade da dor e investigar a presença de complicações decorrentes do processo doloroso. Espera-se que os resultados desse estudo possam sensibilizar os profissionais da saúde quanto à importância da dor e beneficiar futuros pacientes no tratamento adequado do fenômeno doloroso.

## MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no hospital da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju/SE, Brasil, totalmente integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atende pacientes do município de Aracaju, do interior do Estado e regiões circunvizinhas.

A casuística constituiu-se por pacientes submetidos à hernioplastia entre os meses de dezembro de 2011 a abril de 2012. Inicialmente realizou-se o levantamento do número de pacientes submetidos a este tipo de cirurgia. Após cálculo estatístico determinou-se o tamanho amostral mínimo de 19 hernioplastias.

A amostra foi probabilística por conveniência e consecutiva, constituída por 25 pacientes de cada tipo de procedimento cirúrgico, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: encontrarem-se no primeiro dia pós-operatório, maiores de 18 anos e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado, pelo entrevistado ou representante legal.

Utilizaram-se dois instrumentos de coleta de dados, conforme discriminado a seguir: o primeiro instrumento continha dados sócio-demográficos, doenças pregressas, data da admissão, data da cirurgia e da alta hospitalar e tipo de cirurgia realizada. O segundo instrumento constou de informações sobre os

valores dos sinais vitais, uso de analgésico, presença de dor pós-cirúrgica, local da dor, consequências da dor e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta sem numeração, na qual a extremidade esquerda indica a ausência de dor e a direita a pior dor referida pelo paciente. A escolha dessa escala, decorre do seu fácil uso e de necessitar apenas de um pouco de colaboração por parte do paciente.

A coleta de dados ocorreu da seguinte forma: realizou-se análise documental nos prontuários dos pacientes que foram submetidos à hernioplastia, seguida de entrevista semiestruturada. Durante a entrevista, os pacientes foram questionados sobre a presença da dor e complicações da dor. Para a identificação da queixa dolorosa, solicitou-se que os pacientes marcassem na Escala Visual Analógica (EVA) uma linha vertical no local que correspondia a sua dor.

Em todas as etapas da pesquisa seguiu-se a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>12</sup> A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o CAAE 0353.0.107.000-11. Os dados foram armazenados em banco de dados computadorizado no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0, e apresentados por meio de tabelas.

## RESULTADOS

Foram avaliados 50 pacientes submetidos à cirurgia, dos quais 33 (66%) pertenciam a sexo masculino, 12 (24%) com faixa etária de 30 a 39 anos, 24 (48%) eram procedentes de Aracaju, 25 (50%) solteiros e 24 (48%) possuíam o ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes submetidos à hernioplastia no Hospital da Universidade Federal de Sergipe, 2012.

Variáveis		n=50	%
Cirurgia realizada	Hernioplastia	25	50
Sexo	Masculino	33	66
	Feminino	17	34
Faixa etária	20-29 anos	7	14
	30-39 anos	12	24
	40-49 anos	11	22
	50-59 anos	8	16
	60-69 anos	8	16
	70-79 anos	3	6
Estado civil	Acima de 80 anos	1	2
	Solteiro	25	50
	Casado	21	42
	Viúvo	2	4
	Desquitado	1	2
Escolaridade	União não consensual	1	2
	Não alfabetizado	5	10
	Fundamental completo	24	48
	Fundamental incompleto	7	14
	Nível médio completo	2	4
Procedência	Nível médio incompleto	12	24
	Aracaju	24	48
	Grande Aracaju	11	22
	Outros Municípios de Sergipe	15	30

No que se refere a doenças progressas, 14 (28%) dos pacientes tinham histórico de hipertensão, 33 (66%) já tinham se submetido

a algum tipo de cirurgia, dos quais 10 (20%) já tinham sido operados de herniorrafia (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto ao histórico de saúde no Hospital da Universidade Federal de Sergipe, 2012.

Variáveis		n=50	%
Doenças progressas	Hipertensão	14	28
	Diabetes e hipertensão	1	2
	Cardiopatia e hipertensão	1	2
	Outras	4	8
Cirurgias progressas	Não se aplica	30	60
	Sim	33	66
	Não	17	34
Tipo de Cirurgia progressa	Hernioplastia	2	4
	Herniorrafia	10	20
	Colecistectomia	1	2
	Histerectomia	1	2
	Reconstrução intestinal	2	4
	Outros	17	34
	Sem cirurgias progressas	17	34

É possível verificar por meio da Tabela 3 que 16 (32%) dos pacientes queixaram-se de dor moderada e 3 (6%) de dor intensa, sendo

que o local da incisão foi o principal local da queixa dolorosa em 31 (62%) dos pacientes e a dificuldade para andar foi a principal

consequência da dor em 17 (34%) dos entrevistados. Quanto ao registro da dor nos prontuários, identificou-se que em 39 (78%)

dos casos não havia registro e quando havia esse era realizado por médico 3 (6%).

Tabela 3. Avaliação dos pacientes submetidos à hernioplastia no Hospital da Universidade Federal de Sergipe, 2012.

Variáveis	n=50	%	
Dor	Ausência de dor	14	28
	Dor leve	17	34
	Dor moderada	16	32
	Dor intensa	3	6
Local da dor	Incisão	31	62
	Outros	5	10
	Não se aplica	14	28
Consequências da dor	Dificuldade para andar	17	34
	Dificuldade para dormir	8	16
	Náusea	2	4
	Vômito	2	4
	Dificuldade para respirar	3	6
Registro de dor no prontuário	Dificuldade para andar, vômito e náusea	3	6
	Não apresentaram sintomas	15	30
	Sim	11	22
	Não	39	78
Profissional responsável pelo registro da dor	Residente médico	2	4
	Residente enfermeiro	1	2
	Acadêmico de medicina	1	2
	Médico	3	6
	Técnico de enfermagem	2	4
	Mais de um profissional	2	4
	Sem registro	39	78

Observa-se por meio da Tabela 4 que a totalidade dos pacientes fez uso de medicação antiálgica para o tratamento da dor, 30 (60%) utilizaram analgésicos simples e anti-

inflamatórios não esteroidais (AINES) para o controle da queixa dolorosa. Nenhum paciente fez uso de opioide forte.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes quanto ao uso de medicação no Hospital da Universidade Federal de Sergipe, 2012.

Variáveis	n=50	%	
Uso de analgésico	Sim	50	100
	Não	0	0
Tipo de analgesia	Analgésico simples + AINES	30	60
	Opióide fraco	2	4
	Analgésico simples + Opióide fraco	18	36

Quanto as alterações nos sinais vitais, identificou-se nessa pesquisa que 5 (10%) pacientes apresentaram hipertensão estágio I,

2 (4%) apresentaram taquicardia e dispneia, e 11 (22%) hipotermia (Tabela 5).

Tabela 5. Avaliação dos sinais vitais dos pacientes no Hospital da Universidade Federal de Sergipe, 2012.

Variáveis	n=50	%	
Pressão arterial	Ótima	12	24
	Normal	16	32
	Limítrofe	15	30
	Hipertensão estágio I	5	10
	Hipertensão estágio II	1	2
Pulso	Hipertensão estágio III	1	2
	Normocárdico	48	96
	Taquicárdico	2	4
Respiração	Eupnéico	48	96
	Dispneico	2	4
Temperatura	Normal	37	74
	Febril	2	4
	Hipotermia	11	22

## DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes era do sexo masculino. Acredita-se que o fato dos homens realizarem maior esforço físico em algumas atividades laborativas em comparação com as mulheres, tornam esses mais susceptíveis ao aparecimento de hérnias. Assemelham-se aos dados dessa pesquisa o estudo<sup>13</sup> no qual houve uma prevalência do gênero masculino.

Nesse estudo, a faixa etária de maior frequência foi de 30 a 39 anos. Para alguns indivíduos o período de maior produtividade ocorre a partir da terceira década de vida, nos quais algumas pessoas em decorrência de determinadas atividade laborais estão expostas a esforços físicos excessivos, o que os tornam propensos ao surgimento de hérnias.<sup>14</sup> Não foi possível fazer testes de associação entre o tipo de atividade exercida pelos pacientes e a presença de hérnias.

A maioria dos pacientes possuía apenas o ensino fundamental completo. Pesquisa<sup>15</sup> demonstra que pessoas com menor grau de instrução têm estratégias de enfrentamento do processo doloroso menos eficaz, associado a esse fato as condições socioeconômicas, fizeram com que esses pacientes buscassem o serviço de saúde pública para resolução do problema de saúde.

Nesse estudo, 28% dos entrevistados eram hipertensos. A hipertensão é um fator de risco pré-operatório para cirurgias em geral. Destaca-se que uma pequena parte dos pacientes apresentaram níveis pressóricos elevados no período pós-cirurgia. A hipertensão arterial não controlada no período pré- e pós-operatório, traz como consequência o aumento do trabalho cardíaco, risco aumentado de doenças cardiovasculares e cerebrais. A enfermagem desempenha um papel fundamental na monitorização da pressão arterial e, por conseguinte, na possibilidade da redução desses fatores.

No que se refere a cirurgias pregressas, 20% dos pacientes já tinham sido operados de herniorrafia. Esses achados revelam que a reparação de uma hérnia anterior é um fator de risco para a sua recidiva, na qual poderia ter sido solucionado previamente com a colocação de uma tela. O tratamento cirúrgico das hérnias é um procedimento comum em todo o mundo, porém permanece como um desafio para os cirurgiões. Entretanto, alguns avanços como a colocação de telas contribuem para uma significativa redução na morbidade e diminuição expressiva da recorrência.<sup>16</sup>

Quanto à intensidade da dor, 32% dos pacientes referiram terem dor moderada e 6% intensa. A dor intensa pode também influenciar de forma negativa na evolução pós-cirúrgica dos pacientes, atrasa o tratamento e adiando a recuperação. O manejo do fenômeno doloroso de maneira adequada contribui para a manutenção dos sinais vitais e evita efeitos colaterais nocivos resultantes do processo algico.<sup>17</sup>

A grande maioria dos pacientes utilizou analgésicos simples e AINES para o tratamento da dor. Destaca-se que há uma variedade de técnicas analgésicas e tratamentos preventivos da dor aguda pós-operatória: analgesia controlada pelo paciente (PCA), bloqueios neurais, tratamento multimodal, no qual se utiliza terapias não farmacológicas e farmacológicas, e opióides para dores moderadas e intensas. No entanto, apesar dos benefícios do uso opióides, ainda existem limitação ao seu uso pelo receio dos efeitos indesejáveis desses fármacos.<sup>18,19</sup> Apesar dos

efeitos colaterais dos opióides, esses são as principais intervenções farmacológicas para o controle da dor em pacientes internados, sobretudo para dores moderadas a intensas.<sup>20</sup>

Outra opção para o tratamento da dor de intensidade leve a moderada no pós-operatório é o paracetamol de maneira sistemática associada aos opiáceos, esses produzem analgesia nas primeiras 24h pós-cirurgia, sem a necessidade da administração de analgesia de resgate.<sup>21</sup> Para o tratamento adequado da dor aguda pós-cirúrgica, faz-se necessário a comunicação entre os profissionais da saúde, criação de unidade da dor, e instituição de protocolos de tratamento.<sup>22</sup>

A incisão cirúrgica foi o local de maior queixa de dor. O trauma cirúrgico provoca a liberação de mediadores da inflamação e liberação de substâncias algogênicas, nas quais estimulam os nociceptores das fibras neurais e, por conseguinte, aumentam a transmissão do impulso doloroso. A dor pós-operatória em geral é quase sempre proporcional ao grau de estimulação das terminações nervosas livres e ao tamanho da incisão cirúrgica. Quanto maior for a lesão tecidual, maior será a intensidade da dor pós-cirúrgica.<sup>1,23</sup>

A dificuldade para deambulação foi a principal complicação dos pacientes desse estudo. A falta de mobilidade pode trazer como consequência o aumento do risco de doenças pulmonares e trombose. Destaca-se que se faz necessário que esses pacientes recebam analgesia adequada para o alívio dor e em seguida sejam estimulados a deambulação precoce a fim de evitar comorbidades associadas.

Os resultados refletem uma subnotificação do registro da dor e tais dados assemelham-se ao estudo<sup>9</sup> no qual se investigou a presença de dor em vítimas de trauma. Pode-se inferir que a escassez de documentação do fenômeno doloroso nesse estudo retrata uma realidade intrigante, pois se acreditava que por se tratar de um Hospital Universitário, houvesse o registro da dor de forma sistemática pela equipe de saúde. No entanto, os poucos que haviam eram feitos por médicos e apenas um registro foi feito por um residente de enfermagem.

No que se refere às alterações de sinais vitais, identificou-se que 10% dos entrevistados apresentaram hipertensão estágio I, 4% apresentaram taquicardia e dispneia, e 22% hipotermia. A dor aguda provoca alterações, nas quais se destacam: mudança nos parâmetros vitais, sudorese, palidez, anorexia, náuseas, vômitos,

desconforto físico e psíquico.<sup>6</sup> Salienta-se que a enfermagem desenvolve seu trabalho em turnos contínuos com os pacientes, e, por conseguinte, desempenha um papel fundamental na avaliação holística dos pacientes submetidos a cirurgias, com vistas a propiciar uma assistência integral e humanizada.

## CONCLUSÃO

O estudo realizado em pacientes submetidos à hernioplastia revelou que 66% dos pacientes pertenciam ao sexo masculino, 24% com faixa etária de 30 a 39 anos, 50% solteiros, 48% possuíam o ensino fundamental completo. No que se refere à intensidade da dor, parte dos entrevistados apresentaram dor moderada e intensa, respectivamente, a incisão cirúrgica foi o local mais doloroso e a deambulação foi a principal complicação da dor. A medicação antiálgica mais utilizada foram os analgésicos simples e os AINES, nenhum paciente utilizou opióide forte. Observou-se ainda que havia uma escassez de registro do fenômeno doloroso nos prontuários dos entrevistados.

Uma das limitações desse estudo refere-se ao tamanho da amostra. No entanto, os dados apresentados retratam a realidade da instituição investigada, tendo em vista que foram seguidos todos os critérios metodológicos proposto na pesquisa.

Os resultados deste estudo revelam a necessidade de capacitação dos profissionais e estudantes da saúde quanto à importância da avaliação, do registro e manejo adequado do fenômeno doloroso, a fim de diminuir riscos de complicações e desgaste físico e emocional nos pacientes e seus familiares. Sugerem-se novos estudos nos quais a adequação da analgesia seja investigada.

## REFERÊNCIAS

1. Couceiro TCM, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MCF. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. Rev Bras Anest on line [Internet]. 2009 May-June [cited 2012 May 18];59(3):314-20. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n3/en\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n3/en_06.pdf)
2. Chaturvedi S, Chaturvedi A. Postoperative pain and its management. Indian J Crit Care Med on line [Internet]. 2007 Oct-Dec [cited 2012 Jan 28];11(4). Available from: <http://www.ijccm.org/article.asp?issn=0972-5229;year=2007;volume=11;issue=4;epage=204;epage=211;aulast=Chaturvedi>
3. Matheus WP, Minson FP, Ledo CB. Postoperative pain control in patients submitted to laparoscopic surgery to treat endometriosis or plastic surgery. Rev Dor on line [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 20];11(2):150-53. Available from: [http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume\\_11/n%C3%BAmero\\_2/11\\_2\\_j.htm](http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_2/11_2_j.htm)
4. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A fundamental human right. International Anesthesia Research Society. Anest Analg on line [Internet]. 2007 July [cited 2012 May 22];105(1). Available from: <http://www.anesthesia-analgia.org/content/105/1/205.full.pdf+html>
5. Saça CS, Carmo FAA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves AS, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. J Health Sci Inst on line [Internet]. 2010 [cited 2012 May 20];28(1):35-41. Available from: [http://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01\\_jan-mar/V28\\_n1\\_2010\\_p35-41.pdf](http://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf)
6. Fontes JK, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. Cienc Cuid Saude on line [Internet]. 2007 [cited 2012 Feb 17];6(Suplem 2):481-87. Available from: [http://www.slideshare.net/kb\\_fontes/o-papel-da-enfermagem-frente-o-monitoramento-da-dor-como-quinto-sinal-vital](http://www.slideshare.net/kb_fontes/o-papel-da-enfermagem-frente-o-monitoramento-da-dor-como-quinto-sinal-vital)
7. Pedrosa RA, Celish KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm on line [Internet]. 2006 Apr-June [cited 2012 Feb 17];15(2):270-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)
8. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enferm on line [Internet]. 2010 Apr-June [cited 2012 Jan 23];19(2):283-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>
9. Ribeiro; Pereira; Sallum; Santos; Nunes; Alves. Characteristics of pain in trauma victims at an emergency service. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Apr [cited 2012 May 08];6(4):720-27. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2307/pdf\\_1116](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2307/pdf_1116)
10. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev Bioética on line [Internet]. 2009 [cited

2011 Oct 13];10(2). Available from: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>

11. Maier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus W, Pogatzki-Zahn E, Zenz M, et al. The quality of pain management in German hospitals. *Medicine on line* [Internet] 2010 [cited 2011 Oct 13];107(36):607-14. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20948774>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996 [cited 2011 Nov 17]. Available from:

<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>

13. Queroz T, Sperandio WT, Soares RP, Kelmann G, Bernardo WM. Quais os fatores de risco para hérnia inguinal em adulto? *Rev Assoc Med Bras on line* [Internet]. 2008 [cited 2012 May 24];54(3):189-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a04v54n3.pdf>

14. Andraus W, Paoletti B, Pinheiro RSN, Bitencourt FS, Farias CNF, D'Albuquerque LAC. Avaliação da qualidade de vida em pacientes cirróticos com hérnia da parede abdominal. *ABCD Arq Bras Cir Dig on line* [Internet]. 2009 Nov-Dec [cited 2011 Jan 24];22(4):222-25. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202009000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202009000400008)

15. Poleshuck EL, Green CR. Socioeconomic disadvantage and pain. *Pain on line* [Internet]. 2008 Jun [cited 2011 Jan 24];136(3):235-38. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2488390/>

16. Trindade EM, Trindade MRM. Uso de telas na cirurgia da hérnia inguinal. *Rev Assoc Med Bras on line* [Internet]. 2009 [cited 2011 Sept 18];56(2):127-43. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000200007&script=sci_arttext)

17. Duingnan M, Dunn V. Perceived barriers to pain management. *Emerg Nurse on line* [Internet]. 2009 Feb [cited 2011 Sept 6];16(9):31-5. Available from:

<http://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/perceived-barriers-to-pain-management-iF4LqrkMkN>

18. Yun Y. Mechanisms of postoperative pain. *Chin Med Journal on line* [Internet]. 2007 Nov [cited 2012 Jan 6];120(22):1949-50. Available from:

[http://www.researchgate.net/publication/5780140\\_Mechanisms\\_of\\_postoperative\\_pain](http://www.researchgate.net/publication/5780140_Mechanisms_of_postoperative_pain)

19. Diaz G, Flood P. Strategies for effective postoperative pain management. *Minerva Anestesiol on line* [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 25];72(3):145-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16493390>

20. Jarzyna D, Jungquist CR, Pasero C, Willens JC, Nisbet A, Oakes L, et al. American society for management nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Manage Nurs on line* [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 15];12(3):118-45. Available from:

<http://www.aspmn.org/organization/documents/GuidelinesonMonitoringforOpioid-InducedSedationandRespiratoryDepression.pdf>

21. Torres LM, Martínez-Peñuela F, Castilla G, Ronda JM, Ayala L, Gomar C. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado. Evaluación del tratamiento con paracetamol IV. Estudio EOPEP. *Rev Soc Esp on line* [Internet]. 2008 [cited 2012 May 22];15(4):219-27. Available from:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400003&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400003&script=sci_abstract)

22. Ovalle TS, Hernández ED, Olivares AC. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Rev Soc Esp Dolor on line* [Internet]. 2011 [cited 2012 May 22];18(2):91-7. Available from:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000200004&script=sci_arttext)

23. Fok AWM, Yau WP. Delay in ACL reconstruction is associated with more severe and painful meniscal and chondral injuries. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc on line* [Internet]. 2012 May [cited 2011 Sept 4]. Available from:

<http://www.mdlinx.com/pain-management/news-article.cfm/4062076/anterior-cruciate-ligament>

Submissão: 09/02/2012

Aceito: 27/03/2012

Publicado: 01/02/2013

#### Correspondência

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro  
Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Sergipe  
Rua Cláudio Batista, s/n  
Bairro Sanatório  
CEP: 49060-100 – Aracaju (SE), Brasil