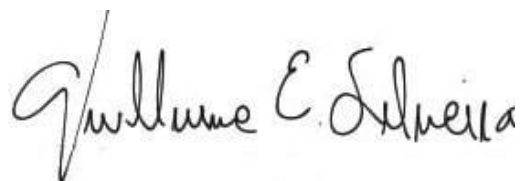


UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de Curso

Declaro que o trabalho intitulado: “Dor Aguda pós colecistectomia videolaparoscópica: prevenção e manejo anestésico em hospital integrante do Sistema Público de Saúde” realizado pela aluna Deborah Bruna Gomes Simoni está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

A handwritten signature in black ink, reading "Guilherme E. Silveira". The signature is written in a cursive style with a large initial 'G'.

Prof. Dr. Guilherme Erdmann da Silveira

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Medicina

DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI

**DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA:
PREVENÇÃO E MANEJO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE**

São Paulo

2023

DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI

**DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA:
PREVENÇÃO E MANEJO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Erdmann da Silveira

São Paulo

2023

S619d Simoni, Deborah Bruna Gomes.

Dor aguda pós colecistectomia videolaparoscópica: prevenção e manejo em hospital integrante do Sistema Público de Saúde / Deborah Bruna Gomes Simoni. — São Paulo, 2023.

36 p.: il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) — Universidade Santo Amaro, 2023.

Orientador: Prof. Guilherme Erdmann da Silveira.

1. Dor pós-operatória. 2. Colecistectomia videolaparoscópica. 3. Analgesia. I. Silveira, Guilherme Erdmann da, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI

**DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA:
PREVENÇÃO E MANEJO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Erdmann da Silveira

São Paulo, ____ de _____ de 2023

Banca Examinadora

Prof. Me. Guilherme Erdmann da Silveira

Orientador

Prof. Me. Henrique Mantoan

Avaliador

Profa. Ma. Clara Rodrigues

Avaliadora

Conceito Final

Ao meu orientador, *Dr. Guilherme Erdmann da Silveira*, pelo valioso estímulo e apoio na elaboração e conclusão deste trabalho.

À minha mãe, *Fernanda Moreira Gomes Mehlmann*, aos meus avós, *Regina Lúcia Moreira Gomes e Angelo Jovani Rocha Prince*, e ao meu parceiro, *Fernando Toledo Gonzalez*, pela inestimável reunião de esforços que permitiu a conclusão de mais uma etapa.

Deborah Bruna Gomes Simoni, Guilherme Erdmann da Silveira. *Dor aguda pós colecistectomia videolaparoscópica: prevenção e manejo em um hospital integrante do Sistema Público de Saúde* [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2023.

RESUMO

Introdução: Desde 1882, a colecistectomia é considerada como tratamento de escolha em casos de colelitíase aguda. Com o advento da cirurgia por via videolaparoscópica (CVL), esta passou a ser considerada o padrão ouro. No entanto, CVL não é livre de complicações pós-cirúrgicas, sendo a dor aguda uma das reclamações mais frequentes. A intensidade do quadro álgico agudo e seu tratamento inadequado estão relacionados com a dor persistente pós-cirúrgica, que por sua vez é a principal causa iatrogênica de cronificação da dor. Desse modo, dada a importância do tema, o presente estudo buscou analisar as técnicas anestésicas e medicações utilizadas na prevenção e no manejo da dor em um hospital integrante do sistema público de saúde. **Metodologia:** O presente artigo se trata de um estudo transversal descritivo retrospectivo, a partir da análise de prontuários médicos virtuais, referentes aos pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas realizadas no Hospital Geral do Grajaú/SP no ano de 2022. **Resultados:** A partir do estudo transversal foi observada a prevalência da anestesia geral, tanto balanceada quanto venosa total, em detrimento da associação com a anestesia local ou anestesia regional. Em relação à analgesia regular pós-operatória, notou-se a preferência pela analgesia multimodal, sendo o esquema de escolha a associação de analgésico simples, anti-inflamatório não esteroide e opioide fraco. A analgesia sob demanda foi prescrita em 75% dos casos e o fármaco de escolha, na maioria deles, foi um opioide forte. Por fim, a presença de dor pós-operatória foi observada somente em 15 das fichas analisadas. **Conclusão:** A partir dos dados coletados e analisados em conjunto à literatura, foi possível concluir que a despeito de algumas técnicas e medicações sugeridas não serem amplamente utilizadas (notadamente os bloqueios regionais, antagonistas do receptor NMDA e gabapentinoides), as técnicas adotadas pelos anestesiológicos do hospital analisado se revelaram eficazes para a prevenção e manejo do quadro álgico.

Palavras-chave: Dor pós-operatória; Colecistectomia videolaparoscópica; Analgesia; Anestesia

ABSTRACT

Introduction: Since 1882, cholecystectomy has been considered the treatment of choice in cases of acute cholelithiasis. With the advent of laparoscopic surgery, this technique has come to be considered the gold standard. Nonetheless, laparoscopic cholecystectomy is not free of post-surgical complications, with acute pain being one of the most frequent complaints. The intensity of acute pain and its inadequate treatment are related to persistent post-surgical pain, which in turn is the main iatrogenic cause of pain chronification. Therefore, given the importance of the subject, the present study sought to analyze the anesthetic techniques and medications used in the prevention and management of pain in a hospital that is part of the public health system. **Methods:** This essay is a retrospective descriptive cross-sectional study, based on the analysis of online medical records, regarding patients that underwent laparoscopic cholecystectomy in the year 2022, at the Hospital Geral do Grajaú/SP **Results:** It was observed the prevalence of general anesthesia, both balanced and total intravenous, to the detriment of the association with local or regional anesthesia. Regarding regular postoperative analgesia, there was a preference for multimodal analgesia, with the preferred regimen being the combination of simple analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs and weak opioids. On-demand analgesia was prescribed in 75% of cases, the chosen drug, in most cases was a strong opioid. Lastly, the presence of postoperative pain was observed in only 15 cases **Conclusion:** Based on the data collected and analyzed together with the literature, it was possible to conclude that, despite some techniques and medications suggested not being widely used (notably regional anesthetic blocks, NMDA receptor antagonists and gabapentinoids), the techniques adopted by anesthesiologists at the analyzed hospital proved to be effective for the prevention and management of pain.

Keywords: Postoperative pain; Laparoscopic cholecystectomy; Analgesia; Anesthesia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA.....	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	23
APÊNDICE B - FICHA PARA A COLETA DE DADOS.....	26
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE SANTO AMARO	27
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ	31
ANEXO C - ESCALA VISUAL NUMÉRICA DE DOR.....	34
ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA CIENTÍFICA	35

DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

ACUTE PAIN AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: ANESTHETIC PREVENTION AND MANAGEMENT IN A PUBLIC HEALTH SYSTEM'S HOSPITAL

Simoni, Deborah Bruna Gomes Simoni¹

Da Silveira, Guilherme Erdmann²

RESUMO

Introdução: Desde 1882, a colecistectomia é considerada como tratamento de escolha em casos de colelitíase aguda. Com o advento da cirurgia por via videolaparoscópica (CVL), esta passou a ser considerada o padrão ouro. No entanto, CVL não é livre de complicações pós-cirúrgicas, sendo a dor aguda uma das reclamações mais frequentes. A intensidade do quadro algico agudo e seu tratamento inadequado estão relacionados com a dor persistente pós-cirúrgica, que por sua vez é a principal causa iatrogênica de cronificação da dor. Desse modo, dada a importância do tema, o presente estudo buscou analisar as técnicas anestésicas e medicações utilizadas na prevenção e no manejo da dor em um hospital integrante do sistema público de saúde. **Metodologia:** O presente artigo se trata de um estudo transversal descritivo retrospectivo, a partir da análise de prontuários médicos virtuais, referentes aos pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas realizadas no Hospital Geral do Grajaú/SP no ano de 2022. **Resultados:** A partir do estudo transversal foi observada a prevalência da anestesia geral, tanto balanceada quanto venosa total, em detrimento da associação com a anestesia local ou anestesia regional. Em relação à analgesia regular pós-operatória, notou-se a preferência pela analgesia multimodal, sendo o esquema de escolha a associação de analgésico simples, anti-inflamatório não esteroide e opioide fraco. A analgesia sob demanda foi prescrita em 75% dos casos e o fármaco de escolha, na maioria deles, foi um opioide forte. Por fim, a presença de dor pós-operatória foi observada somente em 15 das fichas analisadas. **Conclusão:** A partir dos dados coletados e analisados em conjunto à literatura, foi possível concluir que a despeito de algumas técnicas e medicações sugeridas não serem amplamente utilizadas (notadamente os bloqueios regionais, antagonistas do receptor NMDA e gabapentinoides), as técnicas adotadas pelos anestesiológicos do hospital analisado se revelaram eficazes para a prevenção e manejo do quadro algico.

Palavras-chave: Dor pós-operatória; Colecistectomia videolaparoscópica; Analgesia; Anestesia

¹ Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. - dbgsimoni@gmail.com

² Professor Orientador. Anestesiologista, Professor da Universidade Santo Amaro -SP –gesilveira@prof.unisa.br

ABSTRACT

Introduction: Since 1882, cholecystectomy has been considered the treatment of choice in cases of acute cholelithiasis. With the advent of laparoscopic surgery, this technique has come to be considered the gold standard. Nonetheless, laparoscopic cholecystectomy is not free of post-surgical complications, with acute pain being one of the most frequent complaints. The intensity of acute pain and its inadequate treatment are related to persistent post-surgical pain, which in turn is the main iatrogenic cause of pain chronification. Therefore, given the importance of the subject, the present study sought to analyze the anesthetic techniques and medications used in the prevention and management of pain in a hospital that is part of the public health system. **Methods:** This essay is a retrospective descriptive cross-sectional study, based on the analysis of online medical records, regarding patients that underwent laparoscopic cholecystectomy in the year 2022, at the Hospital Geral do Grajaú/SP **Results:** It was observed the prevalence of general anesthesia, both balanced and total intravenous, to the detriment of the association with local or regional anesthesia. Regarding regular postoperative analgesia, there was a preference for multimodal analgesia, with the preferred regimen being the combination of simple analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs and weak opioids. On-demand analgesia was prescribed in 75% of cases, the chosen drug, in most cases was a strong opioid. Lastly, the presence of postoperative pain was observed in only 15 cases **Conclusion:** Based on the data collected and analyzed together with the literature, it was possible to conclude that, despite some techniques and medications suggested not being widely used (notably regional anesthetic blocks, NMDA receptor antagonists and gabapentinoids), the techniques adopted by anesthesiologists at the analyzed hospital proved to be effective for the prevention and management of pain.

Keywords: Postoperative pain; Laparoscopic cholecystectomy; Analgesia; Anesthesia.

1. INTRODUÇÃO

Desde sua primeira descrição, em 1882, a colecistectomia - remoção da vesícula biliar - se tornou o tratamento de escolha em casos de colelitíase aguda^{1,2}. Ao longo dos anos, a cirurgia sofreu algumas alterações em sua técnica. Com o advento da cirurgia por via videolaparoscópica, esta passou a ser considerada o padrão ouro, em detrimento da via aberta, por se tratar de uma técnica menos invasiva, com menor trauma e taxa de morbidade associados^{1,2,3}.

No entanto, a colecistectomia videolaparoscópica (CVL) não é livre de complicações e desconfortos pós-cirúrgicos, sendo a dor uma das reclamações mais frequentes^{4,5}. Esta é entendida como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial”⁶ e pode ser classificada,

de acordo com sua duração, em aguda – por um período menor ou igual a 12 (doze) semanas – ou crônica – ultrapassado o intervalo de 3 (três) meses^{6,7}.

A dor aguda é definida como “resposta fisiológica normal a estímulos mecânicos associados ao trauma” e apresenta diferentes componentes: neuropático, resultante de lesão do sistema nervoso central; inflamatória, originada pela resposta inflamatória do tecido após trauma; nociceptiva, gerada pela ativação de nociceptores pelo trauma cirúrgico, sendo esta categorizada em somática e visceral^{9,10}.

De acordo com a literatura, a intensidade do quadro algico agudo e seu tratamento inadequado estão relacionados com a dor persistente pós-cirúrgica, que, por sua vez, é a principal causa iatrogênica de cronificação da dor^{10,11}. Embora apresente etiologia multifatorial, é associada principalmente à hiperalgesia visceral e à sensibilização central. Dentre seus fatores de risco se encontram: sexo feminino e estado clínico perioperatório¹⁰.

O manejo inadequado da dor aguda pós CVL também é responsável por alterações neuroendócrinas, hemodinâmicas, respiratórias e gastrointestinais, que acarretam em mobilização tardia do paciente, aumento do período de internação hospitalar e o consequente aumento de custos^{9,12,13}.

Desde de 1992, são criadas e atualizadas diretrizes que padronizam tanto a prevenção perioperatória quanto o manejo da dor pós-cirúrgica, porém Apfelbaum et al¹³ apontam em seu artigo que o tratamento ineficaz da dor pós CVL é comum entre os anesthesiologistas. Assim, dada a relevância, objetivou-se analisar as técnicas anestésicas e medicações que vêm sendo utilizadas no manejo da dor em um hospital integrante do sistema público de saúde.

2. METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho foi realizado um estudo transversal descritivo retrospectivo, a partir da análise de prontuários médicos virtuais dos pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas realizadas no ano de 2022, no Hospital Geral do Grajaú/SP.

O levantamento de dados ocorreu após a obtenção da aprovação dos Comitês de Ética das instituições envolvidas (Anexos A e B) e da assinatura do Termo de

Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) enviado aos participantes. Excluíram-se fichas relacionadas a colecistectomias de campo aberto e procedimentos realizados em pacientes menores de 18 anos e maiores de 65 anos.

De acordo com a ficha de coleta (Apêndice B), foram levantados dados a respeito das características demográficas dos pacientes, do tipo de anestesia adotada, dos fármacos utilizados para analgesia pós operatória, da prescrição de analgesia sob demanda e do quadro álgico pós operatório – quantificado a partir da utilização da aplicação da escala visual numérica de dor (Anexo C), em seis momentos diferentes.

O cálculo amostral foi realizado a partir do software RAOSOFT, tendo como parâmetros uma margem de erro de 7.64% e um intervalo de confiança de 92.36%. Para a análise estatística descritiva das informações coletadas, utilizou-se o software EXCEL. Os resultados observados foram dispostos em tabelas. Em seguida, apresentados de modo discursivo.

Por fim, para a elaboração da discussão, foi realizado levantamento bibliográfico a partir das bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval (Medline); Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como critério de busca, foram adotados os termos: “dor pós-operatória”, “colecistectomia laparoscópica” e “analgesia”, tanto em português quanto em inglês.

3. RESULTADOS

Inicialmente, foram identificadas 1208 fichas relacionadas a colecistectomias videolaparoscópicas. Destas, excluíram-se 179 por se tratarem de pacientes menores de 18 anos ou maiores de 65 anos. Assim, respeitando o cálculo amostral (Figura 1), foram selecionadas 120 fichas para representação estatística do todo.

Figura 1- Cálculo amostral

Raosoft®	
What margin of error can you accept? <small>5% is a common choice</small>	7.64 %
What confidence level do you need? <small>Typical choices are 90%, 95%, or 99%</small>	92.36 %
What is the population size? <small>If you don't know, use 20000</small>	1029
What is the response distribution? <small>Leave this as 50%</small>	50 %
Your recommended sample size is	120

Quanto às características demográficas dos pacientes (Tabela 1), observou-se uma ligeira prevalência do sexo feminino (55.83%) em detrimento do sexo masculino (44.17%). Ademais, 62.5% dos pacientes apresentavam idade entre 36 e 55 anos, enquanto apenas 14.17% dos pacientes tinham idade igual ou menor que 35 anos e igual ou superior a 18 anos.

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica

Características demográficas	Total	
	N	%
Sexo		
Feminino	67	55.83%
Masculino	53	44.17%
Idade		
18-35	17	14.17%
36-55	75	62.5%
56-64	28	23.33%

Quanto aos tipos de anestesia adotados (Tabela 2), estes foram classificados em: anestesia geral balanceada - combinação de anestésicos inalatórios e intravenosos: fentanil, lidocaína, atracúrio e propofol; anestesia venosa total - infusão dos anestésicos exclusivamente por via intravenosa: propofol, remifentanil e atracúrio; anestesia geral associada à anestesia local - infusão de ropivacaína no sítio de inserção dos trocartes; anestesia geral associada à anestesia regional - bloqueio do plano transverso abdominal.

Tabela 2 - Tipos de anestesia adotados em colecistectomias videolaparoscópicas

Tipos de anestesia	Total	
	N	%
Geral balanceada	104	86.67
Venosa total	12	10
Geral + Local	3	2.5
Geral + Bloqueio TAP	1	0.83
Total	120	100

Notou-se uma maior adoção da modalidade geral balanceada (86.67%), seguida pela técnica venosa total (10%). A aplicação da associação de anestesia geral com anestesia local foi observada em somente três casos. Por fim, apenas em um caso foi adotada a anestesia regional em associação à geral.

Quanto às medicações utilizadas para analgesia pós-operatória (Tabela 3), estas foram categorizadas em: analgésicos simples - dipirona e paracetamol; anti-inflamatórios não esteroidais - cetoprofeno, diclofenaco de sódio, ceterolaco trometamol; opioide leve - tramadol; opioide forte - morfina.

Tabela 3- Prescrições de analgesia pós-operatória

Prescrições de analgesia	Total	
	N	%
Analgesia regular pós-operatória	120	100
Analgésico simples	1	0,83
Opioide leve	3	2,5
Opioide forte	1	0,83
Analgésico simples + Aines	11	9,17
Analgésico simples + Opioide leve	32	26,67
Combinação de analgésicos simples	1	0,83
Combinação de analgésicos simples + AINES	3	2,5
Analgésico simples + AINES + Opioide leve	50	41,67
Dois analgésicos simples + AINES + Opioide leve	18	15
Analgesia sob demanda	90	100
Opioide forte	83	92,22
Opioide leve	1	1,11
Opioide forte + analgésico simples	2	2,22
Opioide forte + AINES	2	2,22
Opioide forte + Opioide fraco	1	2,22
Analgésico simples + AINES + Opioide forte	1	1,11

Observou-se que, na maioria das fichas (50), a prescrição de analgesia regular pós-operatória era composta por uma combinação de três fármacos: analgésico simples, anti-inflamatório não esteroidal e opioide leve. Em 44 casos, a prescrição era composta por combinação de dois fármacos: analgésico simples e opioide leve (32); analgésico simples e anti-inflamatórios (11); dois analgésicos simples (1).

Em 18 casos, a prescrição foi composta por uma combinação de quatro fármacos: dois analgésicos simples, anti-inflamatório não esteroidal e opioide leve. Por fim, apenas em 5 casos houve a prescrição de um único fármaco para a analgesia: opioide leve (3); opioide forte (1); analgésico simples (1).

Quanto à prescrição de analgesia sob demanda (Tabelas 3), esta foi realizada em 90 casos, sendo composta na maioria das vezes por opioides fortes (83). Por fim, em relação às prescrições remanescentes, notou-se o uso de: opioide forte associado a analgésico simples (2); opioide forte associado a anti-inflamatório não esteroidal (2); combinação de opioide forte e opioide leve (1); opioide leve(1); associação de opioide forte, analgesico simples e anti-inflamatório não esteroidal (1).

Quanto ao quadro algico pós-operatório (Tabela 4), este foi observado apenas em 15 pacientes, dos quais 14 haviam sido submetidos à anestesia geral balanceada e 1 à anestesia venosa total. Ademais, notou-se que pacientes submetidos à anestesia geral associada à local ou ao bloqueio do plano transversal abdominal não apresentaram queixa algica.

Tabela 4 - Relação entre o tipo de anestesia utilizado e a presença de quadro algico

Tipo de anestesia	Quadro doloroso	
	Presente	Ausente
Geral balanceada	14	90
Venosa total	1	11
Geral + Local	-	3
Geral + Bloqueio TAP	-	1
Total	15	105

Em relação ao escore numérico de dor e o momento da avaliação (Tabela 5), notou-se que dos quinze pacientes que se queixaram de dor, três apresentaram o início do quadro doloroso no primeiro momento da avaliação (0 minuto). Destes, um apresentava dor leve, um dor moderada e um dor intensa. Apenas um dos pacientes não apresentou dor nas avaliações seguintes.

Tabela 5 - Escore de dor e momento da avaliação, por paciente

Paciente	Escore de dor no momento da avaliação					
	0 min	30 min	60 min	90 min	120 min	Alta
1	9	-	-	-	-	-
2	2	4	2	2	-	2
3	3	5	8	9	-	-
4	-	9	2	-	-	-
5	-	7	8	2	-	2
6	-	6	2	2	-	-
7	-	7	-	-	-	-
8	-	8	-	-	-	-
9	-	8	-	-	-	-
10	-	5	-	-	-	-
11	-	6	-	-	-	-
12	-	-	8	1	-	1
13	-	-	8	3	-	-
14	-	-	5	7	7	-
15	-	-	-	7	-	-

No segundo momento da avaliação (30 minutos), dez pacientes apresentaram queixa dolorosa - dois que já estavam com dor e oito que iniciaram o quadro algico neste momento. Destes, sete relataram dor moderada e três dor intensa. Metade dos pacientes tiveram seu quadro algico resolvido.

No terceiro momento da avaliação (60 minutos), oito pacientes relataram queixa álgica - cinco já estavam com dor nos minutos anteriores. Destes, três queixavam-se de dor leve, um de dor moderada e quatro de dor intensa. O quadro álgico de apenas um paciente foi solucionado.

No quarto momento da avaliação (90 minutos), oito pacientes pontuaram algum grau de dor, sendo que apenas um deles teve o início do quadro neste momento. Destes, quatro indicaram dor leve, três dor moderada e um dor intensa. Somente um paciente seguiu com dor, pontuada como moderada, no quinto momento (120 minutos). Por fim, no sexto momento (alta), três pacientes voltaram a queixar-se de dor, classificada como leve.

4. DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a colecistite aguda representa um dos diagnósticos mais prevalentes nas emergências, acometendo de modo mais frequente mulheres em idade reprodutiva, com pico de incidência após a quarta década de vida^{14,15}. As características demográficas observadas no presente estudo, a partir da análise das fichas do Hospital Geral do Grajaú/SP, foram ao encontro destas informações, apresentando uma ligeira prevalência do sexo feminino (55.63%) e de pacientes entre 36 e 55 anos (62.5%).

A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento preconizado para os casos de colecistite aguda^{1,2}. Em relação às técnicas anestésicas utilizadas para a realização do procedimento, foi observado que entre os anestesiológicos há uma predileção pela anestesia geral balanceada (86,67%) e pela anestesia venosa total (10%), em detrimento da associação da anestesia geral associada à anestesia local (2.5%) ou à regional (0.83%).

Segundo a revisão de literatura realizada por Jesus et al, a utilização de bloqueios periféricos associados à anestesia geral em pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica reduziu os escores de dor aguda, mostrando-se uma técnica efetiva enquanto adjuvante da analgesia¹².

Ademais, Ortiz et al não observaram alterações estaticamente significativas na analgesia quando comparados o bloqueio TAP e a técnica de infiltração local nos sítios portais¹⁶.

Em relação aos anestésicos locais utilizados, Ar et al. demonstraram que tanto a bupivacaína quanto a levobupivacaína geram resultados semelhantes no controle da dor¹⁷. Salimnia et al.¹⁸, corroboraram a eficácia do bloqueio realizado com bupivacaína, mas constataram a ineficácia da adição de sufentanil ao anestésico local.

Contudo, embora seja observado na literatura a indicação pela associação de anestesia geral e bloqueio do plano transversal abdominal ou instilação de anestésico local no sítio de inserção dos trocartes, verificou-se que o uso isolado de anestesia geral - tanto balanceada quanto venosa total baseada em opioides - importou em reduzido quadro de dor pós-operatória nos pacientes analisados (15 casos).

Em relação às prescrições para analgesia regular pós-operatória, observou-se que estas eram compostas, preferencialmente, por uma combinação de analgésico simples, anti-inflamatório não esteroidal e opioide leve, ou por uma associação de dois fármacos - analgésico simples e opioide; analgésico simples e anti-inflamatórios; dois analgésicos simples. Já quanto às prescrições de analgesia sob demanda, estas foram realizadas em 90 dos 120 casos analisados, sendo composta na maioria das vezes por opioides fortes - morfina.

A esse respeito, Jesus et al.¹² afirmam inexistir na literatura consenso quanto à técnica mais indicada, de modo que, em um contexto de analgesia multimodal, podem ser adotados fármacos de diferentes classes – AINES, antagonistas do receptor NMDA, gabapentinóides, opioides.

Nesse sentido, os AINES têm se mostrado eficazes no controle do quadro algico, uma vez que a fisiopatologia da dor aguda pós-operatória apresenta um componente inflamatório pela liberação de mediadores, como as prostaglandinas^{19,20,21,22}.

De acordo com Aml A et al., a associação de 100mg IV dexetoprofeno trometamol a 600mg IV de tramadol, na bomba de analgesia controlada pelo paciente (ACP), acarretou no controle eficaz da dor com menor necessidade de opioides sem causar aumento de efeitos adversos¹⁹.

A aplicação de 40mg IV de parecoxibe – inibidor seletivo da cox-2 – antes da indução anestésica foi associada a um menor tempo de internação, menor necessidade de analgésicos adicionais e atenuação da dor²⁰. Quando associada à

dexmedetomidina, foi observada uma melhora na sedação pós-operatória e nas condições cognitivas dos pacientes²¹.

O uso de 400mg IV de ibuprofeno em 100 mL de solução salina 30 minutos antes da cirurgia se mostrou efetivo no controle da dor, tanto em repouso quanto em atividade, e na redução do uso de opioides nas primeiras 24 horas pós-operação. Ademais, não apresentou alterações estatisticamente significativas nos efeitos colaterais²².

Os antagonistas do receptor N-metil-D- aspartato (NMDA) têm como principal representante a cetamina, que age bloqueando de modo não competitivo o receptor NMDA e resulta em um efeito antinociceptivo e hipnótico^{23,24,25}.

O uso de cetamina - 1mg/kg IV, seguido por infusão de 25µg/kg/min até o fim da cirurgia –, como suplemento da anestesia venosa total com propofol e alfentanil, produziu um melhor controle do quadro doloroso pós-operatório e na demanda por analgésicos²³.

A infusão de 10µg/kg/min de cetamina, seguida de 0.5 mg/kg IV bolus, também foi capaz de prolongar o intervalo de tempo até o uso da primeira dose de analgésicos de resgate, bem como diminuir as doses necessárias²⁴.

Contudo, quando associado - na dose 0.5µg/kg/min - com remifentanil, esse fármaco não foi capaz de diminuir de modo significativo os escores de dor. Além disso, o seu uso foi associado a efeitos adversos como: agitação; alucinação; diplopia; desconforto; náusea²⁵.

Os gabapentínicos são fármacos antiepiléticos, comumente empregados no tratamento da dor neuropática e de distúrbios de ansiedade^{26,27,28,29}. A seu respeito, Sarakatsani C et al. constataram que a administração de 600mg de pregabalina VO (dividida em duas doses de 300mg, uma na noite anterior à cirurgia e outra uma hora antes da intervenção) ocasiona um efeito analgésico positivo, com controle da dor e do consumo de opioides no período pós cirúrgico²⁶.

Contudo, vislumbrou-se que, na dose 150mg isolada ou em combinação com 400mg de celecoxib, a pregabalina não apresentou resultados satisfatórios no que

tange ao quadro doloroso e ao uso de fentanil de resgate. Ademais, houve um aumento de sintomas como sonolência e tontura²⁷.

O uso de gabapentina (esquema: 1200mg, VO, duas horas antes da intervenção cirúrgica, doze horas após seu término, com 400mg mantidos de 8 em 8 horas por 3 dias) garantiu redução no consumo de opioides similar à obtida com o uso de pregabalina, no mesmo esquema. Os pacientes que receberam pregabalina, no entanto, apresentaram um menor escore de dor²⁸.

Kotsovolis et al. demonstraram que não há diferença estatisticamente significativa no consumo de morfina e nas escalas de dor entre o uso de gabapentina, isolada ou combinada, com cetamina, lornoxicam e ropivacaína²⁹.

Os opioides atuam no sistema nervoso a partir dos receptores mu, delta e kappa. Podem ser classificados em fracos – tramadol e codeína – e fortes – oxicodona, fentanil, sufentanil, morfina, entre outros. Nos últimos anos, o uso de oxicodona como um componente da analgesia multimodal tem se popularizado^{30,31}.

Verificou-se que, em comparação com 1µg/kg de fentanil, a aplicação de 0.08mg/kg IV oxicodona nos minutos finais da cirurgia apresenta maior eficácia no alívio imediato da dor, sem acarretar no aumento de efeitos adversos³⁰. A utilização da oxicodona na analgesia controlada pelo paciente (ACP) resultou em analgesia similar à obtida utilizando fentanil³¹.

Assim, pode-se notar que as prescrições tanto de analgesia regular quanto de analgesia sob demanda vão ao encontro do observado na literatura, com destaque à predileção pela associação de fármacos de diferentes classes em detrimento do uso exclusivo de opioides.

Entretanto, a despeito da literatura indicar a possibilidade da utilização de antagonistas do receptor NMDA e de gabapentinoídes como componentes da analgesia multimodal, isso não foi observado na prática. Ademais, embora a oxicodona seja apontada como um opioide eficaz, verificou-se a predileção pelo uso de tramadol na analgesia regular e de morfina na analgesia sob demanda.

Por fim, ressalta-se que a avaliação do quadro doloroso foi feita pela equipe hospitalar de forma sistematizada, em seis momentos distintos, resultando em um

manejo efetivo das queixas de dor, de modo que tão somente três pacientes apresentaram queixa de dor no momento da alta.

5. CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados e analisados em conjunto à literatura, foi possível concluir que, a despeito de algumas técnicas e medicações sugeridas não serem amplamente utilizadas (notadamente os bloqueios regionais, antagonistas do receptor NMDA e gabapentinoides), as técnicas adotadas pelos anestesiólogos do hospital analisado (Hospital Geral do Grajaú/SP) se revelaram eficazes para a prevenção e manejo do quadro algico - em especial diante das limitações inerentes à realidade econômica e administrativa de um hospital integrante do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. **Laparoscopic Cholecystectomy**: The new 'gold standard'. Arch Surg. 1992; 127; 917-923.
2. Csikesz NG, Tseng JF, Shah SA. **Trends in surgical management for acute cholecystitis**. Surgery 2008 Aug;144(2):283-9. doi: 10.1016/j.surg.2008.03.033
3. Wilson RG, Macintyre IMC. **Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy**. Br J Surg. 1993; 80; 439-441. doi: 10.1002/bjs.1800800410.
4. Kandil TS, Hefnawy EE. **Shoulder pain following laparoscopic cholecystectomy: factors affecting the incidence and severity**. J Laparoendoc Adv Surg Tech 2010; 20. doi: 10.1089/lap.2010.0112
5. Bisgaard T, Klarkov B, Rosenberg J, Kehlet H. **Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy**. Pain 2001;90(3):261-269. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00406-1.
6. Merksey H, Bogduk NA. **A current list with definitions and notes on usage. In: Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
7. Chambers D, Huang C, Matthews G. **Pain physiology**. In: Basic physiology for anaesthetists. Cambridge: Cambridge University Press; 2018
8. Carr DB, Goudas LC. **Acute pain**. Lancet 1999; 353; 2051-2058.
9. Agerson AN, Benzoni HT. **Manejo da dor aguda e crônica**. In: Barash PG et al, Fundamentos de anestesiologia clínica. São Paulo: Artmed; 2017.
10. Blichfeldt-Eckhardt MR. **From acute to chronic postsurgical pain: The significance of the acute pain response**. Dan Med J 2018; 65.
11. Blichfeldt-Eckhardt MR, Ørding H, Anderson C, Licht PB. **Early visceral pain predicts chronic pain after cholecystectomy**. Pain 2014; 155; 2400- 2407. doi: 10.1016/j.pain.2014.09.019.
12. Jesus RR, Leite AM, Leite SS, Vieira MC, Villela NR. **Terapêutica anestésica para o alívio da dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica: revisão sistemática**. Rev Col Bras Cir 2018; 45; 1885. doi: 10.1590/0100-6991e-20181885.
13. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. **Postoperative pain experience: Results from a national survey suggests postoperative pain continues to be undermanaged**. Anesth Analog 2003; 97; 534-540. doi: 10.1213/01-ANE.0000068822.101139E

14. Jones MW, Weir CB, Ghassenzadeh S. **Gallstones** (Cholelithiasis). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
15. Vasconcellos LAS, et al. **Colecistite Aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico** Brazilian Journal of Development 2022; 8;10. doi: 10.34117/bjdv8n10-240
16. Ortiz J, Suliburk JW, Wu K. **Bilateral transversus abdominis plane block does not decrease postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy when compared with local anesthetic infiltration of trocar insertion sites.** Reg Anesth Pain Med 2012; 37. Doi: 10.1097/AAP.0b013e318244851b
17. Ar AY et al. **Bloqueio do plano abdominal transverso guiado por ultrassom em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica: comparação da eficácia de bupivacaína e levobupivacaína no controle da dor pós operatória.** Revista Brasileira de Anestesiologia 2018; 68. Doi: 10.1016/j.bjan.2018/02.004
18. Saliminia A, Azimaraghi O, Babayipour S, Ardavan K. **Efficacy of transversus abdominis plane block in reduction of postoperative pain in laparoscopic cholecystectomy.** Acta Anaesthesiologica Taiwanica 2015. Doi: 10.1016/j.aat.2015.07/003
19. Aml A et al., **Comparison of postoperative analgesic efficacy of intraoperative single-dose intravenous administration of dexketoprofen trometamol and diclofenac sodium in laparoscopic cholecystectomy.** Journal of clinical Anesthesia 2016. Doi: 10.1016/j.jclinane.2016.02.020
20. Shuying L et al., **Preoperative intravenous parecoxib reduces length of stay on ambulatory laparoscopic cholecystectomy.** International Journal of Surgery 2014;12. Doi: 10.1016/j.ijssu.2014.03.013
21. Du X, Song F, Zhang X, Ma S. **Protective efficacy of combined use of parecoxib and dexmedetomidine on postoperative hyperalgesia and early cognitive dysfunction after laparoscopic cholecystectomy for elderly patients.** Acta Cirurgica Brasileira 2019; 34. Doi: 10.1590/s0102-865020190090000005
22. Ahiskalioglu E, Ahiskalioglu A, Aydin P, Yayik A, Temiz A. **Effects of single-dose preemptive intravenous ibuprofen on postoperative opioid consumption and acute pain after laparoscopic cholecystectomy.** Medicine 2017;96. Doi: 10.1097.MD0000000000006200
23. Karcioglu M et al., **Addition of ketamine to propofol-alfentanil anesthesia may reduce postoperative pain in laparoscopic cholecystectomy.** Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013;23 doi: 10.1097/SLE.0b013e3182827f09.
24. Mercanoglu EE et al., **Comparison of the effect of ketamine and dexmetomedine combined with total intravenous anesthesia in laparoscopic**

- cholecystectomy procedures:** a prospective randomized controlled study. Hindawi 2022. Doi: 10.1155/2022/1878705
25. Leal PC, Sakata RK, Salomão R, Sadatsune EJ, Issy AM. **Assessment of the effect of ketamine in combination with remifentanyl on postoperative pain.** Revista Brasileira de Anestesiologia 2013;63. Doi: 10.1016/S0034-7094(13)70211-3
 26. Sarakatsianou C, Theodorou E, Georgopoulou S, Stamatiou G, Tzovaras G. **Effect of pre-emptive pregabalin on pain intensity and postoperative morphine consumption after laparoscopic cholecystectomy.** Surg Endos, 2013;27. Doi: 10.1007/s00464-012-2769-3
 27. Gurunathan U, Rapchuk IL, King G, Barnett AG, Fraser JF. **The effect of pregabalin and celecoxib on the analgesic requirements after laparoscopic cholecystectomy:** a randomized controlled trial. Journal of Anesthesiology 2015. doi: 10.1007/s00540-015-2078-9
 28. Bekawi MS, El Wakeel LM, Al Taher EMA, Mageed WMA. **Clinical study evaluating pregabalin efficacy and tolerability for pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.** The Clinical Journal of Pain 2014. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000060
 29. Kotsovolis G, Karakoulas K, Grosomanidis V, Tziris N. **Comparison between the combination of gabapentin, ketamine, lornoxicam, and local ropivacaine and each of these drugs alone for pain after laparoscopic cholecystectomy:** a randomized trial. Pain practice 2014. Doi: 10.1111/papr.12183
 30. Choi YJ, Park SW, Kwon HJ, Choi JM, Lee YM. **Efficacy of early intravenous bolus oxycodone or fentanyl in emergence from general anesthesia and postoperative analgesia following laparoscopic cholecystectomy:** a randomized trial. Journal of international medical research 2015. Doi:10.1177/0300060515594194
 31. Hwang BY et al, **Oxycodone vs. fentanyl patient-controlled analgesia after laparoscopic cholecystectomy.** International journal of medical sciences 2014;11. Doi: 10.7250/ijms.8331

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio destes esclarecimentos, solicitar sua autorização para utilização dos dados clínicos coletados em prontuários durante período de hospitalização em Hospital Geral do Grajaú, localizado em São Paulo/SP para o projeto de pesquisa “Dor Aguda Pós Colectectomia Videolaparoscópica: prevenção e manejo no Sistema Único de Saúde” que será realizado pelo curso de medicina da Universidade Santo Amaro, pela aluna Deborah Bruna Gomes Simoni e pelo professor Guilherme Erdmann da Silveira.

O tratamento incorreto da dor pós-operatória está relacionado a impactos negativos ao bem estar do paciente, que acarretam no aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares, bem como estão relacionados a problemas psicológicos, como ansiedade e depressão.

Assim, dada a importância da temática, o presente trabalho tem como objetivo analisar a evolução dos métodos utilizados para a terapia de dor pós colecistectomia videolaparoscópica nos últimos dez anos e como estes vêm sendo aplicados em um hospital integrante do sistema público de saúde.

Por meio do levantamento de prontuário iremos identificar as características demográficas dos pacientes, o tipo de anestesia utilizado, a analgesia pós-operatória e a presença de dor pós-operatória.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos por se tratar de levantamento de prontuários já coletados no Hospital Geral do Grajaú. O sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade, o qual garante que as informações não serão divulgadas fora desse projeto.

É garantido o seu direito de retirar-se a qualquer momento dessa pesquisa sem qualquer prejuízo à comunidade de qualquer benefício que tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

O pesquisador responsável é o Dr. Guilherme Erdmann da Silveira que pode ser encontrado no telefone (11)992488782

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA), que pode ser encontrado na Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo – SP, no telefone: (011) 2141-8687 e no e-mail: pesquisaunisa@unisa.br.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, __ de ____ de 2022

(pesquisadores)

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome: (do participante):

Doc. Identificação:

Ass:

Nome: (do representante).....

Doc. Identificação.....

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador.)

Nome do participante:

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Participante

Data / /

APÊNDICE B - FICHA PARA A COLETA DE DADOS

Paciente: _____ Idade: _____ Gênero: _____

Diagnóstico cirúrgico: _____

Operação realizada: _____

Urgência Ambulatorial. Eletiva

Data: __/__/__ Início da anestesia: __: __h Término da anestesia: __: __h

Início da cirurgia: __: __h Término da cirurgia: __: __h

Tipo de anestesia: _____

Via Aérea: _____

Destino: RPA UTI Leito Semi

Prescrição – analgesia regular : _____

Prescrição – analgesia sob demanda: _____

Escala numérica de dor pós operatória:

	0 min	30 min	60 min	90 min	120 min	Alta
Nº						

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE SANTO AMARO

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor aguda pós colecistectomia videolaparoscópica: prevenção e manejo no Sistema Público de Saúde

Pesquisador: GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59345522.7.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.469.648

Apresentação do Projeto:

A proposta da pesquisa é sobre a colecistectomia, considerada como tratamento escolha em casos de colelitíase aguda. Com o advento da cirurgia por via videolaparoscópica (CVL), esta passou a ser considerada o padrão ouro, em detrimento da via aberta. No entanto, CVL não é livre de complicações e desconfortos pós cirúrgicos, sendo a dor aguda uma das reclamações mais frequentes. A intensidade do quadro algíco agudo e seu

tratamento inadequado estão relacionados com a dor persistente pós cirúrgica, que por sua vez é a principal causa iatrogênica de cronificação da dor. O manejo inadequado da dor aguda pós CVL também é responsável por alterações neuroendócrinas, hemodinâmicas, respiratórias e gastrointestinais, que acarretam em mobilização tardia do paciente, aumento do período de internação hospitalar e o consequente aumento de

custos. **Objetivo:** Analisar a evolução dos protocolos de dor nos últimos dez anos e como a prevenção e o manejo da dor vêm sendo realizados em hospitais públicos.

Objetivo da Pesquisa:

- Estudar, a partir de revisão de literatura, quais são as diretrizes e fármacos indicados no manejo de dor pós CVL.
- Investigar, a partir de fichas anestésicas, a disponibilidade dos fármacos indicados pela literatura em hospitais públicos da cidade de São Paulo/SP.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 5.469.648

- Analisar como são aplicados os protocolos para prevenção e manejo da dor pós operatória em hospitais públicos da cidade de São Paulo/SP por meio de análise de fichas anestésicas.
- Comparar, a partir dos dados levantados por meio de revisão e análise de fichas, se a prática em hospitais se adequa ao preconizado na literatura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos, por se tratar de levantamento de prontuários médicos virtuais, a serem coletados. Dentre eles, pode-se citar a quebra de sigilo, anonimato ou a confidencialidade dos dados. Porém, ressalta-se que o sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade, o qual garante que as informações não serão divulgadas fora deste projeto

Benefícios:

A partir da análise da prática da prevenção e do manejo anestésico da dor aguda pós operatória será possível observar o grau de implementação, pelos profissionais, dos protocolos existentes. Permitindo, caso não seja suficiente, a divulgação dos protocolos e sua futura implementação. O que acarretaria em uma melhora na qualidade do tratamento do paciente, associada a diminuição dos riscos decorrentes da prolongação do quadro algico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A produção deste artigo será dividida em duas partes. A primeira parte será composta por uma revisão sistemática. A questão que norteará a revisão será: "Como os protocolos de prevenção de dor pós operatória e o seu manejo anestésico evoluíram nos últimos dez anos?".

No processo de levantamento bibliográfico, serão utilizadas as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval (Medline); Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como critério de busca serão utilizados os termos: "dor pós operatória", "colecistectomia laparoscópica" e "analgesia", em português, inglês e espanhol. Será estabelecido um limite temporal de dez anos.

Os critérios de inclusão utilizados serão: publicações – artigos, revisões, relatos de caso –

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuías **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 5.469.648

disponíveis na íntegra em periódicos indexados, na língua português, inglesa ou espanhola, que respeitem o limite temporal estabelecido. Serão excluídos artigos que abordem a temática de modo tangencial.

Para a análise dos dados obtidos, será construída uma tabela contendo: identificação da publicação, metodologia adotada, resultados e conclusões.

Também será apresentada de modo descritivo a interpretação dos resultados e uma síntese de cada estudo incluído nesta revisão.

A segunda parte deste trabalho será composta por um estudo descritivo retrospectivo transversal, a partir da análise de fichas anestésicas virtuais, referentes às colecistectomias videolaparoscópicas, realizadas no ano de 2022, do Hospital Geral do Grajaú/SP.

Para a sua realização, será entregue, para o Comitê de Ética da Universidade de Santo Amaro, uma Carta de Coparticipação (Anexo 1), provida

pelo hospital escolhido para realização da pesquisa, e um Termo de Compromisso e Confidencialidade dos pesquisadores (Anexo 2), bem como um

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 3) será enviado aos participantes.

Após aprovação, serão, de acordo com a ficha de coleta (Anexo 4), levantados dados a respeito da característica demográfica dos pacientes, o tipo

de anestesia utilizado, a analgesia pré-operatória e pós operatória. Serão excluídas fichas de pacientes menores de 18 anos.

As informações coletadas serão dispostas em um quadro para possibilitar sua análise estatística descritiva e posterior comparação com as técnicas

e diretrizes descritas nos artigos levantados durante a revisão bibliográfica. Posteriormente, a análise e interpretação dos resultados obtidos serão

expostos de modo descritivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: adequada e assinada;
- Riscos e benefícios: adequado.
- Termo de Confiabilidade dos dados: adequado e assinado garantindo o sigilo das informações do participante de pesquisa;
- Carta de Coparticipante: adequado;
- TCLE: adequado;
- Cronograma: adequado.

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

**UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA**



Continuação do Parecer: 5.469.648

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949981.pdf	03/06/2022 15:57:35		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/06/2022 15:57:17	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/05/2022 17:10:25	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Outros	COMPROMISSO_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf	17/05/2022 17:09:29	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Outros	CARTA_DE_COPARTICIPACAO.pdf	17/05/2022 17:07:59	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DOR_AGU_DA_POS_COLECISTECTOMIA.pdf	17/05/2022 17:06:50	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2022 17:06:03	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Imbuías **CEP:** 02.450-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8687 **E-mail:** pesquisaunisa@unisa.br

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA
CATARINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dor aguda pós colecistectomia videolaparoscópica: prevenção e manejo no Sistema Público de Saúde

Pesquisador: GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59345522.7.3001.5447

Instituição Proponente: INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SIRIO LIBANES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.616.693

Apresentação do Projeto:

Projeto retorna para avaliação deste Comitê em resposta a pendências emitidas em 08/08/2022.

Pesquisador realizou adequação no título do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterados em relação ao parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados em relação ao parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador realizou alteração no texto para adequação do escopo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador alterou o TCLE adequando a linguagem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. O pesquisador deverá manter o CEP- HGG informado sobre o andamento de sua pesquisa através do envio de relatórios parciais (semestrais) e final por meio de notificação.

Caso sejam necessárias quaisquer alterações no protocolo deste estudo, este CEP deverá ser comunicado por meio de emenda.

Endereço: Rua Francisco Otávio Pacca, 180, 2º andar, no corredor CENEPES
Bairro: Pq das Nações - Grajaú **CEP:** 04.822-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3544-9444 **E-mail:** cep@hgg.org.br

**HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA
CATARINA**



Continuação do Parecer: 5.616.693

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1967044.pdf	10/08/2022 07:14:57		Aceito
Outros	TCLE_MODIFICADO_LIMPO.docx	10/08/2022 07:13:31	GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	Aceito
Outros	TCLE_MODIFICADO.docx	10/08/2022 07:13:11	GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	Aceito
Outros	PROJETO_DE_PESQUISA_MODIFICADO_LIMPO.docx	10/08/2022 07:12:51	GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	Aceito
Outros	PROJETO_MODIFICADO.docx	10/08/2022 07:12:24	GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	10/08/2022 07:09:39	GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf	17/05/2022 17:09:29	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Outros	CARTA_DE_COPARTICIPACAO.pdf	17/05/2022 17:07:59	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DOR_AGUDA_POS_COLECISTECTOMIA.pdf	17/05/2022 17:06:50	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/05/2022 17:06:03	DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco Otávio Pacca, 180, 2º andar, no corredor CENEPES
Bairro: Pq das Nações - Grajaú **CEP:** 04.822-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3544-9444 **E-mail:** cep@hgg.org.br

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA
CATARINA

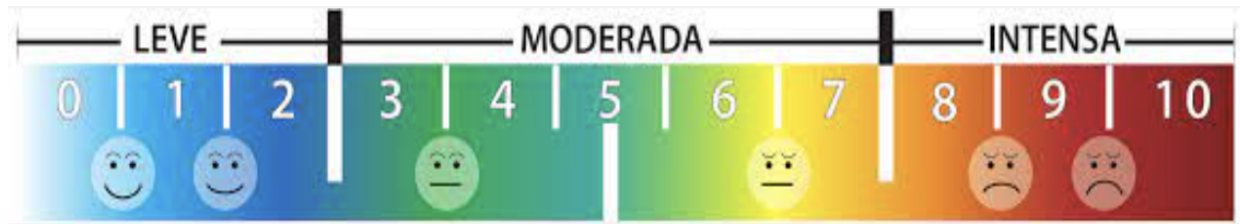


Continuação do Parecer: 5.616.693

SAO PAULO, 31 de Agosto de 2022

Assinado por:
MONICA MAURA ORTEGA VIEIRA MALDONADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Otávio Pacca, 180, 2º andar, no corredor CENEPES
Bairro: Pq das Nações - Grajaú **CEP:** 04.822-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3544-9444 **E-mail:** cep@hgg.org.br

ANEXO C - ESCALA VISUAL NUMÉRICA DE DOR

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA CIENTÍFICA

The screenshot shows a web interface for managing submissions. On the left is a dark blue sidebar with the text 'Submissões'. The main content area is titled 'Submissões' and includes a search bar with the text 'Fila 1 Arquivos' and a 'Ajuda' link. Below this is a section for 'Minhas Submissões Designadas' with a search input and a 'Nova Submissão' button. A submission entry is displayed for ID 212276 by 'Simoni et al.', with the title 'DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE'. The submission status is 'Avaliação' (1/4). A summary table shows: 1/4 evaluations completed, 0 revisions sent, and 0 open discussions. The last activity was recorded on Thursday, September 28, 2023. A 'Ver Submissão' button is located at the bottom right of the submission details.

Submissões

Fila 1 Arquivos Ajuda

Minhas Submissões Designadas [Nova Submissão](#)

212276 **Simoni et al.** Avaliação 1/4

DOR AGUDA PÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO EM HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

1/4	Avaliações completadas
0	Revisões enviadas
0	Discussões abertas

Última atividade registrada em quinta-feira, 28 de setembro de 2023.

[Ver Submissão](#)