



CURSO DE MEDICINA

SAMARA TEIXEIRA ANDRADE

**PERFIL DE DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
EM UM SERVIÇO PARTICULAR EM SALVADOR – BAHIA. 2022**

SALVADOR

2022

Samara Teixeira Andrade

**PERFIL DE DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
EM UM SERVIÇO PARTICULAR EM SALVADOR – BAHIA. 2022**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no quarto ano do curso.

Orientadora: Dra. Mariana Coelho Silveira

Salvador

2022

RESUMO

INTRODUÇÃO: A histeroscopia é o exame considerado padrão ouro para analisar a cavidade uterina através da visualização interna do útero por meio do histeroscópio, contudo quando se trata da histeroscopia cirúrgica, muitas pacientes referem muita dor após o procedimento. Diante desse fato, faz-se necessário estudos que colaborem com iniciativas que tenham o intuito de diminuir essa dor no pós-operatório das pacientes. **OBJETIVO:** Analisar o perfil de dor no pós-operatório de histeroscopia cirúrgica em um serviço particular em Salvador – Bahia de janeiro-março/2022. **METODOLOGIA:** Estudo observacional transversal descritivo com dados primários, realizado em um Hospital particular em Salvador - Bahia no período de abril a agosto de 2022, aplicando-se um formulário após a histeroscopia cirúrgica, o qual constava a idade, paridade, finalidade da histeroscopia, se houve ou não necessidade de dilatação, material utilizado para o procedimento, tipo de anestesia e qual anestésico usado, duração do procedimento, grau da dor e se houve necessidade de analgesia após o procedimento, caso tivesse tido qual substância havia sido utilizada. Esse questionário serviu de instrumento para avaliar a dor pós-operatória das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica. **RESULTADOS:** Após a aplicação dos formulários em 30 pacientes, constatou-se que em relação a paridade, 31 (70%) estavam na faixa etária dos 30 aos 49 anos, 13 eram nulíparas (G0P0A0) (43,33%), 9 (30%) tinha como finalidade a biópsia, 22 (70%) não tiveram necessidade de dilatação do colo uterino, 13 (43,33%) utilizaram a camisa diagnóstica 4mm, todas foram submetidas a anestesia combinada em relação ao tipo de anestesia, apenas 3 (10%) apresentaram dor do tipo moderada, somente 2 pacientes tiveram necessidade de analgesia (6,66%). **CONCLUSÃO:** A utilização de métodos anestésicos associados, sedação e anestesia local com ropivacaína, parece desempenhar um papel importante na diminuição da dor no pós-operatório de histeroscopia cirúrgica das pacientes.

Palavras-chave: Histeroscopia cirúrgica. Dor pós-operatória. Anestesia. Bloqueio paracervical.

ABSTRACT

BACKGROUND: Hysteroscopy is considered your gold standard examination for the uterus considered through internal visualization of the uterus, When it comes to the mixed hysteroscopy means, many patients refer to many after surgery. Given this fact, studies that collaborate with initiatives that aim to reduce this problem in the patients postoperative period are necessary. **OBJECTIVE:** To analyze the postoperative pain profile of surgical hysteroscopy in a private service in Salvador – Bahia from January-March/2022. **METHODOLOGY:** Cross-sectional descriptive observational study with primary data, carried out in a private hospital in Salvador - Bahia from April to August 2022, applying a form after surgical hysteroscopy, which included age, parity, purpose of hysteroscopy, if any or not need for dilation, material used for the procedure, type of anesthesia and which anesthetic used, duration of the procedure, degree of pain and whether there was a need for analgesia after the procedure, if there had been which substance had been used. This questionnaire served as an instrument to assess postoperative pain in patients undergoing surgical hysteroscopy. **RESULTS:** After applying the forms to 30 patients, it was found that in terms of parity, 31 (70%) were aged between 30 and 49 years, 13 were nulliparous (G0P0A0) (43.33%), 9 (30%) had the purpose of biopsy, 22 (70%) had no need for cervical dilation, 13 (43.33%) used a 4mm diagnostic shirt, all underwent combined anesthesia in relation to the type of anesthesia, only 3 (10%) had moderate pain, only 2 patients needed analgesia (6.66%). **CONCLUSION:** The use of associated anesthetic methods, sedation and local anesthesia with ropivacaine, seems to play an important role in reducing patients' postoperative pain after surgical hysteroscopy.

Keywords: Surgical hysteroscopy. Postoperative pain. Anesthesia. Paracervical block.

Sumário

1. Introdução	3
2. Objetivos	6
2.1 Objetivo Primário	6
2.2 Objetivos Secundários	6
3. Revisão de Literatura	7
4. Metodologia	10
5. Resultados	12
6. Discussão	16
7. Conclusão	20
Referências	21
Apêndice	24
Anexo	25

1. INTRODUÇÃO:

A histeroscopia é o exame considerado padrão ouro para analisar a cavidade uterina através da visualização interna do útero por meio do histeroscópio e possui uma técnica minimamente invasiva. Pode ser realizada em ambiente ambulatorial ou hospitalar, a depender de como será realizado o procedimento. Além de diagnóstica (HD) a histeroscopia pode ser cirúrgica (HC). A HD é realizada para avaliar possíveis alterações observadas em outros exames, como na ultrassonografia. Já a HC contribui para a possibilidade da resolução do processo patológico, como polipectomia, miomectomia, lise de sinéquias, retirada de corpo estranho, entre outros¹.

Se não fosse a histeroscopia, cerca de 58% dos pólipos endometriais, 50% dos casos de hiperplasia, 30% das lesões focais e 11% dos cânceres poderiam passar despercebidos através dos métodos de diagnósticos cegos, como a aspiração manual a vácuo (AMV) ou a curetagem. Contudo, apesar de ser considerado um procedimento simples e bem tolerado pelas pacientes, entre 5 e 15% podem apresentar dor de intensidade forte a moderada, e cerca de 5% apresentarão insucesso no acesso à cavidade uterina, tendo como principais causas dessa situação a dor ou as estenoses cervicais².

Fisiologicamente, o útero é inervado pelos plexos uterovaginais e hipogástrio superior, por fibras aferentes viscerais gerais sensitivas e eferentes viscerais gerais motoras. É um órgão insensível a maioria dos estímulos, contudo a dor é normalmente percebida em procedimentos como pinçamento do colo uterino e dilatação cervical³. Dada a importância da inervação desse órgão no planejamento cirúrgico, surgem estudos com o intuito de melhorar o conforto durante esse procedimento. Inclusive porque, tem-se, às vezes, a necessidade de distensão do útero, seja por meio de dióxido de carbono (CO₂) ou soluto fisiológico⁴, a fim de aumentar e melhorar a visualização, resultando em maior dor pós-operatório nas pacientes. Ademais, as situações de estenose cervical também podem resultar nesse desfecho⁴. Logo, apesar de ser um exame de bastante aceitação médica, se faz necessário saber o quanto as pacientes

toleram o procedimento, já que a sua principal limitação é o fato de ser um exame que pode causar dor e desconforto⁵.

Classicamente, a anestesia regional (raquianestesia ou peridural) com sedação leve é estratégia anestésica mais indicada para a realização de histeroscopia cirúrgica, principalmente devido a possibilidade de monitorização do nível de consciência, importante para a detecção precoce de complicações associadas aos meios de distensão (edema cerebral)⁶. Entretanto, grande parte das histeroscopias cirúrgicas hoje ocorrem sob anestesia geral⁷ ou sedação. Isso se dá pela popularização da realização destes procedimentos em ambiente de hospital-dia e pela possibilidade de alta precoce que estas técnicas proporcionam.

É bem conhecido que a anestesia geral e a sedação, apesar de garantirem a realização do procedimento, são menos eficazes em promover analgesia pós-operatória se comparadas às técnicas anestésicas regionais⁸, não sendo incomum algumas pacientes experimentarem dor importante no pós-operatório imediato, inclusive com necessidade de uso de analgésicos venosos, como opioides. No intuito de tentar diminuir ou evitar essa dor imediata, diversas técnicas podem ser utilizadas, como infiltração paracervical ou intracervical de anestésicos locais (lidocaína, mepivacaína, ropivacaína, etc), uso de anestésico tópico na superfície do endométrio na cavidade uterina ou no colo uterino, ou até mesmo anestesia oral para alívio da dor durante e após o procedimento⁹. Apesar de utilizada com frequência na prática clínica, essa conduta ainda não está respaldada em evidência científica de qualidade que comprovem sua eficácia¹⁰, sendo seu uso ainda controverso.

No serviço a ser avaliado, as histeroscopias cirúrgicas são realizadas sob anestesia geral/sedação com bloqueio paracervical com ropivacaína, e desde que essa prática vem sendo adotada sistematicamente, foi observado uma sensível diminuição da dor pós-operatória imediata relatada pela equipe de anestesia, também houve diminuição da quantidade de uso de analgésicos. Desse modo, é importante um estudo mais aprofundado sobre o perfil de dor em pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica

para relacioná-lo com aspectos que podem ou não serem alterados na realização desse exame, em especial o uso de bloqueios anestésicos em associação à anestesia geral ou sedação, para que assim, seja possível encontrar meios que resultem em menor dor pós-operatória e segurança para muitas mulheres. Além disso, há poucos artigos, ou conteúdos nas literaturas com estudos que possuam essa finalidade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL Analisar o perfil de dor no pós-operatório de histeroscopia cirúrgica em um serviço particular em Salvador – Bahia de janeiro-março/2022.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar questões clínicas e tipo de material utilizado para a histeroscopia;
- Descrever a finalidade da histeroscopia (biópsia; polipectomia; miomectomia; ablação endometrial; outros);
- Avaliar a dor operatória;
- Verificar necessidade de analgésicos no pós-operatório imediato de histeroscopias cirúrgicas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A histeroscopia fornece visão ampliada da vagina, canal cervical, endométrio e óstios tubários, além de ter uma maior fidelidade em obter dados em relação aos exames indiretos como a ultrassonografia ou histerossalpingografia. Atualmente, é considerada método de excelência, padrão ouro no estudo das lesões intracavitárias uterinas¹. O primeiro relato de visão da cavidade uterina foi em uma paciente com sangramento pós-menopausa e foi realizado por um médico em 1869. No decorrer dos anos essa técnica vem sendo aprimorada para obtenção de resultados mais aperfeiçoados de exames e/ou procedimentos¹¹.

O procedimento pode ser realizado de modo ambulatorial ou em regime hospitalar. A evolução tecnológica e instrumental juntamente com o conhecimento e treinamento do médico, tornou possível que muitos procedimentos cirúrgicos fossem realizados ambulatorialmente, diminuindo a necessidade de internação hospitalar e anestesia. Isso possibilita um retorno rápido das pacientes às suas atividades pessoais e profissionais, além de possibilitar um menor custo para o sistema de saúde^{1,12}.

A histeroscopia diagnóstica que se limitava a simples visualização da cavidade uterina evoluiu para histeroscopia ambulatorial cirúrgica ou operatória, mas também existe a histeroscopia hospitalar a qual é indicada às pacientes que precisam ser anestesiadas devido ao baixo limiar a dor e aquelas que o tamanho ou a base da lesão não permitam a cirurgia ambulatorial¹.

Por ser um procedimento que causa muita dor e desconforto para as pacientes vários métodos de anestesia já foram descritos, incluindo injeções paracervicais de anestésico local combinadas com sedação e anestesia geral. É fundamental que se tenha o controle da dor pós-operatória para a alta precoce após a cirurgia. Porém, ainda não existe consenso sobre a escolha das formas de anestesia¹².

Em uma Revisão feita pela Cochrane em 2013 foi abordado que não tem evidência fazer bloqueio paracervical para solucionar a dor durante e após o procedimento, entretanto, os estudos que foram analisados nessa revisão eram estaticamente heterogêneos demais para serem somados¹⁰.

Para a realização da histeroscopia cirúrgica existem vários métodos de anestesia descritos para minimizar a dor durante e após o procedimento. Pode ser utilizado a anestesia geral, sedação intravenosa (IV) e anestesia local, sendo a mais comum nesse meio a do tipo bloqueio paracervical. Sendo que, normalmente, essa última é utilizada em conjunto com alguma das duas primeiras¹².

A anestesia geral é utilizada em alguns tratamentos em centros cirúrgicos, como por exemplo para casos de miomectomias de miomas submucosos com componentes intramurais, polipectomias endometriais múltiplas, retirada de pólipos com bases largas, casos de ablações endometriais e outras doenças que necessite de maior tempo operatório ou para pacientes com morbidades¹. Na anestesia geral são usadas substâncias como midazolam, propofol, lipuro e fentanil, remifentanil^{12,13}. Uma das grandes desvantagens das histeroscopias sem anestesia é que o falso peritônio ou a perfuração causam muita dor à paciente¹.

Na sedação intravenosa normalmente utilizada, o nível de sedação é considerado como sedação consciente ou profunda¹³. As drogas normalmente utilizadas para realizar a sedação são as mesmas aplicadas para a anestesia, alterando apenas a dosagem das substâncias¹².

O bloqueio paracervical é considerado atualmente como um dos pilares da anestesia local ginecológica¹⁴. O anestésico é injetado ao redor do colo uterino para anestesiar os nervos próximos, bloqueando a inervação do cérvix e útero¹³. Contudo, há estudos que relatam uma possível ineficiência desse bloqueio quando há necessidade de manipulação do fundo uterino, visto que existem vias neurais adicionais externas ao suprimento paracervical os quais inervam essa região¹⁴. A inervação do colo uterino e parte inferior do corpo do útero se origina das fibras parassimpáticas S2 a S4 (plexo Frankenhäuser) e a inervação do fundo do útero e a outra parte da inervação da parte inferior do corpo do útero se origina nas fibras simpáticas de T10 a L1 por meio do nervo hipogástrico inferior e do plexo ovariano¹⁰. Além disso, apesar de muito utilizado para intervenções uterinas, há outras controvérsias sobre sua eficácia e segurança¹³. Porém, vários estudos indicam esse bloqueio como desnecessário e ineficaz apenas em relação ao seu uso em histeroscopias diagnósticas e poucos investigaram sobre a histeroscopia cirúrgica¹⁴.

A droga mais comumente utilizada para realização do bloqueio paracervical é a lidocaína¹³, mas também se utiliza a mepivacaína e ropivacaína. Entretanto, efeitos colaterais da lidocaína como: dormência, formigamento, zumbido nos ouvidos, são efeitos relatados em algumas pesquisas¹⁵, fazendo a necessidade de repensar sobre o uso dessa substância de maneira indiscriminada e sem maiores estudos.

Um dos pontos positivos em relação a utilização da injeção paracervical é o melhor controle da dor do que os outros métodos durante a histeroscopia¹⁶. Ademais, a combinação do bloqueio paracervical com sedação diminui o tempo do início da cirurgia até a alta das pacientes¹². Além disso, alguns estudos já revelaram que o bloqueio paracervical associado à sedação intravenosa podem substituir a anestesia geral¹³. Alguns estudos apontam que a anestesia local é eficaz não somente para a redução da dor durante o procedimento, mas também após a realização desse ¹⁵. Outrossim, como indicado em muitos estudos, para que haja uma alta precoce é fundamental o controle eficaz dessa dor pós-operatória¹².

4. METODOLOGIA

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional transversal descritivo com dados primários.

4.1.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital privado que atende várias especialidades, dentre essas, cirúrgicas, realizando cirurgias todos os dias, dentre essas muitas são cirurgias ginecológicas, situado em Salvador - Bahia. O período do estudo foi de abril a agosto de 2022.

4.1.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pacientes assistidas na referida unidade hospitalar, submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Crítérios de inclusão: Pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Crítérios de exclusão: Paciente com idade inferior a 18 anos.

Amostra: Amostra de conveniência.

4.1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

As pacientes foram convidadas a participar do estudo no centro cirúrgico, antes do início do procedimento, explicando os objetivos, riscos, benefícios e deixando claro que não haveria nenhum tipo de compensação financeira para participar da pesquisa e em caso de ocorrência de danos comprovadamente provocados pela mesma, ela seria indenizada ou ressarcida. Após o consentimento da paciente, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso fosse analfabeta, alguém leu para ela e ao final ela assinou ou coloca a digital, no consentimento de participar da pesquisa.

Após a realização do procedimento, no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA), foi aplicado o formulário.

4.1.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário contendo a finalidade da histeroscopia (biópsia, realização de polipectomia, miomectomia, ablação endometrial, outros); se houve necessidade ou não de dilatação e qual o material utilizado; qual o tipo de anestesia; se foi realizado bloqueio paracervical; duração do procedimento; grau de dor após o procedimento (escala 0-10); se houve necessidade do uso de analgésico no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA).

4.1.6. VARIÁVEIS EM SAÚDE

Idade (anos ou faixa etária); paridade – considerando a gravidez, parto e aborto – GPA (resposta aberta); finalidade da histeroscopia (biópsia, polipectomia, miomectomia, ablação endometrial, e outros); dilatação do colo uterino (sim e não); material utilizado para a histeroscopia (resposta aberta); qual foi o tipo de anestesia (resposta aberta); uso de bloqueio paracervical (sim e não), se sim qual a substância utilizada (resposta aberta); duração do procedimento (minutos); intensidade da dor entre 30 e 60 minutos após o procedimento (escala de 0 a 10); necessidade de analgésico no pós-operatório no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA) (sim e não), qual foi utilizado e quantas horas após o procedimento (resposta aberta).

4.1.7. PLANO DE ANÁLISE

As variáveis qualitativas e as quantitativas foram analisadas pelos valores absolutos e percentuais. Por fim, foi feito uma análise descritiva dos resultados obtidos.

4.1.8. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao CEP do São Rafael atendendo a todas as normas e resoluções do Conselho de Ética e Pesquisa e aprovado com o Parecer Consubstanciado de nº 5.362.799 em 22/04/2022. A coleta de dados somente se iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética dessa instituição. Será mantido toda a privacidade das pacientes que decidirem assinar o Termo de Consentimento, além de ser assegurado às que não concordarem em assinar, sobre possuírem a mesma qualidade de atendimento.

5. RESULTADOS

Nesse estudo foram identificadas 30 mulheres submetidas a histeroscopia cirúrgicas, cuja faixa etária variou de 18 a 70 anos, sendo seis (20,00%) na faixa etária de 18 – 29 anos, 21 (70,00%) de 30 – 49 anos e três (10,00%) de 50 – 69 anos (Tabela 1).

Em relação a paridade, 13 (43,33%) pacientes estavam no grupo de gravidez, parto e aborto zero (G0P0A0), quatro (13,33%) como gravidez três, parto dois e aborto um (G3P2A1) e três (10,0%) como uma gravidez, parto um e aborto zero (G1P1A0), e gravidez dois, parto dois e aborto zero (G2P2A0) e uma (3,33%) em cada uma das situações: gravidez um, parto zero e aborto um (G1P0A1), como gravidez dois, parto um e aborto um (G2P1A1), gravidez três, parto três e aborto zero (G3P3A0), gravidez cinco, parto cinco e aborto zero (G5P5A0) e outra não descrito (Tabela 1).

Tabela 1. Número e percentual de mulheres submetidas a histeroscopias segundo faixa etária e paridade. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
18 - 29	6	20,00
30 - 49	21	70,00
50 - 69	3	10,00
Paridade		
G0P0A0	13	43,33
G1P1A0	3	10,00
G1P0A1	1	3,33
G1P2A0	1	3,33
G2P2A0	3	10,00
G2P1A1	1	3,33
G3P3A0	1	3,33
G3P2A1	4	13,33
G3P1A1	1	3,33
G5P5A0	1	3,33
Não descrito	1	3,33
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

A respeito da finalidade do procedimento, nove (30,00%) biópsia, três (10,00%) miomectomia, duas (6,67%) ablação endometrial e cinco (16,67%) polipectomia e 11 (36,67%) foram da opção outros, dentre estas: lise de sinequias, investigação para infertilidade e colocação de DIU (Tabela 2).

Tabela 2. Número e percentual de mulheres submetidas a histeroscopias segundo finalidade. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Finalidade da histeroscopia	n	%
Biópsia	9	30,00
Miomectomia	3	10,00
Ablação endometrial	2	6,67
Polipectomia	5	16,67
Outros	11	36,67
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

Das 30 mulheres apenas oito (30,0%) tiveram necessidade de dilatação do colo uterino (Tabela 3).

Tabela 3. Número e percentual de mulheres submetidas a histeroscopias segundo necessidade de dilatação do colo uterino. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Dilatação de colo	n	%
Sim	8	30,00
Não	22	70,00
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

No que tange ao material utilizado para a realização de histeroscopia tem-se que a a Camisa diagnóstica 4mm foi utilizado em 13 (43,33%), Set de Bettocchi foi usado no procedimento de seis (20,0%), o Ressectoscópio de Gubbini 26 Fr em quatro (13,33%) pacientes e uma (3,33%) em cada: Ressectoscópio de Guggini 16 Fr, 14 Fr e 22 Fr e quatro (13,33%) foi ignorado (Tabela 4).

Tabela 4. Número e percentual de mulheres relacionando ao tipo de material utilizado para a realização das histeroscopias. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Material para histeroscopia	n	%
Camisa Diagnóstica 4 mm	13	43,33
Set de Bettocchi	6	20,00
Ressectoscópio 26 Fr	4	13,33
Ressectoscópio 16 Fr	1	3,33
Ressectoscópio 22 Fr	1	3,33
Ressectoscópio 14 Fr	1	3,33
Ignorado	4	13,33
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

Acerca do método anestésico utilizado, foi constatado que todas as pacientes foram submetidas a anestesia combinada, assim como utilizaram bloqueio paracervical com o uso de ropivacaína como anestésico.

A respeito da duração do procedimento, foi constatado que 12 (40,00%) levaram de 16 a 25 minutos, seis (20,00%) de 26 a 35, três de 36 a 45 e três (10,00%) foi ignorado (Tabela 5).

Tabela 5. Número e percentual de mulheres segundo a duração da histeroscopia cirúrgica. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Duração do procedimento	n	%
5 – 15	6	20,00
16 – 25	12	40,00
26 – 35	6	20,00
36 – 45	3	10,00
Ignorado	3	10,00
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

Em relação a dor referida por essas pacientes, 27 (90,00%) relataram sentir dor leve (0 a 4) no intervalo de 30-60 minutos pós a histeroscopia, três (10,00%) grau da dor considerada moderada (5 a 7). Nenhuma paciente referiu grau da dor considerada forte (8 a 10) (Tabela 6).

Tabela 6. Número e percentual de mulheres que referiram dor, no intervalo de 30-60 minutos, pós histeroscopia segundo intensidade. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Grau da dor	n	%
Leve (0 a 4)	27	90,00
Moderada (5 a 7)	3	10,00
Forte (8 a 10)	0	0,00
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

Já em relação a necessidade de analgesia pós histeroscopia, apenas duas (6,66%) precisou do uso de analgésico após os procedimentos (Tabela 7), uma delas utilizou novalgina associada a cetoprofeno e a outra foi ignorado.

Tabela 7. Número e percentual de mulheres que necessitaram de analgesia pós histeroscopia. Salvador - Bahia. Abril a julho de 2022.

Necessidade de analgesia	n	%
Sim	2	6,66
Não	28	93,33
Total	30	100,00

Fonte: Setor de Ginecologia do HSR

6. DISCUSSÃO

A dor e desconforto no pós-operatório em histeroscopia cirúrgica é a maior limitação desse procedimento⁵. Por isso, tradicionalmente se utilizava anestesia geral para a realização da técnica, mas cada vez mais tem-se utilizado a anestesia local com o intuito de diminuir o tempo de recuperação após o exame, permitindo que a mulher retorne para as suas atividades diárias de forma mais rápida, além de ser menos custosa para o sistema de saúde^{7,12}.

Das pacientes submetidas ao estudo, somente 10% das pacientes referiram dor no pós-operatório imediato, e nenhuma paciente referiu dor de forte intensidade (grau da dor >8). Somente duas pacientes necessitaram de analgesia de resgate. Esse número é menor do que o percentual de dor referida por outros estudos que avaliaram fatores de risco associados a dor e histeroscopia. Fonseca et al. (2014)¹⁷ reportou 32% de dor inaceitável na escala visual de analgesia (EVA >7), enquanto Mazzon et al. (2014)¹⁸ e Cicinelli et al. (2007)¹⁹ reportaram 22% e 34,9% de pacientes com dor durante a realização do procedimento. Esses percentuais são bem maiores do que os obtidos neste estudo, entretanto os três estudos foram realizados com pacientes submetidas a histeroscopias ambulatoriais. Nos estudos realizados com pacientes internadas, não foi descrito o percentual de pacientes que tiveram dor após o procedimento.

Vários estudos já tentaram correlacionar quais fatores estariam associados a um maior risco de ter dor durante ou após o procedimento. Fatores como experiência do cirurgião, tempo de duração da histeroscopia, história de dismenorreia, dispareunia e dor pélvica crônica, além de idade, paridade, estenose de canal cervical e status menopausal já foram associados a maior risco de dor durante a realização do procedimento^{17,18,19}. Em relação à técnica operatória em si, foi constatado que equipamentos de maiores dimensões e uso de energia durante o procedimento parecem estar associados à maior incidência de dor^{20,21}. A necessidade de dilatação cervical não é muito bem descrita na maioria dos estudos, porém sua relação com o uso de aparelhos de maior diâmetro e o fato deste ser sabidamente um procedimento

doloroso, o coloca como potencial fator de risco para maior percepção de dor no pós-operatório²⁰.

Neste estudo a maior parte (70%) das pacientes possuíam idade entre 30 e 49 anos. De acordo com Mazzon et al. (2014)¹⁸ a idade é diretamente proporcional a dor, então quanto mais avançada a idade, mais dor é referida pela paciente. Em contrapartida, ainda segundo este mesmo estudo, a paridade é inversamente proporcional a dor, como neste estudo constatou-se que a maioria era nulípara (G0P0A0) podia ser esperado uma maior coleta de índice de dor após o procedimento.

Acerca do material utilizado, constatou-se que a Camisa Diagnóstica 4 mm foi o mais utilizado seguido do Set de Bettocchi e Ressectoscópio 26 Fr, ou seja, optou-se por instrumentos mais finos como primeira opção, principalmente nas histeroscopias para biópsia e quando não se podiam ser utilizados optavam pelos menos finos. No estudo de Cetini et al. (2015)²² as histeroscopias foram realizadas em um Hospital na Itália e foi constatado que o histeroscópio monopolar Karl Storz 26 canais foi o mais utilizado, já que a maioria dos procedimentos. Por sua vez, em Asgari et al. (2017)²³ os mais utilizados foram o histeroscópio Hamou de 2,9 mm e a bainha de diagnóstico de 4 mm. A escolha do material é de cunho pessoal do cirurgião, contudo alguns estudos como o De Silva et al. (2021)²⁰ evidenciaram o fato da escolha por aparelhos menores estar associada a menor dor.

Somente oito pacientes que participaram do estudo tiveram necessidade de dilatação do colo uterino. Isso é compatível com o tipo de material utilizado para realizar a histeroscopia, visto que os histeroscópios mais utilizados eram de calibre compatível a não necessidade de se ter orifícios grandes para a introdução na cavidade uterina. Há sempre a preferência por uso de aparelhos menores, já que muitos estudos como o de De Silva et al. (2021) identificaram que a dor diminuía a depender do calibre do aparelho. Logo, a utilização de materiais com menores diâmetros podem estar relacionados a baixíssima prevalência de dor no pós-operatório.

No presente estudo todas as pacientes utilizaram a ropivacaína como anestésico no bloqueio paracervical, já no estudo de Asgari et al. (2017)²³ utilizou-se apenas a lidocaína enquanto no de Cetini et al. (2015)²² utilizou a lidocaína associada a mepivacaína. A ropivacaína é a substância de escolha no serviço estudado, visto que existem vários estudos como o de Valdivia et al. (2010)²⁴ que abordam o fato dessa ter maior tempo de ação que a lidocaína, e menor toxicidade em relação à bupivacaína, que são anestésicos mais utilizados.

Diferentemente do encontrado por Asgari et al. (2017)²³ no qual foi utilizado o bloqueio paracervical e a sedação de forma singular, neste estudo 90,00% das pacientes relataram dor leve (0 a 4), sendo que dessas a maioria relatou não ter sentido dor nenhuma após o procedimento. Portanto, é possível que a combinação de técnicas tenha repercutido em menos dor, o que gerou menos necessidade de analgesia no pós-histeroscopia.

Dentre as oito pacientes que referiram dor, observou-se que a maioria foi com a finalidade de biópsia, seguida pela finalidade de outros, mais precisamente para a colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU). Além disso, a maioria dessas pacientes tiveram o procedimento sendo realizado em 20 minutos. Já em relação ao material utilizado para na histeroscopia, tem-se que a Camisa Diagnóstica 4 mm foi a mais usada nessas pacientes. Somente uma dessas solicitou o uso de analgésico no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA). Isso ratifica o fato trazido por Cicinelli et al. (2007)¹⁹ de que a dilatação do colo é um dos fatores cruciais associados à dor no pós-operatório dessas pacientes, além disso há outros aspectos que influenciam, mas não foram avaliados neste estudo, como a pressão de distensão da cavidade. Contudo, sabe-se que a dor é algo subjetivo, então além de todas essas questões, ainda deve-se levar em consideração a questão de que foi analisado algo que é singular e único na vivência de cada uma das pacientes.

Apenas duas das trinta pacientes tiveram necessidade de uso de analgesia após o procedimento, sendo que uma dessas havia referido grau 0 para a dor. Isso corrobora

com a observação feita em Cetini et al. (2015)²² ao comparar o uso de analgesia em um grupo que utilizou anestesia combinada (bloqueio paracervical e sedação) que foi de 6,6% com um grupo de anestesia geral que foi de 21,4%. Esse acontecimento valida ainda mais o fato observado pelos especialistas do hospital onde foi realizado a pesquisa, de que após a sistematização da anestesia do tipo associada, houve uma queda na necessidade de analgésicos após o procedimento.

Este é um estudo observacional descritivo sem análise estatística mais robustas, e, também, devido a questões particulares pós pandemia, não foi possível alcançar o tamanho amostral pretendido. Apesar do desenho do estudo não ser o ideal para confirmação da associação dos fatores analisados com a desfecho principal, esses dados apontam para uma baixíssima frequência de dor pós-operatória, sendo possível que esta esteja relacionada ao uso universal do bloqueio paracervical utilizado neste serviço. Entretanto, há necessidade da realização de estudos controlados com tamanho amostral maiores para que seja possível a determinação do papel do bloqueio cervical, juntamente com outros fatores associados a dor.

7. CONCLUSÃO

A utilização de métodos anestésicos associados (sedação e anestesia local com ropivacaína) e materiais de menores calibres parece desempenhar um papel notável na diminuição da dor no pós-operatório das pacientes. Este estudo foi importante para levantar mais uma hipótese assim como alguns outros que tinham como intuito encontrar mecanismos para diminuir a dor e aumentar o conforto pós-histeroscopia cirúrgica nas pacientes.

Outrossim, seria interessante a realização de ensaios clínicos randomizados para investigar o papel real do bloqueio paracervical juntamente com outros fatores estudados na dor pós histeroscopia cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Lasmar, R.; Lasmar, B.; Zagury, D.; Pillar, C. Histeroscopia. In: Lasmar, R.; Bruno, R; Santos, R.; Lasmar B. Tratado de ginecologia. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2017. 553–564.
2. Rodríguez J L G, Velando L E E, Suarez M V, Battistini M A, Catanzaro C B, Pancorvo R B BHC. Vaginhoscopia, diagnóstico y tratamiento de las patologías endometriales en consultorio [Internet]. Vol. v.67, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2021 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2303>
3. Damásio, L.; Costa, P.; Nunes, J.; Silva, H. Anatomia das mamas e dos órgãos genitais femininos. In: Fernandes, C.; Sá, M.; Silva A. Tratado de ginecologia Febrasgo. 1. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2019. 1–10.
4. Associação de Ginecologistas e obstetras de Minas Gerais. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. Vol. 2, Associação de Ginecologia e obstetras de Minas Gerais. Brasília: Luan Comunicação; 2017. 869–896.
5. Diniz D, Depes D, Santos A, David S, Yatabe R LR. Evaluation of pain in outpatient diagnostic hysteroscopy with gas [Internet]. Vol. v. 8, Einstein (São Paulo). 2010 [cited 2021 Jun 22]. p. 24–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1342>
6. Costa, G.; Chaves, C. Anestesia na histeroscopia. In: Lasmar, R.; Lasmar B. Histeroscopia: Técnica & Arte. 1. Ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2021. 255–276
7. Harrison R, Kuteesa W, Kapila A, Little M, Gandhi W, Ravidran D, van Reekum CM ST. Pain-free day surgery? Evaluating pain and pain assessment during hysteroscopy [Internet]. Vol. v. 125, British Journal of Anaesthesia. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2021 Jun 22]. p. e468–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.015>
8. Collins L M. Regional anesthesia for laparoscopy [Internet]. Vol. v. 19, Core Topics in Cardiac Anesthesia, Second Edition. 2012 [cited 2021 Nov 17]. p. 453–7. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0889-8537\(05\)70210-8](https://doi.org/10.1016/S0889-8537(05)70210-8)
9. Hassan L GMJ. Anaesthesia and analgesia for ambulatory hysteroscopic surgery [Internet]. Vol. v. 19, Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2005 [cited 2021 Jun 21]. p. 681–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.06.008>
10. Tangsiriwatthana T, Sangkomkamhang U S, Lumbiganon P LM. Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention [Internet]. Vol. v. 2013, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 [cited 2021 Nov 9]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005056.pub3>

11. Murdoch J A C TJG. Anesthesia for hysteroscopy [Internet]. Vol. v. 19, *Anesthesiology Clinics of North America*. 2001 [cited 2021 Nov 9]. p. 125–40. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0889-8537\(05\)70215-7](https://doi.org/10.1016/S0889-8537(05)70215-7)
12. Brix L D, Thillemann T M NL. Local Anesthesia Combined With Sedation Compared With General Anesthesia for Ambulatory Operative Hysteroscopy: A Randomized Study [Internet]. Vol. v. 31, *Journal of Perianesthesia Nursing*. Elsevier Inc; 2016 [cited 2021 Nov 9]. p. 309–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2015.09.009>
13. Asgari Z, Razavi M, Hosseini R, Nataj M, Rezaeinejad M SM. Evaluation of Paracervical Block and IV Sedation for Pain Management during Hysteroscopic Polypectomy: A Randomized Clinical Trial [Internet]. Vol. v. 2017, *Pain Research and Management*. 2017 [cited 2021 Nov 9]. Available from: <https://doi.org/10.1155/2017/5309408>
14. Chudnoff S, Einstein M LM. Paracervical Block Efficacy in Office Hysteroscopic Sterilization [Internet]. Vol. v. 115, *Obstetrics & Gynecology*. 2010 [cited 2021 Nov 9]. p. 26–34. Available from: <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181c51ace>
15. Silva P M, Carnegy A, Smith P P CTJ. Local anaesthesia for office hysteroscopy: A systematic review & meta-analysis [Internet]. Vol. v. 252, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2020 [cited 2021 Nov 9]. p. 70–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.062>
16. Cooper N A M, Khalid S K CTJ. Local anaesthesia for pain control during outpatient hysteroscopy: Systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. v. 340, *BMJ (Online)*. 2010 [cited 2021 Nov 9]. p. 748. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1130>
17. Fonseca M F, Sessa F V, Resende Jr J A D, Guerra C G S, Jr Andrade C M, Crispi C P. Identifying predictors of unacceptable pain at office hysteroscopy [Internet]. Vol. V. 21, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. Elsevier Ireland Ltd; 2014 [cited 2022 Sep 12]. p. 586-591. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2013.12.118>
18. Mazzon I, Favilli A, Horvath S, Grasso M, Renzo G C D, Laurenti E, Bini V, Gerli S. Pain during diagnostic hysteroscopy: What is the role of the cervical canal? A pilot study [Internet]. Vol. 183, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*; 2014 [cited 2022 Sep 12]. p. 169-173. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.10.045>
19. Cicinelli E, Rossi A, Marinaccio M, Matteo M, Saliani N, Tinelli R. Predictive factors for pain experienced at office fluid minihysteroscopy [Internet]. Vol 14, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*; 2007 [cited 2022 Sep 12]. p. 485-488. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.03.008>
20. De Silva P M, Stevenson H, Smith P P, Clark T J. Pain and Operative Technologies Used in Office Hysteroscopy: A Systematic Review of

- Randomized Controlled Trials [Internet]. Vol. 28, Journal of Minimally Invasive Gynecology; 2021 [cited 2022 Sep 12]. p. 1699-1711. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.05.018>
21. Rullo S, Sorrenti G, Marziali M, Ermini B, Sezti F, Piccione E. Office hysteroscopy: comparison of 2.7-and 4-mm hysteroscopes for acceptability, feasibility and diagnostic accuracy [Internet]. Vol. 50, The Journal of reproductive medicine; 2005. [cited 2022 Sep 12]. p. 45-48. Available from: PMID: 15730173
 22. Cetini G, Calonaci A, Lazzeri L, Tosti C, Palomba C, Puzzutiello R, et al. Parenterally Administered Moderate Sedation and Paracervical Block Versus General Anesthesia for Hysteroscopic Polypectomy: A Pilot Study Comparing Postoperative Outcomes [Internet]. Vol. 22, Journal of Minimally Invasive Gynecology; 2015. [cited 2022 Sep 13]. p. 193-198. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2014.09.008>
 23. Asgari Z, Razavi M, Hosseini R, Nataj M, Rezainejad M, Sepidarkish M. Evaluation of Paracervical Block and IV Sedation for Pain Management during Hysteroscopic Polypectomy: A Randomized Clinical Trial [Internet]. Vol. 2017, Pain Research and Management; 2017. [cited 2022 Sep 13]. p. 1-8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2017/5309408>
 24. Valdivia C, Juárez J C. Actualización sobre fármacos anestésicos locales [Internet]. Vol. 22, Generalitat de Catalunya Department de Salut; 2010. [cited 2022 Sep 14]. p. 1579-9441. Available from: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2250/spbit.htm>

APÊNDICE**FORMULÁRIO PÓS-HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA****Identificação:**

Idade: _____

Paridade: _____

Finalidade da histeroscopia: Biópsia Polipectomia Miomectomia Ablação Endometrial Outros: _____**Houve necessidade de dilatação?** Não Sim

Material utilizado para a histeroscopia? _____

Qual foi o tipo de anestesia? _____**Usou bloqueio paracervical?** Não Sim

Se "Sim", qual substância utilizada no bloqueio paracervical? _____

Duração do procedimento: _____**Grau de dor após 30 - 60 minutos do procedimento:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10**Houve necessidade do uso de analgésico no Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA)?** Não Sim

Se "Sim", analgésico foi ingerido quantas horas após o procedimento? _____

Qual analgésico foi utilizado? _____

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



HOSPITAL SÃO RAFAEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL DE DOR NO PÓS OPERATÓRIO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA EM UM SERVIÇO PARTICULAR EM SALVADOR - BA

Pesquisador: MARIANA COELHO SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55977422.5.0000.0048

Instituição Proponente: HOSPITAL SAO RAFAEL LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.362.799

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas do Projeto, conforme arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1924951_E1.pdf" de 12/04/2022.

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos em relação ao protocolo anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos em relação ao protocolo anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentação de emenda em carta endereçada a este CEP, na data de 12/04/2022, conforme arquivo "Carta_mudanca.pdf".

Trata-se de alterações no formulário do estudo. A pesquisadora justifica que as mudanças foram realizadas para melhorar a aplicabilidade na coleta de informações dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Av. São Rafael, nº 2152 - 6º andar		CEP: 41.253-190
Bairro: São Marcos		
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3281-6484	Fax: (71)3281-6484	E-mail: cep@hsr.com.br



HOSPITAL SÃO RAFAEL



Continuação do Parecer: 5.362.799

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado acata parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_192495_1_E1.pdf	12/04/2022 08:07:32		Aceito
Outros	FORMULARIO_ANTIGO.docx	12/04/2022 08:05:51	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	Formularionovo.docx	12/04/2022 08:05:17	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	Carta_mudanca.pdf	12/04/2022 07:40:14	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.docx	22/02/2022 14:28:57	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/02/2022 14:26:42	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	DeclaracaoVinculo.PDF	17/02/2022 15:49:54	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	CartadeInfraestrutura.PDF	17/02/2022 15:43:53	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	DeclaracaoConfidencialidade.pdf	15/02/2022 09:48:41	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	TermoCompromisso.pdf	15/02/2022 09:45:35	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	TermoUsodeDados.pdf	15/02/2022 09:41:13	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	TermodeCompromissoparacusto.pdf	15/02/2022 09:38:06	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	11/02/2022 14:01:24	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Outros	PARECER_DE_APROVACAO.pdf	11/02/2022 13:57:29	SAMARA TEIXEIRA ANDRADE	Aceito
Declaração de concordância	Carta_anuencia.PDF	08/02/2022 08:11:19	MARIANA COELHO SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Histeroscopia.pdf	08/02/2022 07:54:55	MARIANA COELHO SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. São Rafael, nº 2152 - 6º andar
 Bairro: São Marcos CEP: 41.253-190
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6484 E-mail: cep@hsr.com.br



HOSPITAL SÃO RAFAEL



Continuação do Parecer: 5.362.799

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Abril de 2022

Assinado por:
Lucas de Oliveira Vieira
(Coordenador(a))