

Dor pós-operatória em pacientes submetidos à craniotomia eletiva*

Postoperative pain in patients submitted to elective craniotomy

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹, Carlos Umberto Pereira², Ana Maria Calil Sallum³, Paulo Ricardo Saquete Martins-Filho⁴, Mariangela da Silva Nunes⁵, Maria Betânia Trindade Carvalho⁶

* Recebido do Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é uma experiência subjetiva e multidimensional, comum em pacientes submetidos a operações. Os objetivos do estudo foram identificar a intensidade e verificar o registro da dor em prontuário, de pacientes submetidos à craniotomia eletiva.

MÉTODO: Estudo descritivo, quantitativo. Foram estudados 100 pacientes submetidos à craniotomia. As variáveis pesquisadas foram idade, sexo, tipo de operação, presença e intensidade da dor, registro da dor e uso de analgésicos no pós-operatório. Realizou-se a análise descritiva das variáveis estudadas, utilizando-se medidas de tendência central, dispersão e análise de proporções.

RESULTADOS: Os dados deste estudo demonstram

que 59% dos pacientes submetidos à craniotomia eram do sexo feminino, com média de idade $44,6 \pm 14,5$ anos, 57% eram solteiros, e tiveram uma média de internação na unidade de terapia intensiva (UTI) e no hospital de $2,8 \pm 2,4$ e $21,8 \pm 16,9$ dias, respectivamente. Em 55% dos casos o diagnóstico médico foi de tumor cerebral, e o tipo de operação foi supratentorial em 90% dos pacientes. A cefaleia foi a principal queixa no pós-operatório, classificada na maioria das vezes como moderada, do tipo contínua. A maioria dos pacientes não recebeu qualquer tipo de medicação analgésica. Na maior parte dos prontuários não havia registro da dor pela equipe de saúde.

CONCLUSÃO: Os dados demonstram a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais da saúde para o tratamento e a avaliação da dor de maneira sistemática.

Descritores: Analgesia, Craniotomia, Dor, Medição da dor.

1. Enfermeira; Mestre em Ciências da Saúde; Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, SE, Brasil.

2. Médico; Doutor em Medicina; Professor Adjunto do Departamento de Medicina Universidade Federal de Sergipe e do Programa de Pós-Graduação em Medicina, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju, SE, Brasil.

3. Enfermeira; Pós-Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, Consultora em Dor do Hospital Sírio Libanês. São Paulo, SP, Brasil.

4. Cirurgião Dentista; Mestre em Ciências da Saúde; Professor do Núcleo de Educação em Saúde do Campus da Saúde Prof. Antônio Garcia Filho, Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil.

5. Enfermeira; Mestre em Ciências da Saúde; Professora do Núcleo de Enfermagem do Campus da Saúde Prof. Antônio Garcia Filho, Universidade Federal de Sergipe (UFS). Lagarto, SE, Brasil.

6. Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Ribeirópolis. Aracaju, SE, Brasil.

Endereço para correspondência:
Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Av. Cláudio Batista, S/N – Bairro Sanatório
49060-100 Aracaju, SE.
Fone: 55 (79) 2105-1813
E-mail: enffer2@yahoo.com.br

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is subjective and multidimensional and is common in the postoperative period. This study aimed at identifying intensity and at checking pain records of patients submitted to elective craniotomy.

METHOD: This is a descriptive and quantitative study involving 100 patients submitted to craniotomy. Studied variables were age, gender, type of surgery, pain and pain intensity, pain records and the use of analgesics in the postoperative period. Studied variables were submitted to descriptive analysis using central trend measurements, dispersion and ratio analysis.

RESULTS: Our study has shown that 59% of patients submitted to craniotomy were females, with mean age of 44.6 ± 14.5 years, 57% were single and had mean ICU and hospital stay of 2.8 ± 2.4 e 21.8 ± 16.9 days, respectively. Brain tumor was diagnosed in 55% of cases and surgery was supratentorial in 90% of patients. Headache was the major postoperative complaint, classified as mo-

derate and continuous by most patients. Most patients had no analgesic medication. Most medical records had no pain recorded by the health team.

CONCLUSION: Data show the need for health professionals' improvement to systematically treat and evaluate pain.

Keywords: Analgesia, Craniotomy, Pain, Pain measurement.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência subjetiva e multidimensional que com frequência é ignorada pelos profissionais da saúde, sendo um sintoma comum nos pacientes submetidos à craniotomia¹. Salienta-se que a dor é o 5º sinal vital, no entanto há profissionais que não valorizam a avaliação do processo doloroso e, por conseguinte, o seu tratamento inadequado continua a ser um problema clínico em pacientes internados².

Para o manuseio adequado do fenômeno doloroso faz-se necessário à implementação de estratégias entre as quais se destacam os protocolos institucionais de analgesia, serviços de dor aguda e a capacitação dos profissionais da saúde para a identificação, quantificação e tratamento da dor de maneira eficaz³. A pesquisa justifica-se pela carência de estudos sobre esta temática.

Os objetivos deste estudo foram caracterizar e identificar a intensidade da dor em pacientes submetidos à craniotomia eletiva e se existe registro sistemático da intensidade da dor nos seus prontuários.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e setor de Neurologia da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), referência em craniotomia, localizado no município de Aracaju/SE.

A casuística constituiu-se de 100 pacientes submetidos à craniotomia. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2010 a outubro de 2011. Em todas as etapas da pesquisa seguiu-se a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Todos os participantes da pesquisa ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme assegura a Resolução nº 196/96 do CONEP.

Os critérios de inclusão foram pacientes submetidos à craniotomia eletiva, incluídos no 1º dia de pós-operatório imediato, com escore de 15 pontos na escala de coma de Glasgow (ECGI) no momento da avaliação. Os

critérios de exclusão foram vítimas de trauma crânio-encefálico (TCE), pacientes com idade inferior a 18 anos e evolução para o óbito durante o período de avaliação.

Os instrumentos de coleta de dados continham variáveis sócio-demográficas, histórico de saúde, sequência da avaliação da dor, informações sobre os valores dos sinais vitais, nível de consciência, presença de dor e escala numérica. A intensidade da dor constou das seguintes categorias: 0 - ausência de dor; 1 a 3 - dor leve; 4 a 7 - dor moderada e 8 a 10 - dor intensa.

As entrevistas foram realizadas em dois momentos distintos: uma hora antes da administração do analgésico prescrito de rotina pelo médico assistente, e uma hora após o pico da ação do fármaco. Os pacientes que não receberam analgesia e/ou não referiram dor também foram avaliados uma hora depois da primeira avaliação e questionados quanto à presença de dor. Os pacientes foram avaliados do 1º ao 8º dia de pós-operatório (DPO) e/ou até a alta hospitalar.

Os dados foram armazenados e avaliados no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Realizou-se a análise descritiva das variáveis estudadas, utilizando-se medidas de tendência central, dispersão e análise de proporções.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob Nº CAAE - 2678.0.000.107-2010

RESULTADOS

Ao analisar as tabelas e interpretar os resultados é importante destacar que 3 pacientes receberam alta no intervalo entre o 2º e o 3º DPO, 6 pacientes entre o 3º e o 4º DPO, 11 pacientes entre o 4º e o 5º DPO, 22 pacientes entre o 5º e o 6º DPO, 31 pacientes entre o 6º e o 7º DPO e 53 entre o 7º e o 8º DPO.

Os dados demonstraram que 59% dos pacientes submetidos à craniotomia eram do sexo feminino, com média de idade $44,6 \pm 14,5$ anos, 57% eram solteiros, e tiveram uma média de internação na UTI e no hospital de $2,8 \pm 2,4$ e $21,8 \pm 16,9$ dias, respectivamente. Em 55% dos casos o diagnóstico médico foi de tumor cerebral, 36% aneurisma cerebral, 54% foram submetidos à retirada de tumor cerebral e a operação supratentorial ocorreu em 90% dos pacientes. 40% dos procedimentos cirúrgicos duraram de 3 a 4 horas.

Cerca de 60% dos pacientes submetidos à craniotomia, queixaram-se de dor pré-operatória, e a cefaleia era a principal queixa dolorosa em 91,7% dos casos. Em 46% dos pacientes a dor era intensa e 55% dos pacientes não fizeram uso de analgésicos. Entre aqueles que faziam

uso da analgesia, cerca de 95,6% utilizavam analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroides (AINES) para alívio da dor.

Em relação à dor pós-operatória, identificou-se que no 1º DPO 59% dos pacientes referiram sentir dor e a principal queixa dolorosa era a cefaleia. Embora a cefaleia fosse menos frequente ao longo do tempo, verificou-se que no 8º DPO, cerca de 50% dos pacientes ainda se queixavam de cefaleia. A incisão operatória foi também mencionada pelos pacientes como importante local de dor em todos os momentos de avaliação. Verificou-se também que do 1º ao 8º DPO os pacientes apresentaram dor classificada como leve, moderada e intensa e que na maioria dos casos, a dor classificava-

-se como moderada, do tipo contínua (Tabela 1).

Verificou-se que parte dos pacientes não utilizou medicações analgésicas do 1º ao 8º DPO, mesmo na presença de dor (Tabela 2). Os analgésicos administrados do 1º ao 8º DPO foram os analgésicos simples e AINES que não controlaram completamente a dor na maioria dos pacientes, embora tenha diminuído de intensidade em alguns casos. Observou-se também o baixo uso de opioides.

Não houve registro da intensidade da dor pela equipe de saúde na maior parte do tempo de seguimento da pesquisa, e que os médicos foram os profissionais que realizaram o seu registro com maior frequência (Tabela 3).

Tabela 1 – Dor pós-operatória dos pacientes submetidos à craniotomia.

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia	8º dia
Presença de dor	59 (59,0)	39 (39,0)	44 (45,4)	37 (38,9)	36 (40,4)	25 (32,1)	24 (34,8)	18 (38,3)
Local da dor								
Cefaleia	37 (62,7)	23 (59,0)	26 (59,1)	25 (67,6)	20 (55,6)	13 (50,0)	15 (62,5)	9 (50,0)
Incisão	12 (20,3)	11 (28,2)	11 (25,0)	7 (18,9)	5 (13,9)	10 (38,5)	4 (16,7)	3 (16,7)
Pescoço	5 (8,5)	1 (2,6)	1 (2,3)	3 (8,1)	3 (8,3)	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (5,6)
Garganta	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (2,3)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)
Olhos	1 (1,7)	1 (2,6)	2 (4,5)	1 (2,7)	2 (5,6)	1 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outros	4 (6,8)	2 (5,1)	3 (6,8)	0 (0,0)	6 (16,7)	1 (3,8)	5 (20,8)	4 (22,2)
Intensidade da dor								
Zero: sem dor	41 (41,0)	61 (61,0)	53 (54,6)	58 (61,1)	52 (58,4)	53 (67,9)	45 (65,2)	29 (61,7)
1 a 3: dor leve	12 (12,0)	11 (11,0)	19 (19,6)	11 (11,6)	12 (13,5)	12 (15,4)	7 (10,1)	8 (17,0)
4 a 7: dor moderada	25 (25,0)	17 (17,0)	15 (15,5)	17 (17,9)	16 (18,0)	7 (9,0)	11 (15,9)	4 (8,5)
8 a 10: dor intensa	22 (22,0)	11 (11,0)	10 (10,3)	9 (9,5)	9 (10,1)	6 (7,7)	6 (8,7)	6 (12,8)
Tipos de dor								
Contínua	45 (76,3)	33 (84,6)	33 (75,0)	31 (83,8)	33 (86,8)	18 (72,0)	23 (95,8)	16 (88,9)
Intermitente	14 (23,7)	6 (15,4)	11 (25,0)	6 (16,2)	3 (7,9)	7 (28,0)	1 (4,2)	2 (11,1)

Tabela 2 – Uso da analgesia do 1º ao 8º dia de pós-operatório, nos pacientes submetidos à craniotomia.

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia	8º dia
Receberam analgésicos	53 (53,0)	45 (45,0)	34 (35,1)	39 (41,1)	30 (33,7)	23 (29,5)	18 (26,0)	13 (27,6)
Tipos de analgésicos								
comum/AINES	41(41,0)	36 (36,0)	28 (28,9)	30 (31,6)	28 (31,5)	17 (21,8)	11 (15,9)	9 (19,1)
Opioide fraco	12 (12,0)	9 (9,0)	6 (6,2)	9 (9,5)	2 (2,2)	6 (7,7)	7 (10,1)	4 (8,5)
Dor após PAF	59 (41,0)	39 (61,0)	44 (45,4)	37 (38,9)	37 (41,6)	25 (32,1)	24 (34,7)	18 (38,3)
Intensidade da dor após PAF								
1 a 3 – Dor leve	12 (12,0)	11 (11,0)	19 (19,6)	11 (11,6)	12 (13,5)	12 (15,4)	7 (10,1)	8 (17,0)
4 a 7 – dor moderada	25 (25,0)	17 (17,0)	15 (15,5)	17 (17,9)	16 (18,0)	7 (9,0)	11 (15,9)	4 (8,5)
8 a 10 – dor intensa	22 (22,0)	11 (11,0)	10 (10,3)	9 (9,4)	9 (10,1)	6 (7,7)	6 (8,7)	6 (12,8)

AINES = anti-inflamatórios não esteroides.

Tabela 3 – Registro da intensidade da dor no prontuário, do 1º ao 8º dia de pós-operatório, nos pacientes submetidos à craniotomia.

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia	8º dia
Sim	29 (29,0)	13 (13,0)	11(11,3)	23 (24,2)	17 (19,1)	12 (15,4)	13 (18,8)	7 (14,9)
Profissional								
Médico	14 (48,3)	7 (53,8)	7 (63,6)	15 (65,2)	6 (35,3)	7 (58,3)	8 (61,5)	7 (100,0)
Enfermeiro	6 (20,7)	1 (7,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)
T. Enfermagem	5 (17,2)	1 (7,7)	1 (9,1)	4 (17,4)	5 (29,4)	0 (0,0)	2 (15,4)	0 (0,0)
A. Enfermagem	2 (6,9)	2 (15,4)	1 (9,1)	4 (17,4)	4 (23,5)	3 (25,0)	1 (7,7)	0 (0,0)
Mais de um profissional	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	2 (11,8)	2 (16,7)	1 (7,7)	0 (0,0)
Outros	2 (6,9)	2 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Parte superior do formulário

DISCUSSÃO

A cefaleia foi a principal queixa dolorosa apresentada pelos pacientes no pré-operatório, sendo caracterizada na maioria das vezes como intensa. Verificou-se também que 55% dos pacientes tinham o diagnóstico de tumor cerebral, que aumenta a pressão intracraniana (PIC) e consequentemente provoca vários sintomas, em especial a cefaleia⁴. Acredita-se, portanto, que neste estudo, os tumores cerebrais tenham contribuído para a ocorrência da cefaleia pré-operatória.

A cefaleia também foi a principal queixa de dor no período pós-operatório, e na maioria das vezes era caracterizada como moderada. A cefaleia pós-craniotomia decorre do ato cirúrgico e da irritação das meninges, o que

exige avaliação sistemática pela equipe de saúde a fim de minimizar o agravamento do quadro clínico^{5,6}. O tratamento da dor de maneira adequada é direito do paciente; entretanto, os dados dessa pesquisa revelaram uma situação preocupante, tendo em vista que no 8º DPO aproximadamente 40% dos pacientes permaneciam com dor. Vale ressaltar que a dor não tratada provoca uma série de alterações sistêmicas nos pacientes, entre as quais se destacam a taquicardia, hipertensão, diminuição da saturação de oxigênio e sofrimento físico.

O tipo de cirurgia parece ser o principal determinante da gravidade da dor em pacientes submetidos à craniotomia. Neste estudo, a operação supratentorial ocorreu

em 90% dos casos, semelhante ao descrito previamente⁷. Em adição, a incisão foi também mencionada pelos pacientes como um local de presença da dor. O procedimento cirúrgico provoca a liberação de mediadores da inflamação e de substâncias algogênicas, que estimulam os nociceptores das fibras neurais e, conseqüentemente, aumentam a transmissão do impulso doloroso. A dor pós-operatória geralmente é proporcional ao grau de estimulação das terminações nervosas livres e ao tamanho da incisão. Quanto maior for a lesão tecidual, maior será a intensidade da dor pós-operatória⁸.

Destaca-se ainda que número significativo de pacientes não recebeu qualquer tipo de medicação analgésica do 1º ao 8º DPO, apesar do relato de dor. Entre os pacientes que receberam medicação analgésica, a mesma não controlou a dor, tendo em vista que na maioria a dor persistiu em todos os momentos da avaliação.

Outro dado importante encontrado nesse estudo foi que embora a dor moderada estivesse presente em todo o estudo, identificou-se baixo uso de opioides. Esse fato pode estar relacionado ao receio de que os opioides possam prejudicar a avaliação neurológica. É importante mencionar que existem vários métodos para o controle da dor pós-operatória, entre eles a analgesia preemptiva ou preventiva e a terapia multimodal, que se caracteriza pela utilização de vários medicamentos com diferentes mecanismos de ação em associação com métodos não farmacológicos⁹⁻¹¹, porém os pacientes dessa pesquisa não foram beneficiados com essas técnicas.

Identificou-se que na maioria dos prontuários não havia registro da intensidade da dor pela equipe multidisciplinar. Quando existia o registro do fenômeno doloroso, na maioria dos casos este era feito pelos médicos e em poucos pacientes pela equipe de enfermagem. A enfermagem é a categoria profissional que convive em turnos contínuos com os pacientes e, portanto tem condições de avaliar a dor de forma sistemática, no entanto os dados dessa pesquisa retratam que apesar da dor ser descrita como o 5º sinal vital, o registro da dor pela equipe de enfermagem foi escasso¹².

Outro estudo¹³ demonstra que o registro da dor no prontuário do paciente permite o monitoramento da intensidade e localização da dor. Para a eficácia do tratamento do processo algico é preciso que haja um processo de avaliação e mensuração contínuo e que essas informações sejam acessíveis à equipe multidisciplinar com vistas à prestação de uma assistência eficaz.

É importante que os profissionais da área da saúde entendam a importância do controle da dor pós-operatória em pacientes submetidos à craniotomia. Novos estudos

devem ser realizados para investigar a adequação da analgesia nesse tipo de pós-operatório.

CONCLUSÃO

Os pacientes deste estudo teve a cefaleia como a principal queixa de dor após a craniotomia, caracterizada como intensa e moderada. A analgesia utilizada no pós-operatório não foi suficiente para o alívio da dor e o registro da intensidade da dor nos prontuários foi escasso.

REFERÊNCIAS

1. Harssor SS. Emerging concepts in post-operative pain management. *Indian J Anesth.* 2011;55(2):101-3.
2. Calil AM, Pimenta CAM. Importance of pain evaluation and standardization of analgesic medication in emergency services. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):53-9.
3. Magalhaes PAP, Mota FA, Saleh CMR, et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor.* 2011;12:221-5.
4. Val Filho JA, Avelar LG. Gliomatosis cerebri with favorable outcome in a child: a case report. *J Pediatr.* 2008;84(3):463-6.
5. Gottschalk A, Yaster M. The perioperative management of pain from intracranial surgery. *Neurocrit Care.* 2009;10(3):387-402.
6. Teo MK, Eljamel MS. Craniotomy repair reduces headaches after retrosigmoid approach. *Neurosurgery.* 2010;67(5):1286-91.
7. Batoz H, Verdonck O, Pellerin C, et al. The analgesic properties of scalp infiltrations with ropivacaine after intracranial tumoral resection. *Anesth Analg.* 2009;109(1):240-4.
8. Fok AW, Yau WP. Delay in ACL reconstruction is associated with more severe and painful meniscal and chondral injuries. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2012 [Epub ahead of print].
9. Malzac A, Reis MCF, Laraya D, et al. Analgesia preemptiva nas cirurgias da coluna lombossacra: estudo prospectivo e randomizado. *Coluna/Columna.* 2009;8(2):87-91.
10. Coban YK, Senoglu N, Oksuz H. Effects of preoperative local ropivacaine infiltration on postoperative pain scores in infants and small children undergoing elective cleft palate repair. *J Craniofacial Surg.* 2008;19(5):1221-4.
11. Fanelli G, Berti M, Baciarello M. Updating postoperative pain management: from multimodal to

context-sensitive treatment. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74(9):489-500.

12. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(2):283-90.

13. Kuchler FF, Alvarez AG, Kader MFB. Informatização do gerenciamento da dor. *Rev Dor.* 2007;8(1):950-6.

Apresentado em 10 de janeiro de 2012.

Aceito para publicação em 11 de junho de 2012.

Conflito de interesses: Nenhum.