

Prevalência de dor no pós-operatório de craniotomia eletiva

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹, Carlos Umberto Pereira², Ana Maria Calil Sallum³, Cássia Barbosa da Silva⁴, Deisiane Santana dos Santos⁴, Mariângela da Silva Nunes⁵, José Antonio Barreto Alves⁵, Augusto César Santos Esmeraldo⁶

Serviço de Neurocirurgia da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE.

RESUMO

Objetivo: Identificar a presença de dor em pacientes submetidos à craniotomia eletiva e a localização dela. **Método:** Pesquisa descritiva, longitudinal com abordagem quantitativa. A casuística constituiu-se de 92 pacientes submetidos à craniotomia eletiva. **Resultados:** Os dados demonstram que 60,9% dos pacientes eram do sexo feminino, 56,5%, solteiros e 34,8%, oriundos da capital. No primeiro dia pós-operatório 63% dos pacientes queixavam-se de dor, e a cefaleia foi a principal queixa em 39,1% dos entrevistados. Constatou-se que 23,9% dos pacientes apresentavam dor intensa no primeiro dia pós-cirurgia. Em 6,5% dos entrevistados, a dor intensa persistia até o oitavo dia pós-cirurgia. A posição foi o fator agravante da dor em 10,9% dos pacientes no primeiro dia pós-operatório. **Conclusão:** A dor esteve presente na maioria dos pacientes submetidos à craniotomia eletiva, e a cefaleia foi a principal queixa dolorosa, caracterizada como moderada a intensa. O manejo adequado da dor não deve ser negligenciado, tendo em vista que o controle da dor é um direito do paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Medição da dor, craniotomia, cefaleia, prevalência.

ABSTRACT

Prevalence of pain in the postoperative of elective craniotomy

Objective: To identify the presence of pain in patients undergoing craniotomy and its location. **Method:** Descriptive, longitudinal research with a quantitative approach was performed. The series consisted of 92 patients undergoing elective craniotomy. **Results:** 60.9% of patients were female, 56.5% single, 34.8% originated from the capital city. On the first postoperative day 63% of patients complained of pain and migraine was the main complaint in 39.1% of the interviewees. It was found that 23.9% of patients had severe pain on the first day after surgery. In 6.5% of the interviewees, the intense pain persisted until the eighth day after surgery. The position was the aggravating factor of pain in 10.9% of patients in the first postoperative day. **Conclusion:** The pain was present in most patients undergoing craniotomy, and the main complaint was the migraine pain, characterized as moderate to severe. Proper handling of pain should not be neglected, once pain control is a patient's right.

KEYWORDS

Pain measurement, craniotomy, headache, prevalence.

1 Professora-assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

2 Professor doutor do Departamento de Medicina da UFS, Aracaju, SE, Brasil.

3 Enfermeira, pós-doutorada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFS, Aracaju, SE, Brasil.

5 Professor-assistente do Núcleo de Enfermagem Lagarto, UFS, Lagarto, SE, Brasil.

6 Neurocirurgião, coordenador do Serviço de Neurocirurgia da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia e do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), Aracaju, SE, Brasil.

Introdução

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência desagradável associada a lesões reais e potenciais, sendo um sintoma comum em pacientes submetidos à craniotomia eletiva.¹

Estudo demonstra que 41% dos pacientes submetidos à craniotomia em que estes eram mantidos acordados sentiam dor de leve a moderada no pós-operatório imediato.² Para uma avaliação eficiente da dor pós-operatória, deve-se considerar o relato verbal do paciente, assim como os sinais indiretos da dor, que se manifestam por meio de ansiedade, irritação, mudanças comportamentais e alterações fisiológicas, como taquicardia, elevação da pressão arterial e febre.³

A redução da dor pós-operatória é necessária para evitar o desenvolvimento de disfunções orgânicas associadas à redução da capacidade vital e ventilação pulmonar, pneumonia, taquicardia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, dor crônica, má cicatrização e insônia.⁴

Esse estudo objetivou identificar a presença de dor em pacientes submetidos à craniotomia eletiva e localização dela. Essa pesquisa justifica-se pela carência de pesquisas nacionais e espera-se que os resultados possam gerar possíveis benefícios para pacientes e profissionais da área da saúde.

Casuística e métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na unidade de terapia intensiva (UTI) e no setor de Neurocirurgia da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), localizado no município de Aracaju/SE, Brasil.

A casuística constituiu-se de 92 pacientes submetidos à craniotomia eletiva. A coleta de dados ocorreu de setembro de 2010 a setembro de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob nº CAAE – 2678.0.000.107-10. Em todas as etapas da pesquisa seguiu-se a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do CONEP.

Os critérios de inclusão foram: pacientes submetidos à craniotomia eletiva; maiores de 18 anos; encontrarem-se no primeiro dia pós-operatório (DPO) de craniotomia e possuírem o score de 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) no momento da avaliação.

Os instrumentos de coleta de dados continham dados sociodemográficos, 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 4 – dor leve; 5 a 7 – dor moderada e 8 a 10 – dor intensa.

Realizaram-se análise documental e entrevista semiestruturada com os pacientes que se incluíam nos critérios de inclusão já descritos. Após essa etapa, solicitava-se ao paciente que informasse de 0 a 10 qual era a intensidade de sua dor. Os pacientes foram avaliados do primeiro ao oitavo dia pós-operatório e ou até a alta hospitalar.

Os dados foram armazenados em banco de dados computadorizado em *software* do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0.

Resultados

Analisaram-se 92 pacientes submetidos à craniotomia eletiva, nos quais 36 (39,1%) eram do sexo masculino e 56 (60,9%) do feminino, 26 (28,3%) estavam na faixa etária entre 50 e 59 anos, 32 (34,8%) eram oriundos da capital e 52 (56,5%) eram solteiros (Tabela 1).

Nesse estudo verificou-se que, no quarto DPO, 7 (7,6%) dos pacientes apresentaram febre e em 17 (18,5%) a taquicardia estava presente no primeiro DPO. A dispneia ocorreu em 45 (48,9%) dos pacientes no primeiro DPO, e a taquipneia em 5 (5,4%) dos pacientes no oitavo DPO.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes submetidos à craniotomia eletiva

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	56	69,9
	Masculino	36	39,1
	Total	92	100,0
Faixa etária	15-19 anos	5	5,4
	20-29 anos	9	9,8
	30-39 anos	17	18,5
	40-49 anos	20	21,7
	50-59 anos	26	28,3
	60-69 anos	15	16,3
Estado civil	Solteiro	52	56,5
	Casado	36	39,1
	Viúvo	4	4,3
	Total	92	100,0
Procedência	Aracaju	32	34,8
	Grande Aracaju	23	25,0
	Outros municípios	26	28,3
	Outros estados	11	12,0
	Total	92	100,0

Em relação à dor pós-cirúrgica, 58 (63%) dos pacientes queixavam-se de dor no primeiro DPO, e até o oitavo DPO 18 (19,6%) ainda apresentavam dor. A cefaleia foi a principal queixa de dor em 36 (39,1%) dos pacientes no primeiro DPO e em 9 (9,8%) essa dor ainda persistia no oitavo DPO.

Quanto à intensidade da dor, observou-se que 22 (23,9%) dos pacientes apresentavam dor intensa e 24 (26,1%) queixavam-se de dor moderada no primeiro DPO. No que se refere ao tipo de dor, identificou-se que a dor foi do tipo contínua no primeiro DPO em 44 (47,8%) dos pacientes e em 17 (18,5%) no oitavo DPO.

No que se refere aos os fatores agravantes e atenuantes da dor, verificou-se que a posição foi mencionada em 10 (10,9%) dos pacientes no primeiro DPO. Constatou-se também que o mesmo fator atenuou o fenômeno doloroso em 7 (7,6%) dos entrevistados no primeiro DPO.

Discussão

A craniotomia é um procedimento cirúrgico pelo qual se dá a abertura do crânio, que pode ser supratentorial ou infratentorial, na qual permite uma melhor acessibilidade às estruturas intracranianas, possibilitando a retirada de processos expansivos, alívio da pressão intracraniana, controle de hemorragias ou remoção de coágulos sanguíneos.⁵ Após a realização da cirurgia, é comum a presença da dor, que muitas vezes é caracterizada como intensa e, por conseguinte, prejudica a recuperação do paciente.

A maioria dos pacientes deste estudo era do sexo feminino, com idade média de 50 a 59 e solteira. Corrobora os dados desta pesquisa o estudo⁶ no qual se buscou descrever os aspectos clínicos da cefaleia pós-traumática. Acredita-se, pelo fato de as mulheres buscarem a assistência preventiva à saúde, que isso pode ter contribuído para a maior frequência desse gênero nessa pesquisa.

Evidenciaram-se nesse estudo alterações neurovegetativas da dor, como taquicardia, dispneia, febre e elevação dos níveis pressóricos. É bem documentado que, mediante a presença do estímulo doloroso, essas manifestações ocorrem com frequência, na qual se configuram como sinais de alerta, e os profissionais da saúde devem intervir o mais precocemente possível para evitar complicações decorrentes do manejo inadequado da dor.^{7,8} Cumpre ressaltar que as alterações mencionadas acima podem ser identificadas por meio da aferição dos sinais e, por conseguinte, a equipe de saúde poderá minimizar o agravamento do quadro clínico do paciente e dos efeitos indesejáveis do processo algico.

Os dados desta pesquisa contrapõem o que é preconizado desde a década de 1990 pela *American Pain Society*, que considera a dor como o quinto sinal, vital e a sua mensuração deve ser feita com a mesma frequência da aferição da temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.⁹

No que se refere à avaliação da dor, os pacientes apresentaram dor de moderada à intensa do primeiro ao oitavo DPO, e a principal queixa foi à cefaleia. Os dados deste estudo assemelham-se aos da pesquisa na qual se identificou a presença de cefaleia em pacientes submetidos à craniotomia.¹⁰ Após a realização da craniotomia, seja para a retirada de tumor intracraniano ou clipagem de aneurisma, é comum a presença de cefaleia, que decorre da manipulação cirúrgica e da irritação meníngea.¹¹ A *International Headache Society* classifica as cefaleias em três grupos distintos: cefaleias primárias, cefaleias-sintomas e cefaleias representadas pelas neuralgias cranianas, dor facial primária, central e outras cefaleias.¹²

O controle adequado das cefaleias pós-craniotomia é um desafio para a equipe multiprofissional, por interferir nas atividades da vida diária do paciente, aumentar o sofrimento, além da diminuição da produtividade.^{12,13}

Os dados desta pesquisa revelam, ainda, que a dor comportou-se de forma contínua na maioria dos pacientes do primeiro ao oitavo DPO e mostram também que essa dor podia ser agravada ou atenuada de acordo com a posição do paciente no leito. A identificação desse dado suscita a necessidade de medidas que visem ao controle do fenômeno doloroso, entre elas a movimentação no leito.

A dor intensa pode influenciar de forma negativa na evolução do paciente e adiar a sua recuperação. O manejo adequado da dor pós-operatória contribui para a manutenção das funções fisiológicas básicas, evita efeitos colaterais nocivos resultantes do processo algico, permite menor período de hospitalização e diminuição de custos, além de proporcionar maior conforto e satisfação ao paciente.³

Existem vários fatores dificultadores para o manejo adequado da dor, entre eles citam-se: subestimação da dor pelos profissionais da saúde, desconhecimento sobre as técnicas disponíveis para o controle do fenômeno doloroso, ausência de administração profilática de analgésicos, mensuração inadequada, desvalorização da dor como quinto sinal vital, falha na formação de profissionais da saúde sobre o manejo da dor e, sobretudo, a subavaliação e o baixo uso de opioides para dores reconhecidas como intensas.¹⁴⁻¹⁷

Quanto aos fatores agravantes e atenuantes da dor, evidenciou-se que a posição foi a mais evidente. Destaca-se que o enfermeiro desempenha uma função importante na avaliação desses fatores, os quais fornecem subsídios para a adequação do tratamento.

Destaca-se que a eficácia no controle do fenômeno doloroso ocorre por meio da avaliação e da mensuração da dor de forma contínua e sistemática, de protocolos de analgesias nas instituições de saúde, de trabalho de equipe interdisciplinar, sobretudo acreditando-se na dor referida pelo paciente.

A permanência de pacientes internados com dor é um dado preocupante, tendo em vista que o controle adequado do fenômeno doloroso é um direito do paciente, que deve ser assegurado com vistas a evitar efeitos deletérios decorrentes do processo algico, por conseguinte garantindo uma assistência humanizada.

Conclusão

Salienta-se que os dados deste estudo revelaram que a dor esteve presente na maioria dos pacientes submetidos à craniotomia eletiva, e a cefaleia foi a principal queixa dolorosa, caracterizada como moderada a intensa.

Referências

1. International Association for Study of Pain (IASP). NIH Consensus Development Conference Statement. The Integrated Approach to the Management of Pain. Bethesda: National Institutes of Health; 1994.
2. See JJ, Lew TW, Kwek TK, Chin KJ, Wong MF, Liew QY, et al. Anaesthetic management of awake craniotomy for tumour resection. *Ann Acad Med Singapore*. 2007;36(5):319-25.
3. Duignan M, Dunn V. Perceived barriers to pain management. *Emerg Nurse*. 2009;16(9):31-5.
4. Vadivelu N, Mitra S, Narayan D. Recent advances in postoperative pain management. *Yale J Biol Med*. 2010;83(1):11-25.
5. Irefin SA, Schubert A, Bloomfield EL, DeBoer GE, Mascha EJ, Ebrahim ZY. The effect of craniotomy location on postoperative pain and nausea. *J Anesth*. 2003;17(4):227-31.
6. Adry RAR, Lins CC, Brandão MCM. Aspectos clínicos e epidemiológicos da cefaleia pós-traumática crônica. *Arq Bras Neurocir*. 2010;29(1):14-7.
7. Helms JE, Barone CP. Physiology and treatment of pain. *Crit Care Nurse*. 2008;28(6):38-49.
8. Morad AH, Winters BD, Yaster M, Stevens RD, White ED, Thompson RE, et al. Efficacy of intravenous patient-controlled analgesia after supratentorial intracranial surgery: a prospective randomized controlled trial. *J Neurosurg*. 2009;111(2):343-50.
9. 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.
10. Rocha-Filho PA, Gherpelli JL, De Siqueira JT, Rabello GD. Post-craniotomy headache: characteristics, behaviour and effect on quality of life in patients operated for treatment of supratentorial intracranial aneurysms. *Cephalalgia*. 2008;28(1):41-8.
11. Gottschalk A, Yaster M. The perioperative management of pain from intracranial surgery. *Neurocrit Care*. 2009;10(3):387-402.
12. International Classification of Headache Disorders (ICHD-II, 2004) – Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):1-160.
13. Betchen SA, Walsh J, Post KD. Self-assessed quality of life after acoustic neuroma surgery. *J Neurosurg*. 2003;99(5):818-23.
14. Calil AM, Pimenta CA, Birolini D. The “oligoanalgesia problem” in the emergency care. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007;62(5):591-8.
15. Calil AM, Pimenta CAM. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):398-403.
16. Calil AM, Pimenta CAM. Importance of pain evaluation and standardization of analgesic medication in emergency services. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):53-9.
17. Reuben SS. Chronic pain after surgery: what can we do to prevent it. *Curr Pain Headache Rep*. 2007;11(1):5-13.

Endereço para correspondência

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Av. Augusto Franco, 2000, Qd. 4, Lote 74,
Condomínio Vivendas de Aracaju,
Bairro Getúlio Vargas
49075-100 – Aracaju, SE
Telefone: (79) 9997-1795
E-mail: enffer2@yahoo.com.br