

DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CRANIOTOMIA¹

Andréa Ungaro Peón²

Solange Diccini³

Peón AU, Diccini S. Dor pós-operatória em craniotomia. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):489-95.

No pós-operatório, 47 a 75% dos pacientes relatam algum grau de dor. O objetivo deste trabalho foi avaliar a dor no pré e pós-operatório de pacientes submetidos a craniotomia. Estudo prospectivo, realizado na unidade de neurocirurgia do Hospital São Paulo. Para avaliação quantitativa de dor, foi utilizada a escala numérica verbal, graduada de 0 a 10. Foram avaliados 40 pacientes, com idade mediana de 36 anos. No pré-operatório, 34 (85%) pacientes relataram cefaléia como a principal causa de dor. No pós-operatório, 37 (93%) pacientes queixaram-se de dor e 3 (7%) pacientes referiram ausência de dor. O pico da dor foi observado no 2º pós-operatório, quando 16 (40%) dos pacientes referiram dor intensa e 11 (28%) queixaram-se de dor moderada. Ausência de dor intensa ocorreu após 6º pós-operatório. Concluí-se que há necessidade de protocolos de analgesia em craniotomia, como treinamento para os enfermeiros para melhor avaliação e manejo da dor.

DESCRITORES: dor; craniotomia; cuidados pós-operatórios; enfermagem

POSTOPERATIVE PAIN IN CRANIOTOMY

In the postoperative period, 47% to 75% of the patients report some degree of pain. This study aimed to evaluate pain in the pre and postoperative period of patients submitted to craniotomy. This prospective research was carried out at the neurosurgery unit of a large Brazilian hospital. For a quantitative evaluation of pain, the verbal numeric 0 – 10 rating scale was used. Forty patients with a mean age of 36 years were evaluated. In the preoperative period, 34 (85%) patients indicated headache as the main cause of pain. In the postoperative period, 37 (93%) patients complained of pain while three (7%) reported absence of pain. Pain peaks were observed on the 2nd postoperative day, when 12 (32%) of the patients reported severe pain and 10 (27%) moderate pain. Absence of severe pain occurred after the 8th postoperative day. It was concluded that protocols of analgesia in craniotomy are needed, such as training nurses to better evaluate and handle pain.

DESCRIPTORS: pain; craniotomy; postoperative care; nursing

DOLOR POSOPERATORIO EN CRANEOTOMÍA

En el periodo postoperatorio, entre el 47% y el 75% de los pacientes relatan algún grado de dolor. Los objetivos de este trabajo fueron evaluar el dolor en el pre y postoperatorio de pacientes sometidos a craneotomía. Este estudio prospectivo fue realizado en la unidad de neurocirugía del Hospital São Paulo, Brasil. Para una evaluación cuantitativa del dolor se utilizó la escala numérica verbal graduada de 0 a 10. Fueron evaluados 40 pacientes con edad mediana de 36 años. En el preoperatorio 34 (85%) pacientes, reportaran cefalea como la principal causa del dolor. En el postoperatorio, 37 (93%) pacientes se quejaron de dolor, mientras 3 (7%) pacientes indicaron ausencia de dolor. El pico de dolor fue observado en el segundo día postoperatorio, cuando 12 (32%) pacientes reportaron dolor grave y 10 (27%) moderado. La ausencia de dolor grave ocurrió después del 8º día postoperatorio. Se concluyó que son necesarios protocolos de analgesia en craneotomía, tales como el entrenamiento de enfermeros para mejor evaluar y manejar el dolor.

DESCRIPTORES: dolor; craneotomía; cuidados postoperatorios; enfermería

¹ Trabalho extraído da monografia apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem em Neurocirurgia - Modalidade Residência; ² Enfermeira Assistencial Especializada em Neurocirurgia do Hospital Israelita Albert Einstein, e-mail: andrea.ungaro@terra.com.br; ³ Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo, e-mail: solandic@denf.epm.br

INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma comum para a maioria dos pacientes, especialmente nos casos de dor pós-operatória. Entre 47 e 75% dos pacientes cirúrgicos experimentaram dor pós-operatória significativa⁽¹⁾. Em estudo realizado com 217 pacientes que foram submetidos a cirurgia, aproximadamente 94% dos pacientes indicaram algum grau de dor, nas primeiras 24 horas de pós-operatório⁽²⁾. Quando analisados 1443 pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, 75 a 100% dos pacientes relataram dor de moderada a intensa⁽³⁾.

A dor aguda intensa, como a dor do pós-operatório, pode causar profundas alterações neurofisiopatológicas tais como taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, palidez, expressão facial de intenso desconforto, agitação psicomotora, ansiedade e/ou depressão, alterações do sono, do apetite e outras. Algumas disfunções pulmonares podem ocorrer em 48% dos pacientes que se submetem a cirurgia. A somatória de dor, função diafragmática anormal e aumento do tônus da musculatura intercostal e abdominal durante a expiração, provocam alterações pulmonares que persistem por 7 a 14 dias do pós-operatório. Os pacientes que apresentam dor pós-operatória apresentam maior risco de complicações pulmonares devido à imobilidade, fechamento das vias aéreas, ausência de respiração profunda, privação do sono entre outros⁽⁴⁾.

Alguns dos benefícios para o melhor manejo da dor no período perioperatório está no aperfeiçoamento das terapêuticas utilizadas, redução da necessidade de opióides com diminuição de seus efeitos adversos e provisão de analgesia profilática. Com isso tem-se redução das complicações tromboembólicas, preservação da função imunológica, redução das complicações cardiovasculares, inibição da resposta metabólica e endócrina ao estresse cirúrgico, reabilitação e retorno da função, redução dos custos hospitalares, preservação da função cognitiva e prevenção da dor crônica. O melhor manejo faz com que o tratamento eficaz da dor reduza a morbidade e a mortalidade⁽⁵⁻⁶⁾.

Durante os últimos vinte anos foram publicados inúmeros artigos médicos e de enfermeiras relatando dor aguda no pós-operatório. Entretanto, quando se compara com a literatura em neurociência, foram publicadas quantidades limitadas de informações, tipicamente relatando a dor crônica

ou mínimos artigos sobre dor aguda, após cirurgias cranianas^(1,7-9).

Em estudo realizado em pacientes de neurocirurgia, foram comparados dois grupos, sendo o primeiro grupo submetido a cirurgia intracraniana e o segundo grupo submetido a laminectomia. No primeiro grupo foram incluídos 37 pacientes, sendo que 22 (60%) queixaram-se de dor moderada a intensa no período pós-operatório. Dos 29 pacientes que foram submetidos a laminectomia, 27 (95%) queixaram-se de dor intensa⁽⁷⁾.

Em outro estudo, foram avaliados dois grupos de pacientes. No primeiro grupo foram incluídos 50 pacientes submetidos a cirurgias intracranianas, sendo que 33 (67%) queixaram-se de dor moderada a intensa nas primeiras 24 horas de pós-operatório. No terceiro dia de pós-operatório, 16 (32%) pacientes continuavam referindo dor de moderada a intensa. O segundo grupo era composto de 29 pacientes submetidos a laminectomia, sendo que 28 (97%) referiram a dor de moderada a intensa⁽⁸⁾.

Outro estudo comparou a dor pós-operatória em pacientes submetidos a procedimentos neurocirúrgicos com pacientes que realizaram fixação de mandíbula/maxila e laminectomia lombar. Os pacientes neurocirúrgicos apresentaram menos dor pós-operatória que os outros pacientes. Quando foram avaliados os tipos de abordagem em craniotomias e a incidência de dor, verificaram que a abordagem frontal apresentava maior incidência de dor, necessitando de maior controle medicamentoso antiálgico⁽⁹⁾.

Em experiência clínica, verifica-se que os neurocirurgiões relutam em prescrever medicação analgésica, com receio de deprimir o sistema nervoso central e, conseqüentemente, alterar ou perder os parâmetros da avaliação do nível de consciência, importante dado na evolução do paciente no pós-operatório de cirurgias intracranianas.

Associado aos poucos estudos sobre dor em neurocirurgia e os questionamentos sobre analgesia no pós-operatório, foi realizado este estudo com os objetivos de avaliar a incidência, evolução, intensidade e características da dor aguda, em pacientes no pós-operatório de craniotomia.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este estudo prospectivo foi realizado na unidade de neurocirurgia do Hospital São Paulo,

durante o período de agosto a novembro de 2001. Os pacientes incluídos tinham idade superior a 18 anos, submetidos a cirurgia intracraniana eletiva, extubados no pós-operatório imediato e com medicação analgésica prescrita de forma contínua ou intermitente. Os pacientes excluídos foram aqueles que apresentaram meningite, alteração ou rebaixamento do nível de consciência durante o período pós-operatório ou óbito.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e os pacientes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram sexo, idade, diagnóstico médico, localização topográfica da lesão, tempo de pré-operatório, tempo de pós-operatório na UTI, tempo de pós-operatório na unidade de internação, tempo de internação total, tempo de duração da cirurgia, localização da incisão cirúrgica no couro cabeludo, presença ou ausência de cefaléia no pré-operatório e dor no pós-operatório.

A avaliação da dor pós-operatória foi coletada de forma subjetiva, isto é, obtida através de respostas verbais do paciente ao ser interrogado no período pós-operatório. Para quantificar a intensidade de dor utilizou-se a Escala Numérica Verbal (ENV). As escalas numéricas são graduadas de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor já sentida. Após a coleta, a dor foi classificada em ausência de dor (0), dor leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10)⁽¹⁰⁾. A ENV foi aplicada no período pós-operatório imediato, após 6 horas de extubação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva em Neurocirurgia e em intervalos de 12 horas durante o pós-operatório imediato e mediato, até a sua alta.

A localização da dor foi determinada por resposta verbal e/ou indicação do paciente, sendo topograficamente localizada em frontal, parietal, temporal, occipital ou holocraniana (localizada em toda a região cefálica).

A qualidade da dor foi interpretada pela aplicação do Questionário de Dor de Mc Gill⁽¹⁰⁾. Esse questionário é constituído por palavras conhecidas como descritores, pois descrevem a sensação de dor que o paciente pode estar sentindo. Os descritores são organizados em quatro grandes grupos e em vinte subgrupos. Os quatro grupos são sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea. Cada conjunto de subgrupos

avalia um grupo, que são: sensorial (subgrupos de 1 a 10), afetivo (subgrupos de 11 a 15), avaliativo (subgrupo 16) e miscelânea (subgrupos de 17 a 20).

A qualidade sensorial da dor é influenciada pelos sistemas espinais do sistema nervoso central de condução rápida e associam as palavras com tempo, pressão, espaço e temperatura. O componente afetivo é processado pelas estruturas da formação reticular do tronco encefálico e límbico, que sofrem influência dos sistemas nociceptivos de condução espinal lenta e refere-se a palavras como medo, tensão e expressões neurovegetativas da experiência dolorosa. A categoria avaliativa permite a avaliação global da percepção dolorosa. As palavras que compõem cada subgrupo são similares, mas diferem em termos de intensidade. A partir das palavras selecionadas pelos pacientes, definiu-se um índice quantitativo de dor pela somatória dos valores de intensidade para cada dimensão. O Questionário de Dor de Mc Gill foi aplicado toda vez que o paciente referiu dor pela Escala Numérica Verbal, após a alta da UTI.

Os dados do instrumento de coleta de dados foram apresentados em valores absoluto e percentual, apresentados na forma de gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Dos 40 pacientes estudados, 21 (53%) pacientes eram do sexo feminino e 19 (47%) do sexo masculino.

Em relação ao diagnóstico médico, 22 (55%) pacientes foram diagnosticados com tumor na região supratentorial, 3 (7,5%) com tumor na região infratentorial, 14 (35%) com aneurisma cerebral e 1 (2,5%) paciente com malformação arteriovenosa (MAV).

Quando analisados os diagnósticos médicos no pré-operatório em relação à região topográfica cerebral, 18 (45%) pacientes tinham lesões que envolviam a fossa anterior, 18 (45%) na fossa média e 4 (10%) na fossa posterior.

Na Tabela 1 são apresentadas a mediana e a variação superior e inferior dos dados referentes à idade, ao tempo de pré-operatório, pós-operatório e duração da cirurgia de pacientes submetidos a cirurgia de craniotomia.

Tabela 1 - Mediana e variação superior e inferior dos dados referentes à idade, ao tempo de pré-operatório, pós-operatório e duração da cirurgia de pacientes submetidos a cirurgia de craniotomia. São Paulo, 2001

	Mediana	Varição
Idade (anos)		
Feminino	33	27 – 65
Masculino	38	19 – 71
Tempo de internação (dias)		
Pré-operatório	3	1 – 19
Pós-operatório unidade de terapia intensiva	1,5	1 – 4
Pós-operatório unidade de internação	5	2 – 10
Pós-operatório total	7	3 – 11
Tempo de internação total (dias)	11	5 – 27
Duração cirurgia (horas)	4	2 – 8

Durante a avaliação da dor no pré-operatório, 34 (85%) pacientes queixaram-se de cefaléia, como a única referência de dor. Quando analisada a dor no pós-operatório (PO), foi verificado que 37 (93%) pacientes queixaram-se de dor e 3 (7%) referiram ausência de dor.

Na Figura 1 são apresentadas a incidência e evolução da dor no pós-operatório de cirurgias intracranianas de acordo com o tempo de pós-operatório.

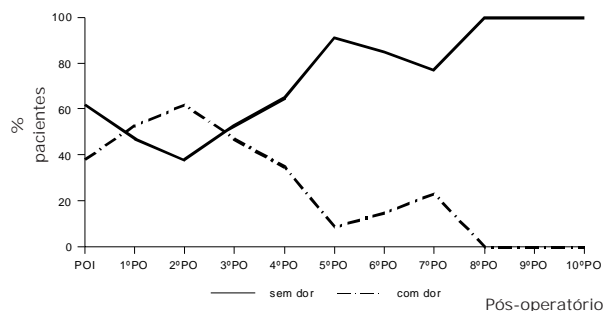


Figura 1 - Incidência da dor no pós-operatório de cirurgias intracranianas de acordo com o tempo de pós-operatório

A maior incidência de dor encontrada ocorreu em 23 (62%) pacientes, entre 24 e 48 horas após a cirurgia, decaindo até o 5º PO, sendo que 21 (91%) pacientes não relataram sentir dor após esse período. Entre o 5º PO e 7º PO a incidência voltou a elevar-se, sendo que no 7º PO, 2 (23%) pacientes queixaram-se de dor, declinando nos dias seguintes de pós-operatório.

A Figura 2 mostra a intensidade da dor pós-operatória de cirurgias intracranianas de acordo com a evolução no pós-operatório.

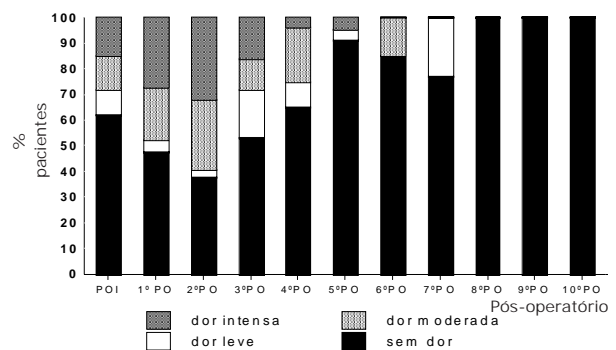


Figura 2 - Intensidade da dor no pós-operatório de cirurgias intracranianas de acordo com o tempo de pós-operatório

Quando analisada a intensidade da dor, em relação à moderada e intensa, foram encontrados os seguintes resultados: intensidade de dor moderada foi verbalizada por 5 (13%) pacientes e 6 (15%) referiram dor intensa no pós-operatório imediato; 8 (20%) e 11 (27%) pacientes no 1º PO. No 2º PO do total de pacientes incluídos neste estudo, 3 pacientes receberam alta. Em relação aos 37 pacientes que permaneceram no estudo, 10 (27%) e 12 (32%) dos pacientes ainda relatavam dor moderada e intensa, respectivamente. No 3º PO, foram avaliados 32 pacientes, sendo que 4 (12%) e 5 (16%) pacientes referiram dor moderada e intensa. No 4º PO, dos 29 pacientes, 6 (21%) e 1 (4%) paciente relataram dor moderada e intensa. No 6º PO, dos 13 pacientes avaliados a dor moderada foi referida por 2 (15%) pacientes.

No 7º PO, nove pacientes ainda permaneciam internados, sendo que 2 (23%) pacientes ainda se queixavam de dor leve. A ausência total de dor foi constatada a partir do 8º PO nos 6 pacientes que ainda permaneciam internados.

De acordo com o diagnóstico clínico, a dor pós-operatória esteve presente em 20 (95%) dos 22 pacientes com tumor supratentorial, em todos os três pacientes com tumor infratentorial, em 86% dos 14 pacientes com aneurisma cerebral e no único paciente com malformação arteriovenosa.

Na Figura 3 são apresentados os dados relativos à localização anatômica da dor no pós-operatório de cirurgias intracranianas.

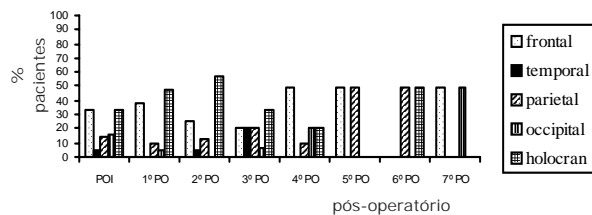


Figura 3 - Localização anatômica da dor no pós-operatório de cirurgias intracranianas

Na análise da região anatômica onde foi relatada maior incidência de queixas de dor, verifica-se que as regiões frontal e holocraniana foram as mais mencionadas pelos pacientes, independentemente do dia de pós-operatório. No 2º PO ocorreu maior incidência de dor moderada a intensa, sendo que 10 (60%) pacientes referiram a dor holocraniana como a mais freqüente.

Dos 40 pacientes avaliados neste estudo, 5 (12,5%) pacientes foram submetidos a incisão cirúrgica na região frontal, 8 (20%) com abordagem temporal, 9 (22,5%) com abordagem parietal, 6 (15%) com abordagem pterional, 6 (15%) com abordagem occipital e 6 (15%) com abordagem bicoronal.

Quando analisado o pico de maior incidência de dor que ocorreu entre o 1º PO e 3º PO, em relação ao local da incisão cirúrgica no couro cabeludo, verificou-se que 11 (31%) dos 35 pacientes referiram a presença de dor. Quatro (36%) pacientes relataram dor sobre a incisão cirúrgica frontal, 3 (27%) pacientes na incisão occipital, 3 (27%) pacientes com abordagem parietal e 1 (9%) paciente na incisão temporal.

Quando analisado os descritores de dor pelo Questionário de Dor de Mc Gill, os descritores apresentados foram os referidos pelos pacientes no momento de maior incidência de dor no pós-operatório, ou seja, entre o 1º PO e o 3º PO. Os descritores utilizados foram palavras como: latejante, tremor, pontada, facada, cortante, pressão, fisgada, queimação, castigante, ardor, cansativa, enjoada, amedrontadora, miserável, espalhada, apertada, fria e aborrecida.

DISCUSSÃO

A incidência, magnitude e duração da dor aguda experimentada por pacientes neurocirúrgicos não é precisamente conhecida, pela falta de estudos clínicos e epidemiológicos bem estruturados.

Quando avaliada a dor durante o período pré-operatório, a única dor referida pelos pacientes (85%)

foi a cefaléia. Na fisiopatologia da pressão intracraniana (PIC), quando começa ocorrer descompensação dos mecanismos de manutenção da PIC em níveis normais, o paciente pode apresentar diversas sintomatologias, sendo uma delas a cefaléia. Apesar de não ser possível a medida invasiva da PIC em pacientes no pré-operatório de craniotomia, internados, os exames de neuroimagem, associados ao exame neurológico, fornecem, de modo indireto, dados que sugerem hipertensão intracraniana. Em estudo realizado com pacientes com patologias cerebrais, a cefaléia ocorreu aproximadamente em 36 a 50% dos pacientes, principalmente com tumores na fase crônica e com aneurismas na fase aguda⁽¹¹⁾. Ao ser analisado o tempo de internação durante o período pré-operatório, verificou-se mediana de 3 dias, porém, variando de 1 a 19 dias. A cefaléia tensional, gerada pela ansiedade por causa do período prolongado de pré-operatório, pode ser mais um dado para explicar a alta incidência de cefaléia nesses pacientes.

Em nosso estudo, 34 (85%) pacientes relataram cefaléia pré-operatória, sendo que 27 (68%) receberam analgesia e 13 (32%) não receberam e/ou não tinham medicação prescrita. Diante desse último resultado, alguns estudos confirmam a inconsistência entre as atitudes dos enfermeiros e o controle da dor na atual prática clínica⁽¹²⁾.

O enfermeiro tem como escolha primária para o controle da dor a administração de medicamentos analgésicos prescritos, porém, verifica-se que há ocorrência de submedicação, principalmente se necessário, sendo que somente 2% dos pacientes recebem a medicação⁽¹³⁾. Em estudo com 22 enfermeiras e 46 pacientes avaliados pelas mesmas, avaliou-se que o alívio completo da dor não foi significativamente relatado pelos pacientes, mesmo com a administração dos analgésicos⁽¹²⁾.

Esse inadequado tratamento da dor pós-operatória pode resultar em avaliações físicas e psicológicas desfavoráveis. Nas alterações físicas, neste estudo encontrou-se o paciente com alterações como: hipertensão arterial, taquicardia, sudorese, insônia, hiperglicemia e outras e, nas alterações psicológicas, ansiedade, depressão, apatia e muitas vezes o paciente era intitulado poliqueixoso⁽⁴⁾.

De acordo com o diagnóstico clínico, neste estudo a maioria dos pacientes com tumores supratentoriais (95%) e todos os pacientes com

tumores infratentoriais e malformação arteriovenosa relataram dor no pós-operatório. Estudo em 24 pacientes com tumores intracranianos, 13 (54%) desses pacientes e 3 (60%) pacientes com malformação arteriovenosa referiram dor pós-operatória⁽⁷⁾.

Quanto à abordagem cirúrgica, neste trabalho verificou-se que 21 (95%) pacientes submetidos à abordagem supratentorial apresentaram dor no pós-operatório. Foram analisados 64 pacientes submetidos a neurocirurgia supratentorial, comparando quanto à eficácia de três esquemas analgésicos em três grupos de pacientes no pós-operatório. Chegou-se à conclusão que a abordagem supratentorial é a mais dolorida e que a prescrição somente de paracetamol é insuficiente para controlar a dor. O grupo que recebeu paracetamol associado ao tramadol ou nalburfina teve melhor resultado no manejo da dor pós-operatória⁽¹⁴⁾.

Neste estudo observa-se que, na UTI, os médicos intensivistas tinham maior preocupação no melhor manejo da dor aguda, a partir de uniformização da prescrição médica em relação ao esquema analgésico. Na unidade de internação, a prescrição médica é realizada pelos residentes da neurocirurgia, sendo observadas variações de condutas em relação ao esquema analgésico no pós-operatório. Na maioria das vezes foi detectada, pela enfermeira da unidade, ausência de analgésicos na prescrição diária.

A incidência da dor pós-operatória em cirurgias intracranianas encontrada neste estudo foi de 93%. Quando comparada a outros estudos, foi encontrada incidência de 59,5⁽⁷⁾ e de 88%⁽¹⁵⁾.

Na análise da classificação da intensidade da dor, verificou-se que 28% dos pacientes referiram dor intensa a moderada no POI. Aqui, verificou-se que 64% dos pacientes relataram dor de moderada a intensa no POI⁽⁷⁾. A crítica a esse estudo é que não há descrição sobre o protocolo de dor utilizado no pós-operatório, diferentemente deste estudo, em que todos os pacientes no POI tinham analgesia prescrita de horário e/ou se necessário. Em outros estudos foi relatado que 67⁽⁸⁾ e 84%⁽¹⁵⁾ dos pacientes relataram dor moderada a intensa no POI.

Neste estudo, o pico de dor moderada a intensa ocorreu no 2º PO em 59% dos pacientes. Em outros estudos foram encontrados em 24⁽⁷⁾ e em 32%⁽⁸⁾ dos pacientes. O motivo dessa discrepância entre os resultados deste estudo com a literatura foi

a alta da maioria dos pacientes da UTI para a unidade de internação, perdendo-se a uniformidade da analgesia pós-operatória dos médicos intensivistas para os médicos residentes.

Em outros estudos a dor pós-operatória em craniotomias foi avaliada em até 72 horas^(7-8,15). Neste trabalho foi avaliada a dor até a alta do paciente, ou seja, até o 10º PO. Assim, foi constatado que a incidência de dor voltou a se elevar entre o 6º PO e 7º PO, com 4 (38%) pacientes relatando dor. Fato relacionado à redução da prescrição e administração das drogas analgésicas no 5º PO, onde se observou que 91% dos pacientes estavam com ausência de dor pós-operatória.

Com relação à queixa anatômica da dor, foi relatado neste estudo que 60 e 26% dos pacientes referiram a dor holocraniana e frontal, respectivamente, sendo mais freqüente no 2º PO. Quando comparado com outro estudo, a dor frontal foi encontrada em 68% dos pacientes e em apenas 4,5% dos pacientes queixaram-se de dor holocraniana⁽⁷⁾.

Os descritores mais utilizados para qualificar a dor pós-operatória em cirurgias intracranianas foram palavras como: latejante, tremor, pontada, facada, cortante, pressão, fisgada, queimação, castigante, ardor, cansativa, enjoada, amedrontadora, miserável, espalhada, apertada, fria e aborrecida. Diante desses descritores podemos concluir que o componente sensorial, ou seja, aquele que está relacionado aos sistemas de condução rápida da dor, foi o que mais esteve presente nos pacientes aqui apresentados. Comparado com outro estudo, verificou-se que palavras como tensão, pulsátil, pontada, contínua, pesada, forte, também foram citadas e estão relacionadas também à propriedade sensitiva da dor⁽⁷⁾.

CONCLUSÕES

Tanto os pacientes no pré-operatório (85%) como no pós-operatório (93%) de craniotomia relataram sentir dor, sendo que no pré-operatório a dor referida foi do tipo cefaléia. O pico de maior incidência da dor foi encontrado no 2º PO e de menor incidência a partir do 7º PO.

A intensidade da dor de moderada a intensa foi maior do 1º PO ao 3º PO, localizada na região frontal ou do tipo holocraniana. Os descritores mais

utilizados para qualificar a dor pós-operatória foram palavras como: latejante, tremor, pontada, facada, cortante, pressão, fisgada, queimação, castigante, ardor, cansativa, enjoada, amedrontadora, miserável, espalhada, apertada, fria e aborrecida.

A dor pós-operatória de cirurgias intracranianas, portanto, é um importante problema clínico que merece grande atenção dos membros da equipe multidisciplinar, tanto na sua detecção como no tratamento adequado e individualizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chung JWY, Lui JCZ. Postoperative pain management: study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nurs Health Sciences* 2003; 5:13-21.
2. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain* 1994; 56(3):299-306.
3. Tsui SL, Lo RJ, Tong WN, Yang JC, O'regan AM, Ng KF, Lamg CS. A clinical audit for postoperative pain control on 1443 surgical patients. *Acta Anaesthesiol Sin* 1995; 33(3):137-48.
4. Cousins MJ. Acute pain and the injury response: immediate and prolonged effects. *Reg Anesth* 1989; 14(4):162-79.
5. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 março-abril; 11(2):215-9.
6. Carpenter RL, Abram SE, Bromage MD, Rauck RL. Consensus statement on acute pain management. *Reg Anesth* 1996 Nov-Dec; 21(6 Suppl):152-6.
7. De Benedittis G, Lorenzetti A, Migliore M, Spagnoli D, Tiberio F, Villani RM. Postoperative pain in neurosurgery: a pilot study in brain surgery. *Neurosurgery* 1996; 38(3):466-70.
8. Sierzant TL, Shepherd M, Miller EH, Belgrade M. Post-operative pain management of the neurosurgical patient: craniotomy and laminectomy. In: 32nd Annual Meeting of American Association of Neuroscience Nurses; 2000 March. New Orleans (LA). EUA: Program Book; 2000. p.497-500.
9. Dunbar PJ, Visco E, Lam A. Craniotomy procedures are associated with less analgesic requirements than other surgical procedures. *Anesth Analg* 1999; 88(2):335-40.
10. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de Mc Gill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enfermagem USP* 1996; 30(3):473-83.
11. Silberstein SD, Marcellis J. Headache associated with changes in intracranial pressure. *Headache* 1992; 32(2):84-94.
12. Broome ME, Slack JF. Influences on nurses management of pain in children. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1990 May-Jun; 15(3):158-62.
13. Burokas L. Factors affecting nurses' decisions to medicate pediatric patients after surgery. *Heart Lung* 1985; 14(4):373-9.
14. Verchère E, Grenier B, Mesli A, Siao D, Sesay M, Maurette P. Postoperative pain management after supratentorial craniotomy. *J Neurosurg Anesthesiol* 2002; 14(2):96-101.

15. Quiney N, Cooper R, Stoneham M, Walters F. Pain after craniotomy: a time for reappraisal? *Br J Neurosurg* 1996 Jun; 10(3):295-9.