



Enfermería Global
E-ISSN: 1695-6141
eglobal@um.es
Universidad de Murcia
España

Rubio Soares, Jamyle; Martin, Andrea Regina; Oliveira de Arruda, Guilherme; Silva Marcon, Sonia; da Silva Barreto, Mayckel
Factores asociados al nivel de dolor en la admisión y en el alta en víctimas de trauma
Enfermería Global, vol. 16, núm. 1, enero, 2017, pp. 130-142
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365849076006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



ORIGINALES

Fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta em vítimas de trauma

Factores asociados al nivel de dolor en la admisión y en el alta en víctimas de trauma

Factors associated with level of pain in admission and high in victims of trauma

*Soares, Jamyle Rubio *Martin, Andrea Regina **de Arruda, Guilherme Oliveira ***Marcon, Sonia Silva ****Barreto, Mayckel da Silva

*Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN). Mandaguari, Paraná. E-mail: jamyllle_rubio@hotmail.com **Doutorando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). ***Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paran. ****Doutorando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Coordenador do curso de Enfermagem da Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná (FACINOR). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN). Mandaguari, Paraná, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.240431>

RESUMO

Introdução: Diferentes fatores podem estar associados à gênese e manutenção do quadro algico em vítimas de trauma. A subavaliação e o subtratamento da dor aguda nas unidades emergenciais têm acarretado em um atendimento desqualificado, aumentando a morbidade e o tempo de internação. O objetivo desta investigação foi verificar os fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta em vítimas de trauma.

Metodologia: Estudo transversal, realizado com 92 vítimas de trauma atendidas em uma unidade emergencial no Sul do Brasil. A intensidade e localização da dor foram avaliadas, respectivamente, por meio da escala numérica de dor e diagrama corporal. Os dados foram analisados com o auxílio de estatística não paramétrica.

Resultados: Os achados demonstraram que estiveram associadas à dor mais intensa na admissão ou na alta características como: sexo masculino, idade mais jovem, cor da pele não branca, presença de companheiro, lesões do tipo queimadura, presença de prescrição medicamentosa, administração analgésica por via endovenosa e tempo superior a 30 minutos para melhora da dor com a farmacoterapia.

Conclusão: A instituição de protocolos ou algoritmos de mensuração e tratamento da dor pelos profissionais de saúde nas unidades emergenciais deve considerar tais características a fim de se prestar uma assistência resolutiva e de qualidade.

Palabras chave: Dor Aguda; Medição da Dor; Manejo da Dor; Ferimentos e Lesões; Serviços Médicos de Emergência

RESUMEN

Introducción: Diferentes factores pueden estar asociados a la génesis y mantenimiento del cuadro de dolor en víctimas de trauma. La baja evaluación y el bajo tratamiento del dolor agudo en las unidades de urgencia han llevado a una atención descalificada, aumentando la morbilidad y el tiempo de internación. El objetivo de esta investigación fue verificar los factores asociados al nivel de dolor en la admisión y en el alta en víctimas de trauma.

Metodología: Estudio transversal, realizado con 92 víctimas de trauma atendidas en una unidad de urgencia en el Sur de Brasil. La intensidad y ubicación del dolor fueron evaluadas, respectivamente, por medio de la escala numérica de dolor y diagrama corporal. Los datos fueron analizados con ayuda de la estadística no paramétrica.

Resultados: Los hallazgos indicaron asociación del dolor más intenso en la admisión o en el alta a características como: sexo masculino, edad más joven, color de la piel no blanca, presencia de compañero, heridas ocasionadas por quemadura, presencia de prescripción medicamentosa, administración analgésica por vía endovenosa y tiempo superior a 30 minutos para mejora del dolor con la farmacoterapia.

Conclusión: La institución de protocolos o algoritmos de medición y tratamiento del dolor por los profesionales de salud en las unidades de urgencia debe considerar tales características a fin de prestar una asistencia resolutiva y de calidad.

Palabras clave: Dolor Agudo; Dimensión del Dolor; Manejo del Dolor; Heridas y Traumatismos; Servicios Médicos de Urgencia

ABSTRACT

Introduction: Different factors may be associated with the genesis and maintenance of pain symptoms in trauma. the underevaluation and undertreatment of acute pain in emergency units have called in an unqualified care, increasing morbidity and length of hospital stay. the objective of this investigation was to determine the factors associated with the level of pain on admission and at discharge in trauma.

Methodology: Cross-sectional study with 92 trauma victims treated at an emergency unit in southern brazil. the intensity and location of pain were assessed, respectively, through the numerical pain scale and body diagram. data were analyzed with the aid of non-parametric statistics.

Results: The results showed that were associated with more severe pain on admission or discharge characteristics like being male, younger age, non-white skin color, companion presence, burn-like lesions, presence of drug prescription, analgesic administration intravenously and longer than 30 minutes for pain relief with pharmacotherapy.

Conclusion: The imposition of protocols or algorithms of measurement and treatment of pain by health professionals in emergency units should consider these characteristics in order to provide a resolute and quality care

Keywords: Acute Pain; Pain Measurement; Pain Management; Wounds and Injuries; Emergency Medical Services

INTRODUÇÃO

Atualmente as causas externas representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Juntos, acidentes e violências têm aumentado o

número de atendimentos nas unidades emergenciais e representam quase sempre a segunda ou terceira causa de mortes⁽¹⁻³⁾. Nesta conjuntura, potencializam-se os gastos públicos com hospitalizações, invalidezes, pensões e aposentadorias precoces⁽⁴⁾.

Tais apontamentos justificam a quantidade crescente de estudos sobre a morbimortalidade por causas externas tanto em homens⁽¹⁾, quanto em mulheres⁽²⁾. No entanto, apesar de a dor ser consequência inexorável do trauma e causar prejuízos significativos ao indivíduo, ela não vem sendo estudada na mesma proporção⁽⁵⁾.

A dor aguda, definida como experiência sensorial e emocional desagradável causada por lesões tissulares reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões, de início súbito ou lento e de qualquer intensidade⁽⁶⁾, constitui sintoma de elevada importância na prática clínica. Em decorrência da subjetividade envolvida em sua experiência e mensuração, pesquisadores tem indicado a necessidade de se criar instrumentos objetivos que uniformizem o processo avaliativo dos pacientes que apresentam doenças, agravos ou lesões com características algicas⁽⁷⁾.

Estudos atuais^(5,7-8) apontam que a ausência de padronização nos instrumentos avaliativos, acarreta inconsistência no conhecimento do perfil dos pacientes com dor aguda vítimas de trauma, bem como nos fatores associados à sua ocorrência e manutenção. Por conseguinte, o atendimento a estes indivíduos é desqualificado, pois há subavaliação e subtratamento da dor nas unidades emergenciais, o que aumenta a morbidade e o tempo de internação⁽⁹⁾. Além disso, os principais estudos que têm investigado o nível de dor entre vítimas de trauma, apresentam apenas a prevalência de dor nos momentos de admissão e alta⁽¹⁰⁾ ou os escores médios de dor em escalas numéricas gerais⁽¹¹⁾, isto é, sem considerar a estratificação da análise conforme características importantes como as sócio-demográficas, da lesão e das medidas de alívio da dor implementadas.

Desta forma, este estudo se justifica pelo fato de a avaliação da dor ser relevante no atendimento emergencial à vítima de trauma com queixa algica, tanto no momento de admissão, quanto de alta da unidade de saúde. Entretanto, por ser um fenômeno subjetivo, que demanda a utilização de instrumentos padronizados, conhecimento científico e tempo, com frequência há dificuldade em sua avaliação e, conseqüentemente, pouco se conhece sobre o perfil das vítimas de trauma com dor, atendidas nas unidades emergenciais, bem como os fatores associados à ocorrência, manutenção e melhora do quadro algico⁵. Isto dificulta a sensibilização de profissionais da área da saúde para o planejamento de ações, programas e alocação de recursos materiais e humanos visando à avaliação, tratamento e controle da dor aguda⁽⁸⁾.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo verificar os fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta em vítimas de trauma atendidas em uma unidade emergencial.

MÉTODOS

Estudo descritivo de corte transversal, realizado em um pronto atendimento público no Sul do Brasil, que teve como questão de pesquisa: quais os fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta, em vítimas de trauma atendidas em uma unidade emergencial? A unidade conta com dois postos de enfermagem, sala de emergência

com dois leitos, sala de observação com seis poltronas e três quartos de internação, sendo um feminino, um masculino e outro pediátrico, com três leitos cada.

Participou do estudo uma amostra por conveniência de 92 indivíduos vítimas de trauma que compareceram à unidade no período de coleta de dados e que atenderam aos seguintes critérios: ter 18 anos ou mais; referir dor aguda após trauma físico, independente do fator desencadeador; e ser admitido e receber alta da unidade de saúde no mesmo período (07:00 às 13:00). Foram excluídos os pacientes que estavam intubados, sedados e que não conseguiam responder as questões em decorrência do trauma (08 casos) ou que se negaram a participar do estudo (02 casos).

Os dados foram coletados de segunda a sexta-feira no período das 07:00 às 13:00 horas, nos meses de outubro e novembro de 2013, por meio de entrevistas estruturadas, nas quais os pesquisadores seguiram um roteiro de perguntas previamente estabelecido. Tais entrevistas foram realizadas em local privativo na própria unidade emergencial, logo após o atendimento médico inicial e a implementação de cuidados e administração de medicamento pela equipe de enfermagem. Foi utilizado um questionário semiestruturado, cujas questões norteadoras se centravam em gerar informações relativas ao perfil sócio-demográfico do sujeito, ao evento traumático e ao tratamento instituído. Também foram coletadas nos prontuários informações referentes aos fármacos analgésicos prescritos e procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor instituídos (compressão local, imobilização e frigoterapia). Os pacientes foram reavaliados no momento da alta médica para o domicílio no que se refere à intensidade da dor.

Para a avaliação da intensidade e localização da dor, foi aplicada respectivamente a escala numérica de dor (END), a qual varia de zero (ausência de dor) a 10 pontos (dor severa/pior dor possível) e o diagrama corporal (desenho do corpo humano, no qual o paciente indicava o local da dor).

Os dados coletados foram compilados no programa computacional Microsoft Office Excel 2010[®] e posteriormente transferidos para o programa estatístico IBM SPSS 20[®], no qual foram realizados os testes estatísticos que auxiliaram a análise dos dados. As pontuações referentes ao nível de dor na admissão e na alta do serviço emergencial foram submetidas aos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro Wilk*, verificando-se que os dados da variável nível de dor não apresentavam uma distribuição normal, nem mesmo, estratificando-se as pontuações pelas variáveis independentes de estudo (sócio-demográficas, da lesão e da analgesia). Deste modo, foram adotados os testes não paramétricos de *Mann Whitney*, para duas amostras independentes (variáveis dicotômicas), e o de *Kruskal Wallis* para múltiplas amostras independentes (variáveis politômicas). Considerou-se o valor de $p < 0,05$ como nível de significância estatística.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seu projeto aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE: 20517513.3.0000.0104). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

A maioria dos indivíduos estudados era do sexo feminino, com idade entre 18 e 49 anos, de cor da pele não branca, sem companheiro e com escolaridade maior que oito anos. Em relação ao nível de dor no momento da admissão no serviço de saúde, verificou-se que a mediana foi significativamente maior nos indivíduos com idade entre 18 e 49 anos. Ao passo que, no momento da alta, as medianas do nível de dor foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos do sexo masculino, de cor da pele não branca e com companheiro (Tabela I).

Tabela I: Distribuição e comparação do nível de dor na admissão e na alta, segundo características sócio-demográficas de pacientes vítimas de trauma, Mandaguari-PR, 2013.

Variáveis	n	%	Md* – dor na admissão	p	Md* – dor na alta	p
Sexo						
Masculino	41	44,6	08	0,160	03	0,024**
Feminino	51	55,4	07		01	
Idade						
18 - 49 anos	71	77,2	08	0,037**	03	0,955
50 ou mais	21	22,8	06		01	
Cor da pele						
Branca	25	27,2	08	0,432	01	0,014**
Não-branca	67	72,8	07		03	
Situação conjugal						
Sem companheiro	51	55,4	07	0,801	01	0,016**
Com companheiro	41	44,6	07		05	
Escolaridade						
≤ 08 anos	42	45,7	07	0,304	03	0,911
> 08 anos	50	54,3	08		2,5	

*Mediana. **P-valor significativo no Teste de *Mann Whitney* para amostras independentes.

No que se refere às características da lesão das vítimas de trauma, conforme evidenciado na (Tabela II), o corte e os membros inferiores corresponderam, respectivamente, ao tipo e ao local de lesão mais frequentemente observados, sendo que o acidente doméstico foi o desencadeador do trauma referido pela maioria dos indivíduos.

Houve diferença estatística entre as medianas de dor tanto no momento da admissão, quanto da alta dos pacientes em relação aos diferentes tipos de lesão. Encontrou-se que as queimaduras apresentaram a mediana de dor mais elevada no momento da admissão (Md=09), enquanto as perfurações a mediana mais baixa (Md=05). No momento da alta, novamente as queimaduras apresentaram a mediana mais elevada (Md=05), enquanto as escoriações apresentaram mediana de dor igual a zero. Vale ressaltar que todos os pacientes apresentaram queimaduras leves e de primeiro e segundo grau concomitantemente.

Apesar de na avaliação do desencadeador da lesão não ter sido evidenciada diferença estatisticamente mensurável, pode-se observar que os acidentes de trânsito apresentaram as maiores medianas de dor tanto na admissão, quanto na alta do paciente (Md=08 e Md=03, respectivamente). Em relação ao local da lesão também não foram evidenciadas diferenças estatísticas, porém os sítios anatômicos com

medianas de dor na admissão mais elevadas foram: abdome (Md=09), membros superiores e cabeça/pescoço (Md=08 cada) e no momento da alta: membros superiores e inferiores (Md=03 cada) (Tabela II).

Tabela II: Distribuição e comparação do nível de dor na admissão e na alta, segundo características da lesão de pacientes vítimas de trauma, Mandaguari-PR, 2013.

Variáveis	n	%	Md* – dor na admissão	p	Md* – dor na alta	p
Tipo de lesão***						
Queimadura	06	6,5	09		05	
Fratura	23	25,0	08		03	
Corte	41	44,6	07	0,018**	01	0,002**
Escoriação	10	10,9	07			
Esmagamento	10	10,9	05			
Perfuração	02	2,2	05			
Desencadeador da lesão						
Acidente de trânsito	24	26,1	08		03	
Acidente doméstico	48	52,2	07	0,738	03	0,103
Acidente de trabalho	17	18,5	07			
Queda em via pública	03	3,3	06			
Local da lesão						
Abdome	03	3,3	09		02	
Membros superiores	29	31,5	08		03	
Cabeça/pescoço	11	12,0	08	0,343	01	0,769
Membros inferiores	41	44,6	07			
Tórax	08	8,7	06			

*Mediana. ** P-valor significativo no Teste de Kruskal Wallis para múltiplas amostras independentes.

*** Considerado apenas o tipo de lesão predominante no local lesionado.

No concernente às medidas de analgesia, a grande maioria das vítimas de trauma inquiridas, apresentou prescrição medicamentosa para o alívio da dor (95,7%), recebeu a medicação por via intramuscular (IM) ou subcutânea (SC) de administração (76,1%) e obteve melhora do quadro algico após 30 minutos da administração do fármaco (59,8%).

Observou-se que o nível de dor na admissão e na alta daqueles que receberam prescrição medicamentosa e que obtiveram melhora da dor após 30 minutos da administração da farmacoterapia, foi significativamente maior. Para aqueles que receberam a medicação por via endovenosa (EV) o nível de dor também foi significativamente maior no momento da alta da unidade de saúde (Tabela III).

A maior parte dos entrevistados (70,7%) foi submetida a alguma medida não farmacológica para alívio da dor (compressão local, imobilização e frigoterapia), sendo que destes, a maioria apresentou diminuição da dor após 30 minutos do início da técnica, porém sem diferenças estatísticas entre os grupos (Tabela III).

Tabela III: Distribuição e comparação do nível de dor na admissão e na alta, segundo características das medidas de analgesia aplicadas aos pacientes vítimas de trauma, Mandaguari-PR, 2013.

Variáveis	n	%	Md ^{***} – dor na admissão	p	Md ^{***} – dor na alta	p
Medicação						
Sim	88	95,7	7,5	0,001 ^{****}	3,5	0,010 ^{****}
Não	04	4,3	01		00	
Via de administração						
IM ou SC	70	76,1	07	0,277	02	0,008 ^{****}
EV	18	19,6	08		05	
Tempo de melhora [*]						
< 30'	35	38,0	05	<0,001 ^{****}	01	<0,001 ^{****}
≥ 30'	55	59,8	08		03	
Medidas farmacológicas						
Sim	65	70,7	08	0,314	03	0,353
Não	27	29,3	07		01	
Tempo de melhora ^{**}						
< 30'	24	26,1	08	0,325	2,5	0,140
≥ 30'	27	29,3	08		01	

^{*}Tempo de melhora com medidas farmacológicas; ^{**}Tempo de melhora com medidas não farmacológicas; ^{***}Mediana; ^{****}P-valor significativo no Teste de Mann Whitney para amostras independentes.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise dos dados evidenciou-se que, nos pacientes vítimas de trauma o nível de dor mais elevado esteve associado a características sócio-demográficas, tanto no momento da admissão (idade mais jovem), quanto no momento da alta (sexo masculino, cor da pele não branca e presença de companheiro). Investigações realizadas em diferentes partes do país evidenciaram perfil semelhante, entre aqueles vitimados pelo trauma grave, com predominância de indivíduos do sexo masculino, adultos jovens e cor da pele parda/negra^(1,4).

Desta forma, há que se considerar o fato de a maior parte dos traumas graves, relacionados às violências e aos acidentes de trânsito e trabalho, ocorrer nos indivíduos com as características supracitadas, o que desencadeia processos dolorosos mais intensos. Assim, os profissionais de saúde, durante o atendimento às vítimas de trauma nas unidades emergenciais, devem buscar correlacionar o perfil sócio-demográfico, o desencadeador do trauma e o nível de dor do indivíduo, isto porque a assistência pautada nas evidências clínicas e no perfil do paciente humaniza, qualifica e aumenta a resolutividade do cuidado.

No que tange à percepção da dor pelas vítimas de trauma, mais precisamente no momento da alta da unidade emergencial, cabe ressaltar a diferença significativa observada entre os sexos. A literatura internacional aponta que existe associação entre o sexo e o limiar de dor ou tolerância à mesma. Em revisão sistemática com meta-análise, realizada junto a estudos publicados entre 1950 e 2011, os autores evidenciaram a influência do sexo sobre a percepção e manifestação do nível da dor, mas principalmente, sugeriram relação com os fatores sociais e culturais de gênero⁽¹²⁾.

Investigação realizada na Inglaterra e Líbia, que comparou homens e mulheres submetidos a testes de estímulo à dor, mostrou que os homens apresentavam maior tolerância e na escala numérica da dor usavam níveis mais baixos para manifestar a intensidade da dor que sentiam⁽¹³⁾, o que destoa dos resultados do presente estudo. Provavelmente isto ocorre porque países europeus conservadores ou de religião predominantemente islâmica tem uma visão cultural da figura masculina como forte, provedora e que dificilmente pode demonstrar seus sentimentos, inclusive a dor. Além do mais, o fato de os homens se envolverem em ocorrências traumáticas mais violentas e de maior impacto fisiológico fazem com que nos estudos com vítimas de trauma, eles se queixem mais que as mulheres da dor aguda⁽¹⁴⁾.

Assim, há que se reconhecer as especificidades relacionadas à sensação e causa da dor, às características do trauma e às questões culturais, o que remete ao profissional a necessidade de avaliar de maneira adequada, particular e individual caso a caso, de modo a não tomar como regra a tolerância masculina à dor, uma vez que os desencadeadores dos traumas e as próprias lesões podem ser mais graves e intensos neles.

Outra característica que merece destaque é o estado civil. Estudo realizado com pacientes que vivenciavam dores crônicas observou maior prevalência de casos entre os casados⁽¹⁵⁾. Por sua vez, não foram encontradas pesquisas realizadas junto a pacientes traumatizados com dor aguda que enfatizassem a situação conjugal. Em tratando-se do delineamento do perfil dos atendimentos emergenciais às vítimas do trauma e da atenção particularizada ao paciente com dor aguda, mostra-se essencial que os profissionais de saúde considerem o contexto social destes indivíduos, e nele, o estado civil. Basta ver que esta variável frequentemente está atrelada à idade mais elevada, a qual por sua vez, predispõe experiências dolorosas desencadeadas, amiúde, por acidentes ocupacionais, tendo em vista a necessidade de trabalhar para prover a manutenção do lar e do bem estar da família.

Em relação ao tipo de lesão evidenciou-se que as queimaduras apresentaram a mediana de dor mais elevada no momento da admissão (Md=09) e no momento da alta do paciente da unidade de saúde (Md=05). De fato, queimaduras são lesões agudas intensamente doloridas⁽¹⁶⁾. Estudos de revisão da literatura apontaram que a dor no paciente queimado, frequentemente está associada à própria lesão, a ansiedade e a realização de procedimentos dolorosos, o que torna a experiência ainda mais traumática para quem a vivencia⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Portanto, a dor aguda por queimadura precisa ser valorizada durante a avaliação e as intervenções clínicas realizadas pelos profissionais de saúde.

Entretanto, percebe-se na prática que em muitos casos a dor nos pacientes queimados pode ser subestimada pelos profissionais de saúde, pois ainda não existe consenso científico sobre o tema e nem métodos efetivos de avaliação da dor para tais pacientes. Deste modo, o manejo da dor, que é essencial para a recuperação do indivíduo, deve levar em consideração a individualidade do mesmo e os fatores que desencadearam a lesão⁽¹⁷⁾.

Na presente investigação apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre os desencadeadores do trauma, pode-se observar, tanto na admissão, quanto na alta, que o nível de dor foi maior naqueles envolvidos em acidentes de trânsito. Pesquisadores da Turquia, Israel e Estados Unidos têm relacionado populações jovens às consequências graves dos eventos no trânsito.

Apontam o uso de álcool e drogas, a velocidade excessiva, os comportamentos de risco e a desobediência às leis de trânsito como feitos inerentes aos jovens em geral^(3,18-19). Deste modo, se apresenta como mandatário a avaliação criteriosa do paciente vítima de acidente automobilístico com relação à dor aguda, assim como a identificação, o registro e a análise de dados que apontem fatores associados à ocorrência do trauma e ao nível de dor decorrente.

Vale destacar, no entanto, o resultado de um estudo realizado no Sul do Brasil, o qual demonstrou que os motociclistas que foram a óbito em decorrência de traumas eram aqueles com mais de 40 anos, trazendo novas indicações sobre motociclistas vítimas de trauma grave⁽²⁰⁾. Logo, os profissionais da saúde devem avaliar de maneira criteriosa a dor aguda não apenas entre os mais jovens, mas também entre os mais velhos, já que estes estão envolvidos em acidentes automobilísticos relacionados aos traumas graves. Assim, na atual conjuntura contemporânea, todas as idades merecem atenção das políticas públicas preventivas de acidentes, bem como cuidados especiais dentro das unidades emergenciais, no que tange à dor aguda.

No momento da admissão, mesmo sem diferença estatística, observou-se que os locais anatômicos que apresentaram mediana de dor mais elevada foram abdome e membros superiores, enquanto que na alta foram os membros superiores e inferiores. Para uma adequada assistência ao paciente vítima de trauma é essencial além da mensuração da dor, a avaliação de sua localização, uma vez que isto permite a identificação de traumas internos em órgãos adjacentes. Especificamente em relação aos membros, se faz importante detalhar a localização da dor, já que ela pode proceder de estruturas anatômicas como articulação, osso, músculo, tendão e ligamentos, o que, dependendo do local acometido, modifica a conduta clínica dos profissionais de saúde⁽¹³⁾.

Em relação às medidas de analgesia, pode-se evidenciar que a grande maioria das vítimas de trauma recebeu medicação para o alívio da dor, principalmente por via de administração intramuscular ou subcutânea, sendo que a mediana de dor na alta, nestes casos, foi significativamente mais baixa quando comparada com os indivíduos que receberam medicação por via endovenosa. Esta aparente contradição se dá pelo fato de que a medicação administrada por via endovenosa produz efeito quase imediato e foi descrita como significativamente associada ao alívio mais rápido da dor em outra pesquisa⁽²¹⁾. Contudo, por via subcutânea, administra-se anestésico para a realização de suturas e isso por si só já diminui a dor local. Vale ressaltar ainda que os pacientes que receberam medicação por via endovenosa já possuíam níveis de dor mais elevados no momento da admissão, o que pode ter interferido no fato de também apresentarem no momento da alta.

Os pacientes que relataram melhora do quadro algico após 30 minutos da administração da farmacoterapia possuíam medianas de dor mais elevadas, tanto na admissão quanto na alta. Talvez, isto decorra do fato de a maior parte das medicações terem sido administradas por via intramuscular ou subcutânea, as quais apresentam maior tempo de absorção e, por conseguinte, para ação.

Contudo, para além de se considerar o tempo necessário para alívio da dor após a administração de medicação analgésica, se faz imperioso ponderar os resultados de um estudo realizado com mais de mil usuários do pronto-socorro de um hospital de grande porte localizado nos Estados Unidos, o qual demonstrou que o diagnóstico de desconforto algico por parte dos profissionais, levava aproximadamente 55 minutos

para ser estabelecido. Acrescido a isto, decorriam quase 60 minutos para que ocorresse a prescrição médica de analgésico e a sua administração pela equipe de enfermagem⁽²²⁾.

Tal constatação aponta para a necessidade de se elaborar ações urgentes que busquem resolver este nó-crítico da assistência, relacionada ao longo tempo para o controle da dor nas unidades emergenciais. Isto porque, a unidade emergencial é o setor hospitalar que acolhe indivíduos recém-vitimados por diversos tipos de lesão traumática que são, em muitos casos, classificados como urgências. Esta classificação se dá, não somente em decorrência da gravidade geral do trauma, mas também pelo elevado nível de dor apresentado no momento do acolhimento e da admissão no setor. Desta forma, o controle da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde. O seu alívio pode ser compreendido como um direito humano básico e, portanto, extrapola a questão clínica e vai ao encontro da questão ética que envolve os profissionais de saúde⁽²¹⁾. Além da terapia medicamentosa, usada de forma isolada ou em combinação com outras medidas terapêuticas, é fundamental, para o controle da dor, a aplicação de medidas não-farmacológicas, como, por exemplo, as intervenções cognitivo-comportamentais e os agentes físicos⁽⁵⁾.

Na presente investigação a maior parte dos entrevistados (70,7%) foi submetida a alguma medida não farmacológica de alívio da dor (compressão local, imobilização e frigoterapia), diferentemente de estudo realizado na Holanda com 1.407 pessoas atendidas em serviços de emergência, em que cerca de 25,0% delas recebeu medidas não-farmacológicas⁽¹¹⁾. Considerando-se que a maioria dos indivíduos que recebeu medidas não farmacológicas de alívio da dor também apresentou diminuição da dor após 30 minutos do início da técnica, ressalta-se que a adoção de medidas não farmacológicas pode aumentar as chances de sucesso no controle da dor aguda em pacientes vítimas de trauma e se constitui em uma possibilidade de intervenção que pode ser prescrita e implementada, não apenas pelo profissional médico, mas também pelo enfermeiro.

Por fim destaca-se que um estudo holandês sobre o manejo da dor aponta que, de forma geral, inexistem protocolos ou diretrizes baseados em evidências e que abordem questões como eficácia e segurança dos fármacos e procedimentos utilizados para o controle da dor entre pacientes vítimas de trauma, independentemente da etapa da cadeia de cuidados de emergência em que o indivíduo se encontre⁽⁹⁾. Embora o presente estudo tenha focalizado a investigação sobre pacientes atendidos em pronto atendimento fixo, salienta-se que, já no atendimento pré-hospitalar móvel, a dor constitui a principal queixa de pacientes vítimas de trauma, o que requer dos profissionais de saúde atenção qualificada já a partir desta etapa de cuidados.

Após a investigação de riscos à integridade vital do paciente vítima de trauma por meio da avaliação inicial (quadro clínico e neurológico), o manejo da dor deve ser uma prioridade, visto a existência de uma variedade de situações que contribuem para a instalação do quadro algico. É primordial que a equipe de saúde conheça os efeitos danosos da permanência da dor, como o sofrimento, alterações neurovegetativas e a restrição à mobilidade física provocada, e que assuma a responsabilidade pelo seu controle e/ou pelo menos seu alívio⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram evidenciar que estiveram significativamente associadas ao nível de dor mais elevado no momento da admissão a idade mais jovem (18 a 49 anos), as lesões do tipo queimadura, a necessidade de prescrição medicamentosa e o tempo superior a 30 minutos para melhora do quadro algico com a farmacoterapia. Já no momento da alta para o domicílio esteve significativamente associado ao nível de dor mais elevado: sexo masculino, cor de pele não branca, presença de companheiro, lesões do tipo queimadura, prescrição medicamentosa analgésica, administração por via endovenosa e tempo de melhora com a farmacoterapia superior a 30 minutos.

Apesar destes achados, que podem direcionar a prática assistencial nas unidades emergenciais ao se considerar tais características durante a avaliação e o manejo da dor aguda em indivíduos vítimas de trauma, há que se considerar que o estudo possui limitações metodológicas. Uma delas é o fato de a amostra ter sido constituída por conveniência, o que circunscreve os resultados a população avaliada. A outra se relaciona ao fato de a coleta de dados ter ocorrido de segunda a sexta-feira durante o período matutino, isto fez com que não participassem do estudo pessoas envolvidas em violência, as quais ocorrem com maior frequência nos finais de semana, em período noturno e associadas ao abuso de álcool e outras drogas. Assim, não se avaliou os fatores associados ao nível de dor aguda em indivíduos envolvidos em violências.

Frente aos resultados arrolados e as limitações do presente estudo, salienta-se que a identificação do nível de dor do paciente vitimado pelo trauma constitui-se etapa indispensável e fundamental para a identificação de lesões, a estabilização do quadro geral do paciente e a oferta de conforto ao mesmo. Desse modo, aponta-se para a necessidade de novas investigações que focalizem o manejo da dor desde o atendimento pré-hospitalar (seja ele móvel ou fixo), e que contribuam para a sistematização do cuidado ao paciente traumatizado com dor, por meio, por exemplo, da instituição de protocolos ou algoritmos de mensuração e tratamento da dor; do registro sistemático dos níveis aferidos e das medidas implementadas; e da identificação de fatores associados às diferenças nestes níveis.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa TLA, Gomes LMX, Barbosa VA, Caldeira AP. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. Ciên Saúd Coletiva. 2013;18(3):711-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300017&script=sci_arttext
2. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. Texto contexto enferm. 2013;22(4):980-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400014&script=sci_arttext
3. Hsia RY, Srebotnjak T, Maselli J, Crandall M, McCulloch C, Kellermann AL. The association of trauma center closures with increased inpatient mortality for injured patients. J Trauma Acute Care Surg. 2014; 76(4):1048-54. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4217699/>
4. Santos F, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VMR, et al. Traumatismo Cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-

- socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Min Enferm. 2013; 17(4):882-93. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/893>
5. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):146-52.
6. Lira MOSC, Carvalho MFAA. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. Rev Rene. 2013; 14(1):71-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100020&script=sci_arttext
7. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Rev Bras Reumatol. 2011; 51(4):299-308. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>
8. Nascimento LA, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):50-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100007&script=sci_arttext-&tlng=en
9. Dijkstra BM, Berben SAA, Van Dongen RTM, Schoonhoven L. Review on pharmacological pain management in trauma patients in (pré-hospital) emergency medicine in the Netherlands. Eur J Pain. 2013; 18(1):03-19. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1532-2149.2013.00337.x/epdf>
10. Berben SA, Meijs TH, Van-Dongen RT, Van-Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ, et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency Department. Injury. 2008; 39(5): 578-85. Disponível em: [http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(07\)00165-9/pdf](http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(07)00165-9/pdf)
11. Berben SA, Schoonhoven L, Meijs TH, Van-Vugt AB, Van-Gruns PM. Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services. Clin J Pain. 2011; 27(7):587-92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21505324>
12. Alabas OA, Tashani OA, Tabassam G, Johnson MI. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. Eur J Pain. 2012; 16(9):1211-23. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1532-2149.2012.00121.x/epdf>
13. Alabas OA, Tashani OA, Johnson MI. Effects of ethnicity and gender role expectations of pain on experimental pain: a cross-cultural study. Eur J Pain. 2012; 17(5):776-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23070971>
14. Souza VS, Santos AC, Pereira LV. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Med. 2013; 23(2): 96-101. Disponível em: <file:///C:/Users/Mayckel/Downloads/11174-55461-5-PB.pdf>
15. Dellaroza MSG, Pimenta CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. Cienc Cuid Saude. 2012; 11(supl):235-42. Disponível em: <file:///C:/Users/Mayckel/Downloads/17081-69472-1-PB.pdf>
16. Silva BA, Ribeiro FA. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. Rev Dor. 2011;12(4):342-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000400011&script=sci_arttext
17. Gonçalves N, Guanilo MEE, Carvalho FL, Miasso AI, Rossi LA. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(3):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_23.pdf
18. Şimşekoğlu Ö, Nordfjærn T, Rundmo T. Traffic risk perception, road safety attitudes, and behaviors among road users: a comparison of Turkey and Norway. J

Risk Res. 2012; 15(7): 787-800. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13669877.2012.657221?journalCode=rjrr>
[20](#)

19. Prato CG, Gilteman V, Bekhor S. Mapping patterns of pedestrian fatal accidents in Israel. Accident Analysis & Prevention. 2012, 44(1): 56–62. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001457510003994>

20. Oliveira NLB, Sousa RMC. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1379-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600014

21. Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, Felix MMS, Barroso SM, Oliveira LF, et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. Rev Bras Anesthesiol. 2012; 62(5): 605-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000500001&script=sci_arttext

22. Hwang H. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. Acad Emerg Med. 2008;15(12):1248–55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729811/>

Recebido: 25 de outubro de 2015;

Aceito: 10 de janeiro de 2016

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia