

Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário*

Pain and epidemiologic evaluation of patients seen by the first aid unit of a teaching hospital

Renato de Freitas Barreto¹, Carlos Zair Lima Gomes², Rosa Maria da Silva², Andreza Aparecida F. Signorelli², Lucas Felix de Oliveira², Camila Lourencini Cavellani³, Sônia Beatriz Félix Ribeiro⁴

* Recebido da Disciplina de Neurologia, Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Dor é um dos principais motivos de procura por pronto-atendimento. No entanto, nem sempre é bem avaliada, documentada e tratada. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico, caracterização da dor, tratamento analgésico instituído e satisfação de pacientes atendidos no pronto-socorro (PS) de um Hospital Universitário (HC).

MÉTODO: Estudo prospectivo, transversal, realizado com 309 pacientes atendidos no PS/HC da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). As informações foram coletadas a partir de instrumento contendo identificação, dados sócio-demográficos, avaliação de dor pela escala numérica de dor (END), prescrição de analgésicos, satisfação com a analgesia.

RESULTADOS: Houve predomínio do sexo masculino, cor branca e com ensino fundamental. Média de idade 46,7 anos. Desempregados: 10% e 15% aposentados. Prevalência de dor 45,6%. Principais causas: trau-

matismos, dor abdominal, cefaleia, picada por animais peçonhentos, vasculopatias. Cerca de 5% dos pacientes foram atendidos com menos de 1h de dor e 40% com mais de 72h. A localização mais comum foi abdômen (25,2%) e membros inferiores (MMII) (23,4%). A dor foi intensa em dois terços dos pacientes, com intensidade média na admissão de $7,8 \pm 2,1$ pela END. Tempo de melhora após analgesia: menor que 30 minutos para 25% dos pacientes. Em 17,7% dos casos de dor, não houve prescrição analgésica. O analgésico mais prescrito foi a dipirona, com ou sem associação. Apenas 30% tiveram resolução da dor. Apesar destes dados, metade dos pacientes, disseram-se satisfeitos com a analgesia.

CONCLUSÃO: A dor foi altamente prevalente no pronto-atendimento, pouco valorizada, mal avaliada e subtratada, com baixa resolutividade e prescrição inadequada de analgésicos.

Descritores: Analgesia, Dor, Prevalência de dor, Pronto-socorro, Tratamento da dor.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is a major reason for seeking emergency care. However it is not always accurately evaluated, documented and managed. This study aimed at describing the epidemiologic profile, the characterization of pain, the analgesic treatment instituted and the satisfaction of patients seen by the first aid unit (FA) of a Teaching Hospital (TH).

METHOD: This is a prospective transversal study carried out with 309 patients seen by the FA/TH of the Federal University, Triângulo Mineiro (UFTM). Information was collected as from a tool with identification, socio-demographic data, pain evaluation by the pain numerical scale (PNS), analgesics prescription and satisfaction with analgesia.

1. Médico Residente de Neurologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil.

2. Membros da Liga de Estudo e Apoio ao Paciente com Dor (LEAD), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil.

3. Professora Assistente da Disciplina de Patologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil.

4. Professora Associada Disciplina de Neurologia Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Sônia Beatriz Félix Ribeiro
Disciplina de Neurologia - Departamento de Clínica Médica
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Avenida Getúlio Guarita, s/n. Bairro Abadia
38025-440 Uberaba, MG.

Fone: (34) 3318-5225

E-mail: neurologia@uftm.edu.br

RESULTS: There has been predominance of Caucasian males with basic education. Mean age was 46.7 years. Unemployed were 10% and retired 15%. Pain prevalence was 45.6%. Major causes: traumas, abdominal pain, headache, bites by venomous animals and vasculopathies. Approximately 5% of patients were seen with less than 1 hour of pain and 40% with more than 72 hours. Most common sites were abdomen (25.2%) and lower limbs (MMII) (23.4%). Pain was severe in two thirds of patients, with mean intensity at admission of 7.8 ± 2.1 by PNS. Improvement time after analgesia: less than 30 minutes for 25% of patients. There has been no analgesic prescription for 17.7% of cases. Most prescribed analgesic was dipirone, with or without association. Only 30% had pain resolution. In spite of these data, half the patients reported being happy with analgesia.

CONCLUSION: Pain was highly prevalent during first aid visits, was poorly valued and undertreated, with low resolution rate and inadequate analgesics prescription.

Keywords: Analgesia, First aid unit, Pain prevalence, Pain management.

INTRODUÇÃO

A dor é considerada um fenômeno subjetivo e multidimensional, que sofre influência de fatores individuais, culturais, sociais, psicológicos, ambientais e físicos¹. Este sintoma constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral², sendo muito frequente em hospitais, principalmente nos setores de emergências, como consequência de traumatismos, processos inflamatórios/infecciosos, queimaduras, isquemia, dentre outras³. Geralmente a procura ocorre quando a dor é de etiologia aguda, porém muitos pacientes com dor crônica também procuram o pronto-socorro (PS), quando há agudização, ou mesmo pelo incômodo provocado pela dor crônica⁴. A dor aguda surge como um sinal de alarme denota a presença de estímulos nódicos e/ou lesão tecidual e é de importância fundamental para a integridade física do indivíduo³. O controle da dor é um direito do paciente e deve ser encarado como uma prioridade no âmbito de prestação de cuidados da saúde². Evidências demonstram que a dor não tratada ou inadequadamente tratada, pode afetar adversamente o processo de recuperação e levar à cronicidade, o que afeta substancialmente a qualidade de vida e elevam os custos sociais e financeiros envolvidos^{5,6}. Vários estudos^{7,8} apontam que a dor, seja aguda ou crônica, em todos os níveis de atenção a saúde, é subdiagnosticada, mal avaliada e subtratada, sendo algumas vezes

negligenciada. Apesar da relevância deste sintoma, não existem muitos estudos no Brasil sobre sua prevalência em pronto atendimento, o que dificulta a sensibilização de profissionais da área da saúde para o planejamento de ações, programas e alocação de recursos materiais e humanos visando o seu controle intra-hospitalar.

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico, caracterização de dor, tratamento analgésico instituído e satisfação com a analgesia, em pacientes atendidos no PS de um hospital universitário.

MÉTODO

Estudo transversal, observacional, realizado em hospital de ensino, de assistência médica em nível terciário e de alta complexidade. O HE-UFTM, atende a população local (estimada em 298 mil habitantes) e outros 27 municípios vizinhos, sendo referência para aproximadamente 700 mil habitantes que compõem a macrorregião do triângulo sul do estado de Minas Gerais. O estudo foi realizado durante todo o mês de abril de 2011. Foram considerados potenciais participantes, todos os pacientes atendidos no PS Adulto do HC-UFTM das 07 às 19h, excluindo-se aqueles que estavam em ventilação mecânica, sedados, que não conseguiam responder corretamente as questões, ou se negaram a participar do estudo, resultando num total de 309 pacientes.

Foram elaborados dois instrumentos de pesquisa, um para cada grupo do estudo (Com e Sem Dor). O instrumento do grupo Sem Dor continha informações sobre procedência, idade, sexo, cor, escolaridade. O instrumento de pesquisa do grupo Com Dor, além dos itens descritos, continha informações sobre a avaliação da dor, como o tempo de início, motivo, tipo de dor, localização, intensidade na chegada e saída, fármacos analgésicos utilizados, tempo de melhora após analgesia, infecção associada e satisfação com a analgesia.

Todos os pacientes selecionados foram avaliados por uma equipe composta por médico-residente em Neurologia e/ou membro da Liga de Estudo e Apoio ao Paciente com Dor (LEAD) da UFTM. As entrevistas foram realizadas no leito e a coleta de dados nos prontuários destes pacientes. Os pacientes foram reavaliados na saída. Não houve nenhuma intervenção no manuseio da dor por parte dos pesquisadores.

Para a avaliação da intensidade e localização da dor, foi aplicada a escala numérica de dor (END), elaborada por Huskisson⁹ e o diagrama corporal (desenho do corpo humano, onde o paciente indicava o local da dor). A END varia de zero (ausência de dor) a 10 pontos (dor severa/pior dor possível) e para este estudo, as respostas foram

categorizadas em quatro níveis, de acordo com a Escada Analgésica de Dor da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰: sem dor (0), dor leve (1 a 3), dor moderada (4 a 7) e dor intensa/grave (8 a 10).

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS-PC for Windows. Inicialmente procedeu-se análise descritiva para caracterização da amostra e da dor referida pelos pacientes, em termos de porcentagens e médias. Para análise estatística foram usados os testes *t* de Student, Exato de Fisher e Qui-quadrado.

O presente estudo é um braço do projeto de pesquisa “Prevalência de dor em pacientes internados nas enfermarias do hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 780/2006-UFTM.

RESULTADOS

Foram avaliados 309 pacientes elegíveis. Houve domínio do sexo masculino, cor branca e com ensino fundamental nos grupos com e sem dor. Cerca de 10% eram analfabetos, todos com idade superior a 45 anos. A idade variou de 14 a 90 anos, com média de 46,7 anos.

Mais de 50% dos pacientes estavam empregados, 15% aposentados. A prevalência de dor foi de 45,6%. Estes dados encontram-se na tabela 1.

Todas as informações a seguir referem-se aos 141 pacientes atendidos com queixa de dor. Para melhor visualização dos dados referentes à dor, optou-se por dividi-los conforme tempo de dor até o atendimento no PS-HC/UFTM. O maior número de atendimentos ocorreu após 72h do aparecimento do sintoma. O principal motivo de dor foi o traumatismo. A palavra mais usada para caracterizar o tipo de dor foi latejante. A localização de dor mais frequente foi o abdome, a intensidade média na admissão foi de 7,8 na END. Apenas 29% dos pacientes saíram sem dor, conforme dados mostrados na tabela 2.

Observa-se que 17% em dos pacientes, mesmo queixando dor não houve nenhuma prescrição analgésica. Apenas 2,5% receberam analgésicos potentes e apenas metade dos pacientes ficaram satisfeitos com a analgesia instituída.

A tabela 3 apresenta as informações relacionadas ao tratamento medicamentoso com analgésicos e a satisfação com a analgesia instituída.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos pacientes.

Categorias	Com Dor		Sem Dor		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	73	(51,8)	99	(58,9)	172	(55,5)	1,00
Feminino	68	(48,2)	69	(41,1)	137	(44,5)	
Idade média	45,5		47,9		46,7		0,24
Escolaridade							
Não alfabetizado	13	(4,2)	19	(6,1)	32	(10,3)	0,23
Fundamental	99	(32,1)	114	(36,9)	213	(69,0)	
Médio	20	(6,5)	30	(9,7)	50	(16,2)	
Superior	9	(2,9)	5	(1,6)	14	(4,5)	
Ocupação							
Emprego formal	91	(29,5)	81	(26,2)	172	(55,7)	0,19
Não trabalha	29	(9,4)	22	(7,1)	51	(16,5)	
Desempregado	8	(2,6)	17	(5,5)	25	(8,1)	
Aposentado	9	(2,9)	33	(10,7)	42	(13,6)	
Ignorado	4	(1,3)	15	(4,9)	19	(6,2)	
Cor de pele							
Branco	79	(25,6)	94	(30,4)	173	(56)	0,19
Pardo	40	(13)	49	(16)	89	(29)	
Negro	22	(7,2)	24	(7,8)	46	(15)	
Total	141	45,6	168	54,4	309	(100)	

Tabela 2 – Número de atendimento, idade média dos pacientes, características clínicas da síndrome dolorosa, de acordo com o tempo de início da dor em horas, em termos absolutos e de porcentagem.

Tempo Características	≤ 1 hora		2-10 horas		11-24 horas		24-72 horas		> 72 horas		Total	
	N%	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de atendimentos	08 (5,7)		29 (20,5)		19 (13,5)		28 (19,9)		57 (40,4)		141 (100)	
Média de idade	41,5± 19,4		43,1± 16,3		43,1 ± 16,6		45,1 ± 15,2		48,3 ± 17,2		46,7	
Descrição dor												
Latejante	01 (0,7)		11 (7,8)		03 (2,1)		05 (3,5)		07 (5,0)		27 (19,1)	
Cólica	-		02 (1,4)		05 (3,5)		04 (2,8)		07 (5,0)		18 (12,8)	
Contínua	-		03 (2,1)		-		02 (1,4)		06 (4,3)		11(7,8)	
Pontada	-		03 (2,1)		01 (0,7)		03 (2,1)		04 (2,8)		11 (7,8)	
Outras	07 (5,0)		10 (7,1)		10 (7,1)		14 (9,9)		33 (23,4)		74 (52,5)	
Motivo da dor												
Traumatismos	03 (2,1)		17 (12,1)		05 (3,5)		10 (7,1)		05 (3,5)		40 (28,3)	
Dor abdominal	-		-		04 (2,8)		09 (6,4)		21 (14,9)		34 (24,1)	
Cefaleia	-		02 (1,4)		01 (0,7)		04 (2,8)		07 (5,0)		14 (9,9)	
Picada de peçonhentos	04 (2,8)		04 (2,8)		-		-		01 (0,7)		09 (6,3)	
	-		-		-		-		07 (5,0)		07 (3,5)	
Vasculopatia	01 (0,7)		06 (4,3)		09 (6,4)		05 (3,5)		16 (11,5)		37 (26,4)	
Outros												
Localização												
Abdômen	-		01 (0,7)		06 (4,3)		10 (7,1)		19 (13,5)		36 (25,6)	
Membro inferior	04 (2,8)		12 (8,5)		04 (2,8)		05 (3,5)		08 (5,7)		33 (23,3)	
Membro superior	02 (1,4)		07 (5,0)		02 (1,4)		01 (0,7)		03 (2,1)		15 (10,6)	
Cabeça	-		02 (1,4)		01 (0,7)		04 (2,8)		07 (5,0)		14 (9,9)	
Tórax	-		03 (2,1)		03 (2,1)		03 (2,1)		04 (2,8)		13 (9,1)	
Outras	02 (1,4)		04 (2,8)		03 (2,1)		05 (3,5)		16 (11,5)		30 (21,2)	
Intensidade média da dor	7,5 ± 2,7		7,9 ± 1,7		8,47 ± 2,2		7,7 ± 2,1		7,5 ± 2,4		7,8 ± 2,2	
Dor na saída												
Sem dor	04 (2,8)		08 (5,7)		04 (2,8)		06 (4,3)		19 (13,5)		41 (29,1)	
Leve	03 (2,1)		08 (5,7)		07 (5,0)		09 (6,4)		18 (12,8)		45 (32,0)	
Moderada	01 (0,7)		05 (3,5)		03 (2,1)		05 (3,5)		10 (7,1)		24 (16,9)	
Intensa	- -		01 (0,7)		02 (1,4)		01 (0,7)		01 (0,7)		05 (3,50)	
Ignorado			07 (5,0)		03 (2,1)		07 (5,0)		09 (6,4)		26 (18,5)	

Tabela 3 – Tratamento da síndrome dolorosa e satisfação com a analgesia, de acordo com o tempo de início da dor em horas em termos absolutos e de porcentagem.

Tempo de dor	< 1 hora		2-10 horas		11-24 horas		24-72 horas		> 72 horas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analgesia (n° de prescrições)*												
Analg. comuns	7	(3,7)	10	(5,2)	14	(7,3)	17	(8,9)	31	(16,2)	79	(41,3)
AINES	3	(1,6)	7	(3,7)	7	(3,7)	10	(5,2)	12	(6,3)	39	(20,5)
Opioides fracos	6	(3,1)	10	(5,2)	10	(5,2)	16	(8,4)	19	(10,0)	61	(31,9)
Opioides fortes	-		-		1	(0,5)	1	(0,5)	3	(1,6)	5	(2,6)
Bloqueios	2	(1,0)	2	(1,0)	1	(0,5)	-		-		5	(2,6)
Outros	-		-		-		-		2	(1,0)	2	(1,0)
Satisfação com a analgesia												
Sim	6	(4,3)	13	(9,1)	9	(6,4)	16	(11,5)	29	(20,1)	73	(51,5)
Não	2	(1,4)	9	(6,4)	6	(4,3)	9	(6,4)	17	(12,1)	43	(30,6)
Ignorados	-		7	(5,0)	4	(2,8)	3	(2,1)	11	(7,8)	25	(17,8)
Sem prescrição analgésica	-		10	(7,1)	2	(1,4)	4	(2,8)	9	(6,4)	25	(17,7)

*Houve associação de analgésicos. AINES = anti-inflamatórios não esteroides.

DISCUSSÃO

Dor é um dos principais motivos de procura pelo serviço de pronto-atendimento^{4,7,8}, informação confirmada nesse estudo no qual a prevalência foi de 45%. Apesar de ser um sintoma frequente neste setor, observa-se um despreparo, no seu manejo por parte dos prestadores de serviços de saúde, permanecendo o seu tratamento inadequado^{4,7,11}. Estas informações são importantes porque a oligoanalgesia é citada amplamente em vários estudos^{2,4,6,7,11,12} e medidas devem ser incentivadas no sentido de que os obstáculos no manuseio deste sintoma sejam removidos.

Neste estudo encontrou-se predomínio no atendimento ao sexo masculino, diferente de outros trabalhos^{4,12}. A média da idade foi de 46,7 anos. A maioria dos pacientes possuía apenas o ensino fundamental, 10% eram analfabetos e 8,0% desempregados, dados esses semelhantes aos da população brasileira. A expressão mais usada para a descrição da dor foi tipo latejante, seguida de cólica e contínua. Essas descrições são semelhantes à de outro trabalho sobre dor na emergência⁴, em que são citadas as

mesmas expressões para caracterizar a presença de dor aguda. Esta é um sinal de alarme e foi determinante, em alguns casos, para diagnósticos como infarto do miocárdio, apendicite, colecistite, entre outros.

O traumatismo foi o principal motivo que gerou dor, seguido por dor abdominal e cefaleia. A localização mais frequente foi a região abdominal/pelve relacionadas tanto ao trauma, processo infeccioso/inflamatório e obstrutivo como estenose, calculose, etc., de vísceras, seguida de membros inferiores e membros superiores.

O atendimento no PS de acordo com o tempo de dor, tempo menor ou igual a uma hora de dor, detalha-se a seguir: As dores agudas foram frequentes e, naqueles atendidos com menos de uma hora do sintoma álgico, a idade média foi a menor, a intensidade foi moderada e prevaleceram os acidentes por animais peçonhentos e traumatismos. O tratamento incluiu combinação de analgésicos comuns, opioides fracos e bloqueios anestésicos. A maioria dos pacientes saiu sem dor e mais da metade disseram-se satisfeitos com a analgesia instituída. Estes dados reforçam a

idea de que há um bom preparo dos profissionais no atendimento e manejo de acidentes por animais peçonhentos, cursando com dor, uma vez que há diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, seguidas pela instituição.

No período entre duas e 24h predominou o atendimento a traumas e a prescrição incluiu analgésicos comuns e opioides fracos. A intensidade média da dor foi a mais alta (8,12 pela END), ainda assim 20% dos pacientes não tiveram prescrição de analgésicos. Na saída cerca da metade dos pacientes apresentavam dor leve/moderada e alguns deles estavam com dor pior que na admissão. Cerca de 40% não ficaram satisfeitos com a analgesia. Em um estudo sobre intensidade da dor e adequação analgésica, realizado em um setor de emergência, os autores avaliaram o uso de analgésico em lesões por acidentes de transporte e verificaram que, apesar de lesões graves, em 37% dos casos os analgésicos comuns foram os únicos prescritos⁶. Neste contexto fica claro que há uma insuficiente formação no manuseio da dor no trauma por parte dos prestadores de serviços de saúde^{7,8,11}.

Quanto ao tempo de atendimento de 24h a 72h do quadro de dor, predominou o atendimento a traumas e disfunções abdominais. A descrição da dor mais frequente foi do tipo latejante, seguida de cólica. A dor foi predominantemente moderada e a principal localização foi abdominal. A maioria dos pacientes recebeu associação de analgésicos comuns e opioides fracos e saíram satisfeitos apesar da manutenção da dor de leve a moderada intensidade.

Em relação ao tempo de atendimento com dor por mais de 72h, o maior número de atendimentos ocorreu em pacientes com doenças crônicas, como vasculopatias, migrâneas, úlceras de membros inferiores. A média de intensidade da dor foi moderada. A idade média foi a mais alta e dor na região abdominal foi predominante. A associação entre analgésicos comuns e opioides fracos foi a mais usada e 15% não receberam analgésicos. Somente um terço dos pacientes saiu sem dor, no entanto, metade disse-se satisfeitos com a analgesia. Talvez este fato seja decorrente do maior conformismo dos pacientes mais idosos, portadores de dor crônica, já habituados à convivência desse sintoma.

A evolução natural da dor aguda é a resolução na medida em que os tecidos são restaurados. No entanto quando esta dor não é adequadamente tratada há uma ativação prolongada de várias vias neurais, podendo induzir a sensibilização de neurônios ligados à dor na medula e em níveis superiores e levar a cronificação⁴. Isto ocorre na dor crônica, que acompanha várias doenças como vasculopatias, neuropatias dolorosas, lesões ulcerosas de membros inferiores e

que estavam presentes neste grupo de atendimento.

A prescrição de analgésicos observada nos vários grupos de atendimento neste estudo, demonstra claramente a oligoanalgesia descrita também por outros autores^{6,8,11,13}. Houve um grande número de pacientes com queixa de dor moderada ou intensa com prescrição de analgésicos comuns, alguns usando associação entre analgésicos comuns e opioide fracos, mas em nenhum caso associação entre analgésicos comuns e opioides fortes e/ou prescrição de drogas adjuvantes. A prescrição de opioides fortes representou apenas 2,6% do total de analgésicos utilizados. Além da oligoanalgesia observou-se quase 20% de pacientes com dor não tiveram prescrição analgésica. A subprescrição de analgésicos potentes, a não valorização e avaliação adequada da dor podem explicar o enorme contingente de pacientes que receberam alta hospitalar ainda com dor, conforme verificado nesse estudo. Os profissionais de saúde têm apresentado inúmeras razões para o subtratamento da dor no PS, incluindo o risco dos efeitos adversos dos opioides, a possibilidade de mascarar sintomas ou sinais diagnósticos, a falta de confiança e de credibilidade sobre as informações do paciente a respeito das características da dor⁴.

Por outro lado o que se encontra nos estudos, é o desconhecimento por parte desses profissionais do uso racional de analgésicos, efeitos colaterais, mecanismo de ação, interações medicamentosas, meia vida, bem como, avaliação e mensuração que podem ser apontadas como as principais causas de oligoanalgesia^{8,11,13}.

A alta prevalência da dor em pronto socorro e a ausência de monitoramento reforçam a importância da implementação de diretrizes para gerenciamento da dor no setor de emergência.

CONCLUSÃO

A dor é uma experiência comum e clinicamente relevante em contexto de PS, mas apesar dos avanços na compreensão dos mecanismos e no tratamento da dor tem-se observado que esta não tem sido adequadamente valorizada, avaliada e tratada.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta CAM. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):179-86.
2. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, et al. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain*. 2005;9(1):61-7.
3. International Association for study of pain (IASP). Consensus development conference statement: the in-

- egrated approach to the management of pain. *J Accid Emerg Med.* 1994;6(3):491-92.
4. Marubayashi PM, Shimoda TY, Constantino E, et al. Avaliação da intensidade, tipo e localização da dor em pacientes que procuram o Pronto-Socorro de uma cidade de médio porte. *Rev Dor.* 2009;10(2):135-40.
 5. Freitas CC, Vieira PR, Torres GB, et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev Dor.* 2009;10(1):56-62.
 6. Calil AM, Pimenta CAM. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidente de transporte. *Acta Paul Enf.* 2008;21(3):398-403.
 7. Marinangeli F, Narducci C, Ursini ML, et al. Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: a problem to be solved. *Pain Pract.* 2009;9(4):282-8.
 8. Calil AM, Pimenta CAM, Birolini D. The “oligo-analgesia problem” in the emergency care. *Clinics.* 2007;62(5):591-8.
 9. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;92(7889):1127-31.
 10. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: OMS. Serie de Informes Técnicos 804. 1990.
 11. Fosnocht DE, Swanson ER, Barton ED. Changing attitudes about pain and pain control in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2005;23(2):297-306.
 12. Dal Ponte ST, Machado A, Dutra APG, et al. Dor como queixa principal no serviço de Pronto-Atendimento do Hospital Municipal de São Pedro do Sul-RS. *Rev Dor.* 2008;9(4):1345-9.
 13. Wilsey BL, Fishman SM, Ogden C, et al. Chronic pain management in the emergency department: a survey of attitudes and beliefs. *Pain Med.* 2008;9(8):1073-80.
- Apresentado em 14 de maio de 2012.
Aceito para publicação em 30 de agosto de 2012.