

Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte*

Gravity of injury and analgesia in patients who suffered traffic accidents

Gravedad de la lesión y analgesia en pacientes que sufrieron accidentes de tránsito

Ana Maria Calil¹, Cibele Andrucio de Mattos Pimenta²

RESUMO

Objetivos: Identificar a frequência e gravidade das lesões em acidentados de transporte e as drogas analgésicas utilizadas. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com amostra de 200 prontuários de pacientes internados no pronto-socorro de um Hospital referência para o atendimento ao trauma. A gravidade das lesões foram caracterizadas por índices de gravidade anatômicos e a terapêutica analgésica com base na Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** Os principais achados apontaram as lesões em membros, cabeça, face e superfície externa como as mais frequentes, e em 85% dos casos com gravidade menor ou igual que 3; quanto a analgesia verificou-se que 46,6% dos pacientes receberam dipirona e paracetamol, entre os opióides destacou-se a meperidina com 10,4%. **Conclusão:** A maioria das lesões foram de gravidade igual ou menor a 3, indicativo de lesões de gravidade leve, moderada e séria, localizadas principalmente em quatro regiões corpóreas; quanto à analgesia, a dipirona apareceu como a droga mais utilizada e constatou-se reduzido uso de opióides.

Descritores: Analgesia; Ferimentos e lesões; Dor

ABSTRACT

Objective: Identifying the frequency and gravity of injuries in patients who suffered accidents in traffic and the analgesic drugs utilized. **Methods:** Retrospective study, with a sample of 200 medical records of patients admitted to the emergency services of a reference hospital for trauma care. The gravity of the injuries was characterized by anatomic gravity rates and the analgesic therapy was based on the World Health Organization's Analgesic Ladder. **Results:** The main findings pointed to injuries in limbs, head, face and outer surface as the most frequent, and, in 85% of the cases, gravity was equal or lower than 3; As for analgesia, it was verified that 46,6% of the patients received dipyrone and paracetamol. Among the opioids, meperidine was used in 10.4% of the cases. **Conclusion:** The gravity of most injuries was equal or lower to 3, indicating injuries of light, moderate and serious gravity, located especially in four body regions; regarding analgesia, dipyrone was shown to be the most commonly-used drug and a low use of opioids was verified.

Keywords: Analgesia; Wounds and injuries; Pain

RESUMEN

Objetivos: Identificar la frecuencia y gravedad de las lesiones en acidentados de tránsito y las drogas analgésicas utilizadas. **Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, con muestra de 200 historias clínicas de pacientes internados en el servicio de emergencia de un Hospital de referencia para la atención al trauma. La gravedad de las lesiones fue caracterizada por índices de gravedad anatómicos y la terapéutica analgésica con base en la Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** Los principales hallazgos apuntaron las lesiones en miembros, cabeza, cara y superficie externa como las más frecuentes, y en un 85% de los casos con gravedad menor o igual a 3; en cuanto a la analgesia se verificó que el 46,6% de los pacientes recibieron dipirona y paracetamol, entre los opioides se destacó la meperidina con el 10,4%. **Conclusión:** La mayoría de las lesiones fueron de gravedad igual o menor a 3, indicativo de lesiones de gravedad leve, moderada y seria, localizadas principalmente en cuatro regiones corporales; en cuanto a la analgesia, la dipirona apareció como la droga más utilizada y se constató un reducido uso de opioides.

Descriptores: Analgesia; Heridas y traumatismos; Dolor

* Parte da Tese de Doutorado intitulada: *Dor e analgesia em vítimas de acidentes de transporte atendidas em um pronto-socorro, defendida em 2003 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP - São Paulo (SP), Brasil, pelo Programa da Saúde do Adulto. Bolsa CNPq durante o estudo.*

¹ Doutora, Professora Colaboradora do Centro Universitário São Camilo - São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A dor é freqüente objeto de procura no setor de emergência e grande parte dos atendimentos são decorrentes de acidentes de transporte, estimados em aproximadamente 32.000 no ano de 2001⁽¹⁾.

A dor é reconhecida como uma das principais conseqüências do trauma e suas repercussões são identificadas como potencialmente prejudiciais para o organismo. Embora freqüente, pouca atenção tem sido concedida ao traumatizado, no que se refere ao controle algico. Essa situação de proporções pouco investigadas em nosso meio no setor de emergência, é evidenciada por estudos oriundos de outros países⁽²⁾.

Os principais motivos apontados na literatura como causa do desvio da atenção para as prioridades imediatas, visando proteger o paciente e preservar-lhe as funções vitais transferem, muitas vezes de modo injustificado, o problema da dor para um plano secundário ou inexistente. As repercussões orgânicas do processo algico intenso são, geralmente, subestimadas ou mesmo ignoradas por médicos e enfermeiros. Além disso, constata-se desinformação sobre a farmacologia das drogas analgésicas e sobre as técnicas disponíveis e, ainda, alega-se, com freqüência, que a administração precoce de analgésicos pode mascarar um indício valioso para o diagnóstico etiológico, situação essa não mais aceita na literatura, há anos⁽²⁾.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano. A dor aguda surge como um alerta de que algo no organismo não está bem. No setor de emergência, esse tipo de dor é muito freqüente, pois está relacionada aos agravos traumáticos, infecções e processos inflamatórios⁽³⁾.

A persistência de processos reacionais em função da permanência da dor aguda resulta na formação de círculos viciosos com progressivo aumento das disfunções orgânicas e dos efeitos prejudiciais ao paciente traumatizado como hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da perfusão sangüínea periférica e contração muscular reflexa. Nos quadros hemorrágicos, os estímulos nociceptivos agravam o estado de choque por deterioração do desempenho mecânico do ventrículo esquerdo por redução da oferta de oxigênio e por aumento da perda plasmática⁽⁴⁾.

Melhorar a perfusão tissular, minimizar a lesão celular e as alterações fisiológicas relacionadas com a hipóxia, controlar o quadro hemorrágico, manter parâmetros vitais estáveis e a estabilidade da coluna cervical são os objetivos prioritários do atendimento ao traumatizado⁽⁵⁾.

Parece claro, portanto, que a adequada avaliação, o controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deveria constituir parte vital do atendimento ao traumatizado, visando contribuir para a manutenção de

funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor. Além disso, o conhecimento acerca da gravidade das lesões decorrentes do trauma poderá servir de base para a criação de protocolos de analgesia.

Diante desta realidade, optou-se por desenvolver um estudo que respondesse aos seguintes questionamentos: Existiriam regiões corpóreas mais freqüentemente atingidas em acidentes de transporte em nosso meio e qual seria a gravidade dessas lesões? Que drogas analgésicas estariam sendo utilizadas nessa população no pronto-socorro?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em um hospital geral governamental de nível terciário, considerado no sistema de atendimento hierarquizado ao trauma do município como referência universitária para a região Oeste da grande São Paulo e municípios vizinhos.

Em levantamento prévio, realizado na Divisão de Arquivo Medico (DAM) da Instituição deste estudo, constatou-se que a média anual de pacientes admitidos para tratamento em decorrência de acidentes de transporte girava em torno de 1.500 e, desses, aproximadamente 640 permaneciam internados. Propôs-se realizar análise de uma amostra dessa população com precisão desejada de 5%, prevalência esperada de 50% e risco de 1%, o que resultou em um número de 200 prontuários a serem analisados, representando quase um terço da população total dos internados.

A seleção de eventos considerados como acidentes de transporte baseou-se nos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10), sob os códigos alfa numéricos V01 a V099⁽⁶⁾.

Tendo em vista a análise proposta foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: vítimas de acidente de transporte provenientes diretamente da cena do evento, admitidas via pronto-socorro; eventos classificados pela DAM como acidentes de transporte; não terem evoluído para óbito nas primeiras 24h e terem idade maior que 16 anos.

As fontes de dados incluíram listas computadorizadas da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo, listas de pacientes internados em decorrência de acidentes de transporte fornecidas pela DAM e prontuários dos pacientes internados no pronto-socorro.

A partir da relação dos pacientes de interesse, a pesquisadora dividiu-os em quatro grupos, de acordo com a causa externa: acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes de moto e outros. Do total de 634 pacientes

internados no ano de 2002, 250 foram por acidente de auto, 234 por atropelamento, 137 por acidente de moto e 13 por outras classificações. Cada prontuário, dentro de cada grupo, recebeu um número específico, em ordem crescente. A partir do estabelecido por orientação estatística, foram sorteados 80 prontuários de vítimas de acidente de auto, 70 de atropelamento e 50 vítimas de moto, os quais constituíram a amostra de 200 prontuários. A solicitação dos prontuários foi feita por grupos e, na eventualidade do extravio de um prontuário selecionado, foi sorteado outro "reserva" pertencente ao mesmo grupo.

A coleta de dados foi iniciada após a autorização da Comissão de Ética para Análise de Projeto de Pesquisa, da Diretoria Clínica do Hospital.

Para cada paciente foi aberta uma ficha de coleta de dados e as informações pertinentes ao estudo foram registradas, desde o momento da entrada do paciente no hospital, até um período aproximado de 24 horas. O horário de registro na ficha de admissão foi considerado o ponto inicial e o horário dos medicamentos na ficha de admissão e/ou prontuário, o marco final.

Após análise dos 200 prontuários, foram identificados 17 tipos distintos de prescrições analgésicas, as quais foram reagrupadas em três padrões de analgesia, que serviram de base para as análises dessa etapa do estudo. São eles: grupo I. Analgésico simples e/ou antiinflamatório não hormonal (AINH); grupo II. Analgésico simples + AINH + Opióide(s); grupo III. Analgésico simples + Opióide(s) + Midazolam.

O grupo I corresponde ao primeiro degrau da Escada Analgésica da OMS⁽⁷⁾ e o grupo II, ao segundo e terceiro degraus. Organizou-se o grupo III, pois considerou-se que o acréscimo de midazolam pareceu indicar um objetivo terapêutico diferente dos grupos I e II.

Nessa categorização não foram levadas em consideração o medicamento, a dose, o intervalo e a via de administração. Tal decisão deveu-se ao fato de terem sido encontradas tantas configurações que, se não organizadas de modo mais abrangente, tornaria impossível qualquer análise estatística.

Para aferir a gravidade das lesões utilizou-se o índice Abbreviated Injury Scale (AIS) de base anatômica, apresentado sob a forma de um manual, no qual, centenas de lesões são listadas de acordo com o seu tipo, localização e gravidade. É um instrumento aceito mundialmente para o estudo da natureza das lesões apresentadas por pacientes de trauma⁽⁸⁾.

A gravidade de cada lesão contida na AIS varia de gravidade mínima=1 a gravidade máxima=6. Por definição as lesões de escore igual ou inferior a 3 são indicativas de lesões de gravidade leve, moderada e séria e as iguais ou maiores que 4 são consideradas, progressivamente, graves, críticas e fatais⁽⁸⁾.

Os dados foram inseridos em banco de dados para o processamento da análise descritiva. Os resultados foram organizados em tabelas e apresentados em números absolutos e relativos.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que 570 lesões anatômicas estavam descritas nos 200 prontuários dos pacientes estudados. A média de lesões por paciente foi de 2,8.

As lesões dos pacientes concentraram-se fundamentalmente nas regiões de membros superiores, inferiores e cintura pélvica (26,7%), cabeça/pescoço (20,7%), face (19,1%) e superfície externa (19,1%). Estas quatro regiões corpóreas englobaram 86,3% do total das lesões.

Em relação à gravidade das lesões nota-se que as lesões AIS = 3, AIS = 2 e AIS = 1 foram as mais frequentes, 31,9%, 29,3% e 24,0%, respectivamente.

Constatou-se prescrição antiálgica em 179 prontuários, ou seja, 89,5% da amostra. Destes, foram excluídos três pacientes que receberam sedativo do próprio hospital, devido a sua composição múltipla e baixo número de casos (n = 3), totalizando 176 prontuários para análise.

Como esclarecimento, o sedativo do hospital é composto pelas seguintes drogas: dipirona-1grama; cloridrato de papaverina 30mg; cloridrato de adiferina

Tabela 1 - Distribuição das lesões anatômicas registradas nos prontuários dos pacientes (n = 200) segundo regiões corpóreas e escores de gravidade. São Paulo, 2002.

Região corpórea	Escore AIS												Total	
	1		2		3		4		5		6		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Membros superiores, inferiores e cintura pélvica	12	2,1	52	9,1	78	13,7	10	1,8	-	-	-	-	152	26,7
Cabeça/pescoço	10	1,8	18	3,2	32	5,6	52	9,1	6	1,0	-	-	118	20,7
Face	28	4,9	62	10,9	15	2,6	4	0,7	-	-	-	-	109	19,1
Superfície Externa	87	15,2	13	2,3	5	0,9	4	0,7	-	-	-	-	109	19,1
Tórax	-	-	11	1,9	28	4,9	5	0,9	-	-	-	-	44	7,7
Abdome/conteúdos pélvicos	-	-	11	1,9	24	4,2	2	0,4	1	0,2	-	-	38	6,7
Total	137	24,0	167	29,3	182	31,9	77	13,6	7	1,2	0	0,0	570	100,0

30mg e metilbrometo de homatropina 2mg(qsp-2ml). Devido a sua composição mista, diferente de qualquer outro padrão estabelecido, por estar em desuso no hospital de coleta e o baixo número de indicações encontradas, optou-se pela exclusão dos três pacientes que receberam tal fármaco.

A distribuição dos sete padrões analgésicos, o reagrupamento das medicações, os medicamentos utilizados e número de vezes que foram identificados nos prontuários encontram-se nas Tabelas 2,3 e 4.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com prescrição antiálgica (n = 176) segundo medicamento prescrito. São Paulo, 2002.

Medicamento	nº	%
1. analgésico simples	65	36,9
2. analgésicos + AINH	17	9,7
3. analgésicos + opióide fraco e/ou forte	27	15,3
4. analgésicos + opióides fracos e/ou fortes	14	8,0
5. analgésicos + AINH + opióide fraco e/ou forte	15	8,5
6. analgésicos + opióide + midazolam	27	15,3
7. analgésicos + opióides + midazolam	11	6,3
Total	176	100,0

Verifica-se na Tabela 2 que o maior percentual está na utilização de analgésicos simples, isoladamente (36,9%). É importante ressaltar que esse padrão analgésico foi 2,4 vezes mais utilizado que o segundo mais freqüente.

Os medicamentos foram reagrupados em três padrões com base na Escada Analgésica da OMS, sendo a distribuição de pacientes em cada grupo conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes(n = 176) segundo grupos de padrões analgésicos utilizados. São Paulo, 2002.

Padrão Analgésico	nº	%
I analgésico	82	46,6
analgésicos + AINH		
analgésicos + opióide	56	31,8
II analgésicos + opióides		
analgésicos + AINH + opióide		
III analgésicos + opióide + midazolam	38	21,6
analgésicos + opióides + midazolam		
Total	176	100,0

Na Tabela 3 observa-se que para quase a metade dos pacientes (46,6%) utilizou-se o padrão analgésico do Grupo I.

Cumpramos ressaltar que o opióide fentanila só foi utilizado nos padrões 6 e 7, portanto no grupo III.

Os analgésicos encontrados nas prescrições médicas e que se apresentam nos padrões de analgesia propostos para análise foram os seguintes:

Visto que alguns pacientes receberam mais de uma medicação, o total foi de 353 analgésicos prescritos no período das primeiras 24 horas para 179 pacientes.

Verifica-se, pela Tabela 4, que a dipirona representou quase metade de toda a medicação antiálgica prescrita (49,4%). Entre os opióides, destacou-se a meperidina com 10,4%.

Tabela 4 - Distribuição dos analgésicos prescritos (n = 353) segundo grupos farmacológicos. São Paulo, 2002.

Grupos Farmacológicos		nº	%
Analgésicos simples	dipirona	176	49,4
	paracetamol	16	4,5
Antiinflamatório Não Hormonal (AINH)	diclofenaco	12	3,4
	cetoprofeno	13	3,6
	tenoxicam	7	2,0
	tramadol	12	3,4
Opióides	codéina	10	2,8
	meperidina	37	10,4
	morfina	12	3,4
	fentanila	31	8,7
Indutor do sono	midazolam	27	7,6
Total		353	100,0

DISCUSSÃO

Dor é um sintoma freqüente no trauma, e a sua ocorrência e intensidade podem estar relacionadas ao tipo e à localização da lesão. De acordo com a literatura, a dor no trauma está mais freqüentemente relacionada a lesões em: membros inferiores/ superiores, tórax, cabeça e superfície externa⁽⁹⁾.

Inúmeros autores relatam que a dor na emergência, especialmente em pacientes de trauma, é subavaliada, subtratada, advindo dessa situação o termo oligoanalgesia⁽¹⁰⁾. A dor, muitas vezes intensa, vivenciada por esses pacientes, pode perdurar horas, sem que qualquer tipo de conduta analgésica seja proposta⁽⁸⁻⁹⁾.

Neste estudo, 570 lesões anatômicas foram diagnosticadas nos 200 pacientes (Tabela1), sendo que os membros superiores, inferiores e a cintura pélvica aparecem como a região mais atingida, sendo a responsável por 152 (26,7%) lesões, seguida pela região de cabeça/pescoço com 118 (20,7%) lesões.

A distribuição encontrada neste estudo, confirmada na literatura, aponta com freqüência as regiões de membros superiores/inferiores e cintura pélvica e cabeça/pescoço como as duas regiões corpóreas mais atingidas em acidentes de transporte, com variação para as demais áreas atingidas⁽¹¹⁾.

Em relação à região corpórea mais gravemente atingida, a cabeça/pescoço aparece com percentual bastante superior às demais regiões, com 58 lesões com AIS ≥ 4 . O traumatismo cranioencefálico em vítimas de acidente de transporte é a lesão isolada mais freqüentemente encontrada em casos graves e fatais⁽¹²⁾.

Um aspecto importante, em relação ao controle da dor e analgesia, refere-se à região torácica, pois é identificada em estudos recentes como sendo um

segmento corpóreo de alto risco para o paciente, uma vez que a permanência da dor e seus efeitos deletérios podem resultar em falência respiratória⁽¹³⁾.

As lesões na região de membros superiores, inferiores e cintura pélvica merecem destaque pois, apesar de baixa letalidade, implicam em longos períodos de internação, grande número de cirurgias plásticas e corretivas, imobilização no leito, infecções, úlceras por pressão e principalmente, dor⁽¹⁴⁾. As lesões mais comuns foram: fratura simples e exposta, luxação, entorse, contusão, laceração e abrasão. Cumpre ressaltar que essas lesões são, reconhecidamente, muito dolorosas e baixo risco de morte trazem ao paciente, não havendo, na maioria das vezes, contra-indicação para a analgesia, sobretudo em lesões de gravidade AIS menor que 3.

A escada analgésica da OMS propõe o uso de analgésicos anti-inflamatórios não hormonais, de opióides fracos e fortes, nessa seqüência, para dores oncológicas de intensidade crescente. A aspirina, a codeína e a morfina são os analgésicos padrões desta escada.

Diversos estudos comprovaram a eficácia do programa para o alívio da dor oncológica proposto pela OMS^(3,7,15). Essa proposta foi além da recomendação inicial para controle da dor no câncer, e passou a ser diretriz para o controle da dor, de modo geral.

Na análise dos 200 prontuários, foi possível identificar a existência de prescrição antiálgica em 179 pacientes. Esse dado, num primeiro momento, parece animador, visto representar 89,5% da amostra. Porém, ao analisar os dados com maior atenção, constatou-se que em 65 (36,9%) prontuários, os analgésicos dipirona e paracetamol foram os únicos medicamentos prescritos como tratamento antiálgico (Tabela 2).

A título de ilustração, ressalta-se a dipirona, que, em conjunto ou isoladamente, foi o fármaco mais prescrito, aparecendo 91 vezes na forma “se necessário”. Em 60 casos como coadjuvante do tratamento e em 31 como o único analgésico prescrito. Os fatos são preocupantes, pois sugerem analgesia insuficiente para a gravidade e frequência das lesões. O uso de analgésicos (dipirona ou paracetamol) isoladamente, como único princípio ativo para o alívio da dor no pronto-socorro, induz os pesquisadores ao questionamento: Seriam os médicos no setor de emergência muito econômicos com a analgesia?⁽¹⁶⁾.

A dipirona provavelmente é o analgésico mais utilizado nas últimas décadas, pois além da ação analgésica, possui ação antitérmica. É uma medicação tradicional, muito utilizada, cujo efeito não é questionado, mas sua indicação isolada para dor moderada e intensa, pós-trauma, pode ser insuficiente⁽¹⁷⁾.

O questionamento parece oportuno, uma vez que são unânimes os relatos na literatura que apontam a utilização de opióides fortes (meperidina e morfina) como os fármacos ideais e necessários para o tratamento de dor intensa, e fracos (codeína e tramadol) para a dor moderada^(7,14).

Os opióides são os analgésicos mais potentes, portanto, propiciam alívio da dor, bem-estar ao paciente e acredita-se que, num futuro próximo, serão de uso mais amplo pelos seus efeitos benéficos. Hoje, a utilização de opióides é mais restrita aos médicos especialistas em dor, neurologistas e anestesiológicos⁽¹⁶⁾. Devido a sua potência, são indicados para dor intensa e moderada, no tratamento de situações agudas ou crônicas⁽³⁾.

A reduzida utilização dos opióides fortes no setor de emergência, mais especificamente morfina (3,4%) e meperidina (10,4%) (Tabela 4), pode estar relacionada ao estigma da dependência, associado a essas drogas, fator que não encontra relação com o uso em dor aguda no setor de emergência, e também ao desconhecimento e receio na utilização desses medicamentos por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

Em estudo envolvendo 1000 pacientes com dor aguda ou crônica em uso de opióides, identificaram-se reações adversas como náuseas, vômitos e constipação em apenas 2% da população, sendo esses efeitos controláveis com terapia adjuvante e dieta apropriada. A insuficiência respiratória foi identificada em apenas um paciente⁽¹⁹⁾.

Uma das razões para a reduzida importância conferida à analgesia no setor de emergência é a situação de urgência e emergência, na qual, os aspectos de ressuscitação e estabilização do quadro impõem-se como prioritários. São inquestionáveis as prioridades no atendimento ao politraumatizado, mas é fundamental o questionamento sobre outros aspectos que favoreçam a qualidade da assistência, tais como a inclusão da avaliação e controle da dor, utilização de instrumentos objetivos para a avaliação da intensidade dolorosa, utilização de protocolos, e os benefícios dessas práticas⁽²⁰⁾.

A observação dos prontuários permitiu identificar alguns aspectos intrigantes e preocupantes como a falta de padronização quanto à analgesia, ou seja, para pacientes com o mesmo tipo de lesão, por exemplo, fratura exposta isolada, pacientes estáveis hemodinamicamente e escore 15 pela escala de coma de Glasgow, foram encontradas quatro prescrições distintas, a saber: nenhuma prescrição analgésica; uso exclusivo de dipirona; uso exclusivo de anti-inflamatório não hormonal; e uso de opióide (morfina).

Em relação a esta situação, vale questionar: Teriam os pacientes sido avaliados objetivamente quanto ao fenômeno doloroso? Teriam apresentado dores de intensidade tão variadas? Teriam os médicos do setor de emergência seguido algum protocolo de analgesia?

Em estudo prospectivo realizado pelas autoras no mesmo hospital de coleta dessa pesquisa, alguns dos questionamentos pontuados acima já puderam ser respondidos, a saber: nenhum instrumento objetivo para a aferição da dor foi utilizado no setor de pronto-socorro, para graduar e/ou pontuar a intensidade álgica, um número significativo de pacientes (85%) apresentaram dor de média e forte intensidade após o trauma, o que já

indicaria a utilização de opióides segundo a OMS, a dor foi caracterizada como contínua e aparecendo logo após o evento traumático. Nenhum protocolo de analgesia foi seguido pelas equipes de saúde e 48% dos pacientes permaneceram sem tratamento analgésico após três horas de sua admissão no serviço. Cumpre ressaltar que só foram analisados pacientes hemodinamicamente estáveis e com escore 15 pela escala de coma de Glasgow⁽⁹⁾.

Um aspecto fundamental a ser pontuado refere-se ao posicionamento dos profissionais médicos e enfermeiros do setor, ao afirmarem que a analgesia em relação ao paciente traumatizado ainda é um aspecto pouco valorizado no pronto-socorro, e que essa posição requer uma mudança de atitude, o mais rápido possível.

Esse panorama de amplas proporções do ponto de vista hemodinâmico e emocional para o paciente, ainda pouco investigado em nosso meio, merece destaque em

futuras investigações que possam preencher lacunas e ampliar essa discussão.

CONCLUSÃO

As regiões corpóreas mais freqüentemente atingidas em vítimas de acidentes de transporte foram os membros inferiores e superiores, cabeça/pescoço, face e superfície externa. Em relação a gravidade da lesão, o seguimento corpóreo de cabeça/pescoço foi o mais atingido. A droga analgésica mais utilizada foi a dipirona em 46,6% dos casos e, entre os opióides, a meperidina 10,4%. Destaca-se a importância de novas investigações nessa área em nosso país, considerando o elevado número de causas externas, a melhoria da qualidade da assistência relacionada ao alívio da dor, a necessidade de criação de protocolos de analgesia e objetividade na avaliação da dor no pronto-socorro.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Rev Saude Publica = J Public Health. 2006; 40(3):553-6
2. Kelly AM. A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. J Accid Emerg Med. 2000; 17(3): 185-7. Comment in: Emerg Med J. 2001; 18(4):321-2.
3. International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. J Accid Emerg Med 1994; 6(3): (document number - 491-292).
4. Kanner R. Segredos em clínica de dor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998
5. American College of Surgeons – ACS. Committee on Trauma. Suporte Avançado de Vida no Trauma – SAVT: Programa para Médicos. Trad. do Programa ATLS. São Paulo; 2004
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10. Manual de instrução, trad. do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 10a ed. São Paulo: EDUSP; 1994
7. Organização Mundial da Saude. Alivio del dolor em el cancer. Ginebr: OMS; 1987.
8. Association for the Advancement of Automotive Medicine. Committee on Injury Scaling. The Abbreviated Injury Scale - 1990. Revision (AIS-90). Update 98. Des Plaines, IL: Association for the Advancement of Automotive Medicine; 1998.
9. Calil AM. Dor e analgesia em vítimas de acidentes de transporte atendidas em pronto-socorro. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
10. Bell TL, Mitchiner JC, Frederiksen SM, McCormick J. Patient preferences regarding pain medication in the ED. Am J Emerg Med. 2000; 18(4): 376-80.
11. Malvestio MAA. Predeterminantes de sobrevivência em vítimas de acidentes de trânsito submetidas a atendimento pré-hospitalar de suporte avançado à vida [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
12. Gennarelli TA, Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. Comparison of mortality, morbidity, and severity of 59,713 head injured patients with 114,447 patients with extracranial injuries. J Trauma. 1994; 37(6): 962-8.
13. Boutros F, Redelmeier DA. Effects of trauma cases on the care of patients who have chest pain in an emergency department. J Trauma. 2000; 48(4): 649-53.
14. Ward KR, Yealy DM. Systemic analgesia and sedation in managing orthopedic emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2000; 18(1): 141-66, vi.
15. Slaughter A, Pasero C, Manworren R. Unacceptable pain levels. Am J Nurs. 2002; 102(5): 75,77.
16. Lewis LM, Lasater LC, Brooks CB. Are emergency physicians too stingy with analgesics? South Med J. 1994; 87(1):7-9.
17. Wannamacher L, Ferreira MBC. Analgésicos não opióides. In: Fuchs FD, Wannamacher L. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 166-71.
18. Alpen MA, Morse C. Managing the pain of traumatic injury. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001; 13(2): 243-57.
19. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. Am J Surg. 1986; 131(2): 219-23.
20. Calil AM, Pimenta CAM. Alívio da dor no trauma: prioridade a ser discutida pela equipe de saúde. Dor em Foco 2000; 3(1): 2-4.