

## INTENSIDADE DA DOR E ADEQUAÇÃO DE ANALGESIA<sup>1</sup>

Ana Maria Calil<sup>2</sup>

Cibele A. de Mattos Pimenta<sup>3</sup>

Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação de analgesia. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):692-9.

*Trata-se de um estudo inédito em nosso meio, no qual, avaliou-se a intensidade da dor e a adequação da analgesia no setor de emergência. Foram avaliadas 100 vítimas de acidentes de transporte atendidas em um hospital de referência para trauma. A dor foi presente em 90,0% dos casos; 56,0% referiram dor intensa na primeira avaliação e, após três horas de observação, 26,0% permaneceram com dor intensa e 38,0% com dor moderada. Uma significativa parte da população do estudo permaneceu sem analgesia durante o período de observação. Números expressivos de inadequação analgésica foram encontrados demonstrando a reduzida importância conferida a analgesia no trauma em nosso meio.*

*DESCRITORES: dor; analgesia; avaliação; ferimentos e lesões*

## PAIN INTENSITY OF PAIN AND ADEQUACY OF ANALGESIA

*An unprecedented study in Brazil analyzed pain intensity and adequacy of analgesia at an emergency center. One hundred accident victims attended at a trauma reference hospital were evaluated. Pain was present in 90% of cases; 56.0% complained of severe pain on first evaluation and, three hours later, 26.0% remained in severe pain and 38.0% in moderate pain. A significant portion of the study population did not receive analgesia during the observation period. Considerable numbers of inadequate analgesia were found, confirming the reduced importance of analgesia in trauma in Brazil.*

*DESCRIPTORS: pain; analgesia; evaluation; wounds and injuries*

## INTENSIDAD DEL DOLOR Y ADECUACIÓN DE LA ANALGESIA

*Se trata de un estudio inédito en nuestro medio, en el cual se evaluó la intensidad del dolor y el adecuado procedimiento de analgesia en un sector de emergencia. Se evaluó a 100 víctimas de accidentes de tránsito atendidas en un hospital de referencia para trauma. El dolor fue constatado en el 90,0% de los casos. El 56,0% relató dolor intenso en la primera evaluación. Después de 3 horas de observación, el 26,0% permaneció con dolor intenso y el 38,0% con dolor moderado. Una significativa parte de la población estudiada permaneció sin analgesia durante el período de observación. Se encontró números expresivos de analgesia inadecuada, lo que demuestra la reducida importancia que se da a la analgesia en el trauma en nuestro medio.*

*DESCRIPTORES: dolor; analgesia; evaluación; heridas y traumatismos*

<sup>1</sup> Trabalho extraído do tese de doutorado; <sup>2</sup> Doutor em Enfermagem, Professor Responsável pelo Curso de Especialização em Pronto-Socorro da Uni-FMU, e-mail: easallum.fnr@terra.com.br; <sup>3</sup> Professor Livre-Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: parpca@usp.br

## INTRODUÇÃO

A dor é reconhecida como uma das principais conseqüências do trauma e suas repercussões são consideradas potencialmente prejudiciais para o organismo<sup>(1)</sup>. No entanto, pouca atenção é concedida ao traumatizado no que se refere ao controle algico<sup>(2)</sup>.

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano<sup>(3)</sup>. A dor aguda é um alerta de que algo no organismo não está bem e está relacionada a afecções traumáticas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios, entre outras<sup>(2)</sup>.

A dor aguda inicia-se com uma lesão e substâncias algogênicas são sintetizadas no local ou ali liberadas, estimulando terminações nervosas (nociceptores) de fibras mielinizadas finas ou amielínicas. O impulso é carregado através dessas fibras nociceptivas para o corno posterior da medula ou para os núcleos sensitivos, no caso de nervos cranianos. Nesses locais, pode ocorrer modulação (amplificação ou supressão) do sinal, antes de ser projetado para as áreas específicas do tronco cerebral, tálamo, hipotálamo e córtex cerebral, onde é interpretado. Ao longo dessas vias de condução da dor geram-se reflexos que envolvem alterações neuroendócrinas<sup>(4)</sup>.

A persistência desses 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<sup>(5)</sup>.

No contexto do atendimento de urgência, freqüentemente, os problemas somáticos são prioritários ao controle da dor aguda<sup>(6)</sup>. É comum que a analgesia seja insuficiente na expectativa de que no período pós-operatório ela seja assegurada pelos anestesistas<sup>(7)</sup>.

Os traumatismos abdominais são um exemplo clássico e antigo da crença que a analgesia possa "mascarar" um diagnóstico. Estudo realizado com buprenorfina sublingual comparada com placebo em 86 pacientes com dor abdominal. Os sinais físicos e o diagnóstico foram determinados antes e depois da terapêutica antiálgica. A analgesia modificou os sinais físicos que incluíam freqüência respiratória,

pressão arterial e freqüência cardíaca em 12% dos pacientes (com melhora desses parâmetros após a analgesia), porém o diagnóstico não foi afetado em nenhum caso<sup>(8)</sup>.

A maioria dos autores afirma que a dor deve ser, no mínimo, aliviada no setor de emergência, pois com os recursos diagnósticos existentes atualmente, não se justificaria deixar um paciente permanecer com dor até a conclusão diagnóstica<sup>(1-3, 5-6)</sup>.

Parece claro, portanto, que a adequada avaliação, controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deve constituir parte vital da assistência imediata ao acidentado, visando contribuir para a manutenção de funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor anteriormente citados.

A avaliação da dor aguda é menos complexa que a da dor crônica. O quadro doloroso é recente, bem localizado e a influência de fatores emocionais e culturais é, na maioria das vezes, de menor magnitude. Devem ser investigados a localização, intensidade, início da dor, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes da dor e outros sintomas associados<sup>(9)</sup>.

A intensidade dolorosa é componente de grande expressão da experiência dolorosa e o mais aferido na prática clínica e de pesquisa; é indispensável para o planejamento da terapia antálgica e verificação da adequação do esquema proposto. Para aferição da intensidade dolorosa, são recomendadas escalas numéricas e de descritores verbais. As escalas numéricas são graduadas de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável. Apesar de simples, essa escala é muito utilizada para o reajuste terapêutico<sup>(10)</sup>. Além disso, apresenta como vantagem a facilidade do uso, necessitando apenas de um pouco de cooperação do paciente, pois é de fácil compreensão.

O uso de diagramas corporais para aferição do local da dor é recomendado. O paciente aponta no seu corpo ou no diagrama a região ou regiões dolorosas. O conhecimento de todos os locais dolorosos, a análise em conformidade com a distribuição nervosa da região, a identificação de possíveis grupos musculares envolvidos, podem ajudar a compreender a etiologia e a magnitude do quadro<sup>(10)</sup>.

Grande parte dos atendimentos no setor de emergência são decorrentes de causas externas,

constituídas por acidentes e violências<sup>(11)</sup>. Causas Externas são um problema de Saúde Pública mundial, são responsáveis por parte substancial de morbidade, mortalidade e incapacidade existentes, além do considerável custo sócio-econômico<sup>(12)</sup>. No Brasil, as causas externas constituem-se na segunda causa de mortalidade geral da população, desconsideradas as causas mal definidas<sup>(13)</sup>.

Entre as dores agudas, a dor na emergência é a menos investigada em nosso meio, situação identificada após extenso levantamento bibliográfico. Tal fato é intrigante e preocupante, visto o grande número de vítimas que são atendidas e permanecem diariamente nesse setor. Além disso, não existe nos manuais de atendimento às vítimas de trauma um capítulo dedicado a esse tema. É uma área na qual há muitos aspectos a serem estudados.

**Os objetivos** do presente estudo foram: caracterizar a intensidade dolorosa, o uso de analgesia e avaliar a adequação da analgesia no paciente traumatizado, vítima de acidente de transporte. Visa-se a melhoria da assistência às vítimas de causas externas em relação à avaliação e ao alívio da dor no setor de emergência.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo descritivo, realizado por meio documental (prontuário) e pesquisa de campo. Foi desenvolvido no Pronto-Socorro Cirúrgico (PSC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação por parte do Comitê de Pesquisa e Ética do referido Hospital.

Foram avaliadas 100 vítimas de acidente de transporte que deram entrada no referido serviço nos meses de Março a Maio no ano de 2002. Quando a pesquisadora estava em campo, a avaliação era iniciada imediatamente após o primeiro atendimento. Quando a pesquisadora não estava em campo, ela era acionada e comparecia ao local. A avaliação dos pacientes incluiu exame físico e entrevistas que serão descritos a seguir. Foram avaliadas 100 vítimas, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: serem provenientes diretamente da cena do evento; terem escore igual ou superior a 15 na Escala de Coma de Glasgow (ECGI  $\geq$  15) e idade igual ou superior a 16 anos. Garantiu-se que os pacientes estivessem conscientes e orientados por ser isso fundamental

para a precisão da avaliação dolorosa, e a idade igual ou maior a 16 anos devido a interferências familiares identificadas em idades inferiores, observadas na fase de pré-teste.

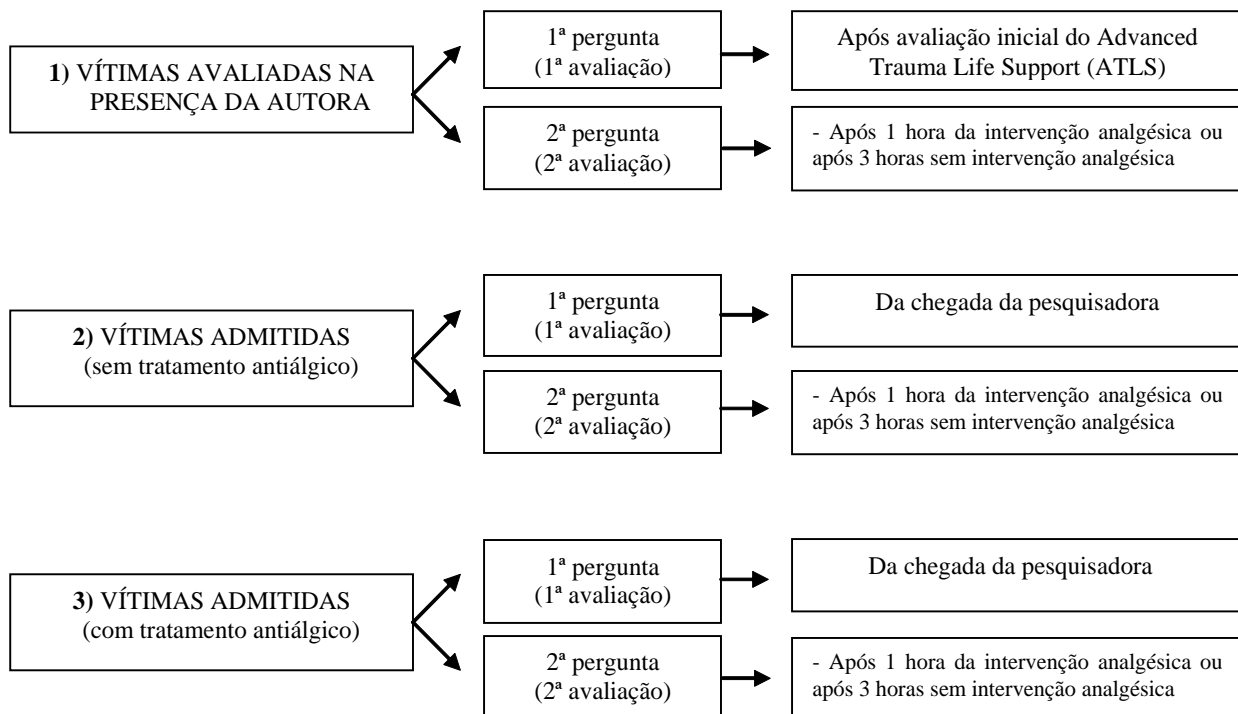
As fontes de dados utilizadas foram: o livro de registro de entrada de pacientes, a ficha de admissão no PSC, o prontuário, o exame físico e a entrevista. Por meio do livro de registro, a pesquisadora localizou os pacientes no setor de PSC e convidou-os a participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informado, o mesmo ocorrendo com os responsáveis pelos menores.

Para cada paciente foi aberta uma ficha de coleta construída visando caracterizar a dor e o padrão analgésico. Estabeleceu-se que o exame físico e a entrevista seriam realizados após a avaliação primária e secundária e a estabilização do quadro clínico.

O exame físico incluiu aferição de parâmetros hemodinâmicos, a avaliação dos segmentos corpóreos e do nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow (ECGI). A entrevista abrangeu aspectos relevantes da avaliação (anamnese) proposta para a avaliação de pacientes com dor aguda que inclui: presença ou ausência de dor; localização; intensidade; início do quadro algico; duração da dor; fatores agravantes e atenuantes.

O preenchimento do instrumento foi feito mediante as respostas dos pacientes, exame físico, leitura da ficha de admissão e/ou prontuário. A pesquisadora leu as questões em voz alta e o paciente foi respondendo às mesmas de forma verbal e, em caso de dúvida a pergunta foi repetida. Em relação à escala numérica e ao diagrama corporal, o paciente apontou com o dedo ou de forma verbal sua opinião de escolha e a autora assinalou os pontos indicados nos dois momentos da entrevista referentes à presença de dor e sua intensidade. A escala numérica e o diagrama corporal foram ampliados, em folhas distintas, para melhor visualização e aplicação do instrumento.

Um aspecto fundamental da entrevista refere-se ao momento das duas pontuações na escala numérica quanto à intensidade dolorosa. A primeira pontuação é referente à primeira pergunta da anamnese (sente dor no momento), que foi denominada de primeira avaliação, e a segunda pontuação, denominada de segunda avaliação, é referente à mesma pergunta sobre dor (sente dor no momento) aplicada seguindo o esquema:



A intensidade da dor foi avaliada pela Escala Numérica, em dois momentos, e a localização da dor mais intensa pelo Diagrama Corporal. A intensidade dolorosa foi categorizada em: 0 ausência de dor; 1 – 4 dor leve; 5 – 7 dor moderada e 8 – 10 dor intensa.

O período de uma hora após a medicação foi adotado como padrão de segurança para o início e tempo médio de ação medicamentosa. O período de três horas foi o tempo máximo esperado para a instalação de terapêutica antiálgica e para a viabilidade do estudo.

As intervenções medicamentosas analgésicas foram investigadas no prontuário do paciente, e todas puderam ser resgatadas, por meio da observação da checagem em prontuário da administração e controle pela farmácia da liberação de medicamentos, com especial cuidado para opióides e outros psicotrópicos.

As prescrições analgésicas foram categorizadas em quatro grupos: analgésicos (exclusivamente); antiinflamatório não-hormonal (exclusivamente); opióide fraco e opióide forte.

Para avaliar a adequação da analgesia utilizou-se o Índice de Manejo da Dor (IMD)<sup>(14)</sup>, que analisa a potência analgésica frente à intensidade da dor referida pelo indivíduo.

Os analgésicos foram classificados segundo sua potência (PA) em:

- 0 – ausência de medicamento analgésico
- 1 – analgésico antiinflamatório não hormonal (AINH)
- 2 – opióide fraco (codeína, tramadol)
- 3 – opióide forte (morfina, meperidina)

A intensidade da dor (ID) foi classificada em:

- 0 – sem dor
- 1 – dor leve (1 – 4)
- 2 – dor moderada (5 – 7)
- 3 – dor intensa (8 – 10)

O IMD é obtido subtraindo-se da potência do analgésico (PA) a intensidade da dor (ID), isto é,  $IMD = PA - ID$ . O IMD varia de -3 a +3 e os escores negativos indicam inadequação analgésica e os escores positivos ou zero, a adequação da mesma. Denominou-se de  $IMD_1$  para a primeira resposta referente a intensidade dolorosa (1ª pergunta) e de  $IMD_2$  para a segunda resposta (2ª pergunta).

**Exemplo:** Cálculo para a pontuação do IMD.

Medicamento proposto  $\Rightarrow$  AINH  $\Rightarrow$  PA = 1

Dor referida pelo doente  $\Rightarrow$  EAV = 8  $\Rightarrow$  ID = 3

**IMD = 1 - 3 = -2**

Os dados foram digitados em base de dados para o processamento das análises descritivas e por inferências. Os resultados foram organizados em tabelas e as frequências em números absolutos e relativos, e testes estatísticos foram realizados para aferirem a associação entre as variáveis e a homogeneidade entre as proporções e avaliar a existência de relação entre as proporções, em dois momentos de avaliação distintos. Todos os testes foram realizados admitindo-se nível de significância de 5%.

Para as variáveis quantitativas, a análise foi realizada pela observação dos valores mínimos e

máximos, e do cálculo de médias, desvio-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas calcularam-se freqüências absolutas e percentuais. Os testes estatísticos realizados foram: Teste Qui-quadrado - Este teste foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis estudadas e a homogeneidade entre as proporções<sup>(15)</sup>. Teste Exato de Fisher - Este teste foi indicado para avaliar a associação entre as variáveis e comparação de proporções quando caselas de respostas apresentaram freqüências esperadas menor que cinco<sup>(15)</sup>. Teste não paramétrico de Mann-Whitney - Este teste foi utilizado para verificar a comparação de dois grupos independentes em relação a uma variável quantitativa, devido as variáveis não apresentarem distribuição normal (suposição de normalidade dos dados rejeitada)<sup>(15)</sup>. Teste de McNemar - Para avaliar a existência de relação entre as proporções, em dois momentos de avaliação distintos<sup>(15)</sup>. Teste t-Student - Utilizado para verificar a existência de diferenças de médias nas variáveis qualitativa e quantitativa entre diferentes grupos<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intensidade dolorosa nos dois momentos de avaliação está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes (n = 100) segundo intensidade dolorosa, em dois momentos. São Paulo, 2002

	Primeira Avaliação		Segunda Avaliação	
	nº	%	nº	%
Ausência de dor	10	10,0	17	17,0
Dor leve	5	5,0	19	19,0
Dor moderada	29	29,0	38	38,0
Dor intensa	56	56,0	26	26,0
Total	100	100	100	100

Observa-se na Tabela 1, que na primeira avaliação, 56,0% dos pacientes apresentaram dor intensa e 29,0% dor moderada. Na segunda avaliação, 26,0% referiram dor intensa e 38,0% dor moderada. Observa-se que apenas 7,0% tiveram sua dor totalmente aliviada, visto que na primeira avaliação, 10 vítimas referiram não sentir dor e na segunda, 17 vítimas. As 10 vítimas que referiram não sentir dor na primeira avaliação confirmaram a sua ausência na segunda avaliação.

Esses resultados apontam para dois aspectos relevantes: a confirmação da dor como um evento que acompanha o trauma e a magnitude da

intensidade dolorosa vivenciada por essas vítimas.

Os pacientes referiram melhora da intensidade dolorosa entre os dois momentos. Do primeiro para o segundo momento, a dor leve variou de 5,0% para 19,0%; a moderada de 29,0% para 38,0% e a intensa decaiu de 56,0% para 26,0%.

Testes estatísticos para comparação da avaliação dos níveis de dor (os quatro citados na Tabela 1) não puderam ser realizados. Indicou-se a possibilidade estatística de comparação por meio de dois grupos: **sem dor + dor leve e dor moderada + dor intensa**. Foi realizada para cada vítima uma trajetória da pontuação de sua dor (denominada de evolução da dor) na primeira avaliação e na segunda avaliação. Os resultados dessa análise estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes (n = 100) segundo evolução da intensidade dolorosa em dois momentos, divididos em dois grupos (sem dor + dor leve) e (dor moderada + dor intensa). São Paulo, 2002

Momento	Sem dor + Dor leve		Dor moderada + Dor intensa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
	1ª avaliação	15	15,0	85	85,0	100
2ª avaliação	36	36,0	64	64,0	100	100

p = 0,001

Observa-se na Tabela 2 que, do primeiro para o segundo momento de avaliação da dor, o número de pacientes com ausência de dor e dor leve aumentou significativamente e para aqueles com dor moderada e intensa houve importante diminuição.

A dor vivenciada por esses pacientes, apesar de evidente no atendimento ao traumatizado, é pouco descrita em nosso meio, e os aspectos referentes a analgesia, muitas vezes, desconsiderados.

É inquestionável a prioridade da ressuscitação e estabilização do quadro no atendimento ao politraumatizado, mas é fundamental o atendimento a outros aspectos que favoreçam a qualidade da assistência às vítimas de trauma, tais como a avaliação e controle da dor. A manutenção da dor pode resultar em agravamento de hemorragias, hipoventilação, diminuição do débito cardíaco e arritmias, todas situações freqüentes no setor de emergência<sup>(4-5)</sup>, embora se desconheça a real dimensão desse agravamento.

A analgesia recebida pelos pacientes durante o atendimento inicial e período de observação está descrita a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes (n = 100) segundo medicamento recebido durante o atendimento inicial e intensidade da dor. São Paulo, 2002

Analgésico	Sem dor		1 - 4		5 - 7		8 - 10		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhum	10	100	5	100	22	75,9	38	67,8	75	75,0
Analgésico simples	-	-	-	-	6	20,7	4	7,2	10	10,0
AINH	-	-	-	-	-	-	3	5,4	3	3,0
Opióide	-	-	-	-	1	3,4	11	19,6	12	12,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Observa-se, na Tabela 3, que dos 75 pacientes que não receberam medicação no setor de emergência, 38 tinham dor intensa e 22 dor moderada (5 a 7). Dos 56 pacientes que tinham dor intensa, 11 foram medicados com opióides e, dos 29 com dor moderada, apenas um recebeu opióide.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes (n = 100) segundo medicamento recebido durante o período de observação e intensidade da dor. São Paulo, 2002

Analgésico	Sem dor		1 - 4		5 - 7		8 - 10		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhum	10	100	4	75,0	21	72,4	30	53,6	65	65,0
Analgésico simples	-	-	1	25,0	6	20,7	9	16,1	16	16,0
AINH	-	-	-	-	-	-	3	5,3	3	3,0
Opióide	-	-	-	-	2	6,9	14	25,0	16	16,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Verifica-se na Tabela 4 que, do total de 65 pacientes que não receberam nenhuma medicação no período de observação, 30 tinham dor intensa e 21 dor moderada. Dos 56 que tinham dor intensa, 14 receberam tratamento com opióides.

Os dados da Tabela 3 indicam que três quartos dos pacientes não receberam medicação analgésica embora estivessem, em sua maioria, com dor de intensidade moderada e intensa. Na avaliação inicial observa-se que significativa parcela dos pacientes com dor intensa e moderada não receberam analgésico. Em relação ao período de observação (Tabela 4) constatou-se que 65 pacientes permaneceram sem analgesia, com dor de intensidade moderada a intensa.

No presente estudo, analgésicos opióides foram administrados em apenas 12 pacientes durante ou logo após o atendimento inicial e em 16 pacientes durante o período de observação (Tabelas 3 e 4).

Estudos apontam que a baixa e inconstante utilização de analgésicos opióides no setor de emergência são a principal causa da permanência da dor de moderada a intensa em vítimas de trauma e dor aguda em geral<sup>(5,16-19)</sup>.

É importante salientar que nenhum paciente recebeu mais que dois analgésicos durante o período estipulado para a observação (3 horas).

Estudo retrospectivo com 198 pacientes com dor no setor de emergência, identificou que 56% não receberam medicação. Dos 44% que vieram a receber algum fármaco, em 69% das vezes foi após mais de uma hora, e em 31% dos casos, após mais de duas horas de permanência no setor<sup>(17)</sup>.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com dor (n = 90), segundo o Índice de Manejo da Dor 1, sem analgesia e com analgesia. São Paulo, 2002

IMD <sub>1</sub>	Sem analgesia		Com analgesia		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
- 3	22	45,8	-	-	22	24,4
- 2	19	39,6	14	33,3	33	36,7
- 1	7	14,6	15	35,7	22	24,4
0	-	-	13	30,9	13	14,5
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>53,3</b>	<b>42</b>	<b>46,7</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

p = 0,001

A Tabela 5 mostra que todos os pacientes sem analgesia 48 (53,3%), apresentaram IMD<sub>1</sub> negativo. Entre os que receberam analgésicos, o IMD<sub>1</sub> foi negativo (-2) em 14 (33,3%) e negativo (-1) em 15 (35,7%), indicando inadequação analgésica. A adequação entre a intensidade da dor e a potência do analgésico utilizado foi zero em 13 (30,9%).

Analisando-se os grupos com e sem analgesia observou-se haver diferença significativa entre os mesmos, para a pior e melhor resposta quanto à intensidade dolorosa. Nos sem analgesia temos 45,8% dos casos com escore -3 e nos casos com analgesia, 30,9% dos mesmos apresentaram adequação analgésica.

A inadequação analgésica foi identificada também para o IMD<sub>2</sub>, referente à segunda pergunta. Todos os doentes que não receberam analgesia continuaram com o IMD<sub>2</sub> negativo, 48 (53,3%). Entre os que receberam analgésicos, o IMD<sub>2</sub> foi negativo em 18 (42,9%) e foi zero ou positivo em 24 (57,1%) casos. Analisando-se os grupos com e sem analgesia, observou-se haver diferença significativa entre os mesmos.

É importante assinalar que, no momento da primeira pergunta referente à intensidade dolorosa (IMD<sub>1</sub>), os pacientes haviam sido medicados com um analgésico. Em relação à segunda questão (IMD<sub>2</sub>) constatou-se a administração de até dois medicamentos antiálgicos para alguns pacientes.

Diferenças significativas foram observadas

entre os grupos que receberam e aqueles que não receberam analgesia em relação ao Índice de Manejo da Dor, como esperado. Cabe reforçar que IMD negativo significa dor mais intensa que a potência do analgésico proposto.

Estudiosos em analgesia são enfáticos ao afirmar que a oligoanalgesia e subtratamento da dor levam a situações de inadequação analgésica frente à dor referida pelo paciente e que serão necessárias mudanças radicais de atitude em relação à utilização de analgésicos opióides pelas equipes de saúde<sup>(2,20)</sup>.

Dos 100 pacientes entrevistados na avaliação inicial, 90 (90,0%) referiram dor (Tabela 1) e 75 não receberam nenhum tipo de analgésico (Tabela 3). Entre os 25 que receberam algum analgésico, 10 receberam analgésicos simples (dipirona e paracetamol), 3 pacientes foram medicados com AINH e 12 receberam opióides (Tabela 3). Considerando-se que dor de moderada a intensa ocorreu para a maioria dos pacientes na 1ª avaliação (Tabela 1), e que, para esta magnitude de dor, estão indicados opióides fracos e fortes, fica clara a razão do índice negativo.

Fatos semelhantes ocorreram e resultaram no alto índice de negatividade também observado no IMD<sub>2</sub>. No segundo momento de avaliação, dos 100 pacientes, 64 (64,0%) referiram dor de moderada a intensa (Tabela 2) e 65 pacientes não receberam nenhum tipo de analgésico durante o período de observação (Tabela 4). Considerando-se que a dor de moderada a intensa ocorreu em 64,0% dos pacientes e que apenas 16 receberam opióides (Tabela 4), fica clara a razão do índice de manejo da dor negativo.

Cabe comentar ainda que o IMD é um índice bastante conservador, pois leva em conta apenas o grupo farmacológico do analgésico e não a dose e via. A inadequação do tratamento proposto frente à dor referida pelo paciente encontra relação com a presença de dor moderada e intensa no trauma e o reduzido uso de analgésicos opióides utilizados.

Esta análise evidenciou que a dor no setor de emergência constitui-se num problema real, de

proporções desconhecidas no setor de emergência. Com a apresentação desses dados, espera-se que a analgesia no trauma seja vista como um problema urgente e importante a ser investigado.

## CONCLUSÃO

Em relação à dor aguda, confirmou-se ser a mesma um fenômeno comum no setor de emergência em vítimas de acidentes de transporte para 90,0% dos casos. Quanto à intensidade dolorosa, notou-se que 56,0% tinham dor intensa e 29,0% dor moderada na primeira avaliação e que após o período de observação proposto, 38,0% dos pacientes permaneciam com dor moderada e 26,0% com dor intensa.

Esses achados reafirmam a necessidade de maior atenção às vítimas de trauma quanto a avaliação da dor.

Quanto ao uso de analgesia, verificou-se que grande parte dos pacientes permaneceram sem analgesia por um período mínimo de 3 horas e que o uso de opióides ainda é restrito em nosso meio, mesmo na vigência de dores de intensidade moderada e intensa.

Em relação ao Índice de Manejo da Dor (IMD), constatou-se inadequação analgésica para a primeira pergunta sobre dor (IMD<sub>1</sub>) para 29 (69,0%) pacientes medicados com antiálgicos. Quanto ao IMD<sub>2</sub>, verificou-se inadequação analgésica para 18 (42,9%) pacientes medicados.

Frente a esses dados, algumas questões surgem: sendo a dor um fenômeno comum em vítimas de trauma, por que não existe nos manuais de orientação para o atendimento ao politraumatizado um capítulo específico dedicado ao tema? Por que a analgesia no pronto-socorro é esquecida? Por que em nosso meio o uso de opióides é muito inferior ao utilizado em outros países no serviço de emergência? É claro que as respostas para essas questões não são simples, merecem atenção e servirão de base para reflexões e estudos futuros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCaffery M, Pasero C. Appropriate pain control. [letter]. *Am J Nurs* 2001; 101(11):13.
2. Morgan-Jones R, Cutler L, Kaul S. Patient satisfaction with pre-operative analgesia in acute trauma. *J R Coll Surg Edimb* 2000; 45(6): 371-3.

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. Drummond JP. Neurofisiologia. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. In: Drummond JP. Dor aguda: fisiologia clínica e terapêutica; São Paulo (SP): Atheneu; 200. p. 1-23.

5. Kanner R. Anamnese do paciente com dor. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998. In: Kanner R. Segredos em Clínica de Dor; p. 31-4.
6. Selbst SM, Henretting FM. The treatment of pain in the emergency department. *Pediatr Clin North Am* 1989; 36(4): 965-78.
7. Carvalho WB, Troster EJ. Sedação e analgesia no pronto-socorro. *J Pediatr* 1999; 75(Supl 2): 295-306.
8. Zoltie N, Cust MD. Analgesia in the acute abdomen. *Ann R Coll Surg Emerg* 1986; 68: 209-10.
9. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. *Arq Neuropsiquiatr* 1997; 55(3): 370-80.
10. Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor. O que há de novo em nosso meio? *Arq Bras Neurocir* 1998; 17(1): 15-24.
11. Organização Mundial da Saúde – OMS. Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Doenças Relacionados à Saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1998.
12. Mello Jorge MHP, Laurenti R. Acidentes e violência no Brasil. *Rev Saúde Publica* 1997; 31(4Supl): 1-4.
13. Fundação IBGE. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000. v.59.
14. Cleeland CS. Pain assesment: global use of the Brief Pain Inventory [review]. *Annals Acad. Med. Singapore* 1994; 23: 129-38.
15. Siegel S. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
16. Kelly AM. A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. *J Accid Emerg Med* 2001; 18(4): 321-2.
17. Wilson H. Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. *J Adv Nurs* 2000; 31(5): 1145-54.
18. Pasero C, McCaffery M. The undertreatment of pain. *Am J Nurs* 2001; 101(11): 62-5.
19. Ward KR, Yealy DM. Systemic analgesia and sedation in managing orthopedic emergencies. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18(1): 141-65.
20. Alpen MA, Morse C. Managing the pain of traumatic injury. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2001; 3(2): 243-57.