

Pain in patients attended at risk classification of an emergency service

Dor em pacientes atendidos na classificação de risco de um serviço de urgência

Jamille Santos da Silva¹, Taynara Apolonia Fagundes da Cruz¹, Caíque Jordan Nunes Ribeiro¹, Victor Santana Santos², José Antonio Barreto Alves³, Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro³

DOI 10.5935/1806-0013.20160009

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is a major symptom responsible for the search for urgency care. This study aimed at checking the presence of pain in patients attending the risk classification.

METHODS: This is a cross-sectional and descriptive study carried out at an urgency care unit, using a form with socio-demographic and clinical data, risk classification, analgesia and pain record on medical charts. Pain Management Index proposed by the World Health Organization was calculated.

RESULTS: From 102 patients included in the study, 82 (80.2%) reported pain, 45 (54.9%) were females, 48 (58.5%) were married, most (62 – 75.6%) lived in Greater Aracaju, 28 (34.1%) were classified as yellow. Acute, severe to moderate pain was the most frequent. In 71 (86.6%) cases, continuous pain has motivated the search for urgency care. Pain recording was present in almost all medical charts, being 80.5% performed by physicians. Simple analgesics and non-steroid anti-inflammatory drugs were the most frequently prescribed analgesics (59 – 72%). Pain management was inadequate in 86.6% of cases and there has been wide variation between admission and administration of first analgesia (mean: 94.5 min; min-max: 8-360 min).

CONCLUSION: The lack of analgesic protocols at risk classification may impair adequate pain management.

Keywords: Nursing at emergency, Pain, Pain Measurement, Screening.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é um dos principais sintomas responsáveis pela procura de serviços de urgência. O objetivo deste estudo foi verificar a presença de dor em pacientes atendidos na classificação de risco.

1. Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Enfermagem, Aracaju, SE, Brasil.
2. Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Aracaju, SE, Brasil.
3. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Apresentado em 26 de outubro de 2015.

Aceito para publicação em 21 de janeiro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Av. Cláudio Batista, S/N - Bairro Sanatório
49060-108 Aracaju, SE, Brasil.
E-mail: enffer2@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

MÉTODOS: Estudo transversal e descritivo, realizado em um serviço de urgência. Foi utilizado formulário que continha os dados sócio-demográficos e clínicos, classificação de risco, analgesia e registro da dor em prontuário. Foi calculado o Índice de Manuseio da Dor proposto pela Organização Mundial de Saúde.

RESULTADOS: Dos 102 pacientes incluídos no estudo, 82 (80,2%) relataram dor, 45 (54,9%) eram do gênero feminino, 48 (58,5%) eram casados, a maioria (62 – 75,6%) residentes da grande Aracaju, 28 (34,1%) foram classificados como amarelo. A dor aguda, intensa à moderada foi a mais frequente. Em 71 (86,6%) casos, a dor do tipo continua motivou a procura pelo serviço de urgência. O registro de dor esteve presente na quase totalidade dos prontuários, sendo 80,5% realizados pelos médicos. Os analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroides foram os mais prescritos (59 – 72%). O manuseio da dor foi inadequado em 86,6% dos casos e existiu grande variação entre o tempo de admissão e administração da primeira analgesia (média: 94,5min; mín-máx: 8-360min).

CONCLUSÃO: A ausência de protocolos de analgesia na classificação de risco pode dificultar o adequado manuseio do fenômeno doloroso.

Descritores: Dor, Enfermagem em emergência, Mensuração da dor, Triage.

INTRODUÇÃO

A procura por atendimentos de urgência tem aumentado e grande parte dos pacientes relata dor no momento da triagem. A partir dessa queixa são utilizados recursos para classificar e organizar as prioridades dos pacientes. A dor destaca-se como um dos principais motivos que levam ao sofrimento humano, trazem incapacidades que refletem na qualidade de vida (QV) e proporcionam grandes repercussões psicossociais e econômicas¹.

Definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, a dor é associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão². Sendo assim, é visível a necessidade de mensurar a dor desde a chegada do paciente à unidade de urgência até sua alta hospitalar.

A dor é um sintoma comum nos pacientes que buscam o serviço de urgência. Estudo que avaliou a dor em vítimas de trauma identificou sua presença em 90% dos casos³. Portanto, há real necessidade de um manuseio adequado da dor nesses grupos de pacientes, com vistas a ofertar melhor atendimento e, por conseguinte, assegurar as recomendações estabelecidas pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003⁴, prevê o acolhimento com classifica-

ção de risco para proporcionar ao usuário do SUS uma assistência holística, acolhedora e humanizada.

Os serviços de saúde têm adotado o Protocolo de Manchester para organizar as filas nos serviços de urgências. Esse protocolo é construído por categorias de sinais e sintomas e não por escalas de urgência pré-estabelecidas. A partir dos dados clínicos (sinais e sintomas), o indivíduo é classificado por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) e o tempo de atendimento deverá ser estabelecido conforme a gravidade⁵. A presença da dor durante a triagem associada aos demais sinais e sintomas apresentados, direciona a classificação do paciente de acordo com o protocolo instituído no serviço.

O objetivo deste estudo foi verificar a presença da dor, suas características e manuseio entre pacientes atendidos na classificação de risco do principal serviço de urgência de Sergipe. Esse estudo justificou-se pela necessidade de conhecer o perfil do público atendido na classificação de risco, sobretudo em relação à dor enquanto sintoma motivador para a procura por serviços de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório referente a 102 pacientes atendidos na classificação de risco, no período de março a abril de 2015, no principal hospital público de urgência de Sergipe-Brasil, localizado no município de Aracaju, capital do estado. Esse hospital é referência para os atendimentos de urgência e emergência para todo o estado de Sergipe e é responsável por aproximadamente 250 atendimentos semanais. Assim, para a estimativa de tamanho da amostra foi considerada uma proporção esperada que 30% dos pacientes procuram o serviço de saúde devido a dor. Com esse parâmetro, e considerando um nível de 95% de confiança, poder de 80 a amostra estimada foi de 102 pacientes.

Os critérios de inclusão foram possuir mais de 18 anos e condições cognitivas para responder aos questionamentos. Foram considerados critérios de exclusão pacientes instáveis, instabilidade hemodinâmica e ser vítima de trauma. Inicialmente, foi realizado teste piloto com sete pacientes atendidos no serviço para calibração do instrumento de coleta e pesquisadores, os quais foram excluídos da amostra final. A sistemática da coleta de dados ocorreu após serem avaliados na classificação de risco e pelo médico plantonista. Os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assistentes de pesquisa treinados realizaram a aplicação do formulário e a análise documental dos prontuários foi feita pelos pesquisadores.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado com as seguintes informações: dados sócio-demográficos e clínicos, classificação de risco, analgesia utilizada previamente e durante o atendimento no serviço de urgência, presença, intensidade e duração da dor, sua periodicidade, localização, fatores atenuantes e agravantes e registro da dor no prontuário.

Para mensuração da dor foi utilizada escala numérica, onde zero foi considerado ausência de dor e 10 refletiu a dor máxima². Os pacientes foram solicitados a responder verbalmente o valor correspondente à sua dor.

Para analisar o manuseio da dor segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, foi realizado o cálculo do Índice

de Manuseio da Dor (IMD). Esse índice leva em consideração o fármaco analgésico utilizado e a intensidade da dor referida pelo paciente e é estabelecido da seguinte forma: subtrai-se a potência do analgésico da intensidade da dor referida pelo paciente. O IMD varia de -3 a +3; escores negativos apontam para o uso de analgésicos inadequados, já escore zero ou positivo indica adequação da analgesia⁶. Os analgésicos foram classificados conforme sua potência analgésica (PA), onde zero significa ausência de fármaco analgésico; 1 - analgésico anti-inflamatório não esteroide (AINE); 2 - opioide fraco; 3 - opioide forte. A intensidade da dor (ID) foi classificada em zero - ausência de dor, 1 - dor leve (1 - 4), 2 - dor moderada (5 - 7) e 3 - dor intensa (8 - 10)⁷.

Análise estatística

Todas as informações obtidas foram codificadas e inseridas em um banco de dados. Em seguida, foram realizadas análises exploratórias dos dados. As variáveis categóricas foram descritas usando frequências absolutas e percentuais. Para verificar a normalidade (simetria) da distribuição das variáveis numéricas foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Como a distribuição foi assimétrica, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para avaliar a associação entre o perfil dos participantes e a presença de queixa de dor durante a avaliação, foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Foi estabelecida significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, e apresentados por meio de tabelas.

Em todas as etapas da pesquisa foram seguidas as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, CAAE 40884415.0.0000.5546.

RESULTADOS

Um total de 102 pacientes foi elegível para o estudo. Entretanto, um participante foi excluído por ter menos de 18 anos. Dentre os entrevistados, 19 (18,8%) não relataram dor. A amostra final foi constituída por 82 (80,2%) pacientes, com mediana (intervalo interquartil, IIQ) de idade de 36 anos (27-49), dos quais 54,9% eram do gênero feminino, 58,5% eram casados, 75,6% residem na grande Aracaju, 43,9% possuíam ensino fundamental e 34,1% foram classificados como risco amarelo (Tabela 1).

A amostra foi considerada homogênea para as características sócio-demográficas, visto que não foram evidenciadas diferenças significativas entre pacientes que relataram ou não queixa de dor na classificação de risco (Tabela 1). Contudo, pacientes que referiram dor apresentaram idade menor do que aqueles sem dor ($p = 0,027$, Mann-Whitney teste).

Os resultados do estudo demonstram que os pacientes tiveram uma média (desvio padrão) da dor de 7,4 (2,8), sendo aguda em 95,1% dos pacientes, intensa e moderada em 53,7% e 36,6%, respectivamente. O fenômeno doloroso era do tipo contínuo em 56,1% dos casos e em 86,6% esteve associado ao motivo principal de procura ao serviço de urgência. O repouso e a mudança de posição foram fatores atenuantes e agravantes e, quanto à localização, a região abdominal foi a mais frequente (32,9%). Na quase totalidade dos prontuários houve registro da presença de dor (95,1%), sendo que em 80,5% dos casos os registros eram realizados pelos médicos (Tabela 2).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica e clínica dos usuários atendidos no setor de classificação de risco em um serviço de urgência. Aracaju, SE, Brasil, 2015

Variáveis	Presença de dor				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Gênero					
Feminino	45	54,9	9	47,4	0,529*
Masculino	37	45,1	10	52,6	
Estado civil					
Casado	48	58,5	12	63,2	0,511**
Solteiro	26	31,7	4	21,0	
Desquitado	6	7,3	1	5,3	
Viúvo	2	2,5	2	10,6	
Local de residência					
Grande Aracaju	62	75,6	10	52,6	0,106**
Interior de Sergipe	19	23,2	8	42,1	
Outro estado	1	1,2	1	5,3	
Escolaridade					
Não alfabetizado	11	13,4	5	26,3	0,426**
Fundamental	36	43,9	9	47,4	
Médio	30	36,6	4	21,0	
Superior	5	6,1	1	5,3	
Procedência					
Casa	46	56,1	9	47,4	0,609**
Serviços de saúde	27	11,0	7	36,8	
Outros	9	32,9	3	15,8	
Classificação de risco					
Vermelho	1	1,2	0	0	0,894**
Laranja	11	13,5	2	10,6	
Amarelo	28	34,1	8	42,1	
Verde	25	30,5	4	21,0	
Azul	1	1,2	0	0	
Não classificados	16	19,5	5	26,3	

Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado.

Tabela 2. Avaliação da dor dos usuários atendidos no setor de classificação de risco de um serviço de urgência. Aracaju, SE, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Valor de p†
Motivo principal relacionado à dor			
Sim	71	86,6	<0,001
Não	11	13,4	
Duração da dor			
Aguda	78	95,1	<0,001
Crônica	4	4,9	
Intensidade da dor			
Leve (1 – 4)	44	53,7	<0,001
Moderada (5 – 7)	30	36,5	
Intensa (8 – 10)	8	9,8	

Continua...

Tabela 2. Avaliação da dor dos usuários atendidos no setor de classificação de risco de um serviço de urgência. Aracaju, SE, Brasil, 2015 – continuação

Variáveis	n	%	Valor de p†
Característica da dor			
Intermitente	34	44,5	
Contínua	46	56,1	0,21
Fatores atenuantes			
Repouso	26	31,7	0,004
Mudança de posição	9	11,0	
Não sabem informar	30	36,6	
Outros	17	20,7	
Fatores agravantes			
Mudança de posição	30	36,6	0,79
Não sabem informar	27	32,9	
Outros	25	30,5	
Localização da dor			
Cabeça	11	13,4	<0,001
Tórax	6	7,3	
Abdômen	27	32,9	
Extremidades	7	8,6	
Múltiplos	21	25,6	
Outros	10	12,2	
Registro da dor			
Sim	78	95,1	<0,001
Não	4	4,9	
Profissional responsável pelo registro			
Médicos	66	80,5	0,16
Enfermeiros	56	68,3	

†Valor Qui-quadrado de aderência com correção de Yates.

Neste estudo identificou-se que 46,3% dos pacientes fizeram uso de analgesia sem prescrição médica antes da procura pelo serviço de urgência. Destes, 4,9% não sabiam informar qual o fármaco utilizado; 26,8% afirmaram ter feito uso de analgésicos simples e/ou AINES; e 14,6% relataram ter feito uso de fármacos antiespasmódicos ou relaxantes musculares de maneira isolada ou associada a AINES (Tabela 3).

Foi observada prescrição de analgésicos pelos médicos emergencistas do serviço na quase totalidade dos casos (97,6%), sendo os analgésicos simples e AINES os mais prescritos em 72% dos casos, caracterizando, assim, a prática da oligoanalgesia (Tabela 3).

Apesar de a dor ser classificada de moderada a intensa, a analgesia utilizada não foi adequada para o alívio do fenômeno doloroso em 86,6% dos casos. O tempo médio de admissão no serviço de urgência e administração da analgesia foi de 94,5 (50,7 - 172) minutos tendo em vista que o tempo mínimo foi de oito e máximo de 360 minutos (Tabela 4).

Tabela 3. Consumo de analgésicos em um serviço público de urgência. Aracaju, SE, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Valor de p [†]
Uso prévio de analgesia			
Sim	38	46,3	<0,001
Não	44	53,7	
Analgésico utilizado previamente			
Analgésico simples ou AINES ^{††}	19	23,2	<0,001
Buscopan	7	8,5	
Analgésico simples + AINES ^{††}	6	7,3	
Relaxante muscular	2	2,4	
Não sabe informar	4	4,9	
Não utilizou	44	53,7	
Recebeu analgesia no serviço			
Sim	80	97,6	<0,001
Não	2	2,4	
Analgésico recebido no serviço			
Analgésico simples + AINES ^{††}	59	72,0	<0,001
Opioide fraco	16	19,5	
Analgésico simples + opioide fraco	4	4,9	
Opioide forte	1	1,2	
Não recebeu analgesia	2	2,4	
Via de administração utilizada			
Venosa	66	80,5	<0,001
Venosa + muscular	11	13,4	
Outras associações de vias	3	3,7	
Não recebeu analgesia	2	2,4	

[†]Valor Qui-quadrado de aderência com correção de Yates, ^{††}AINES = anti-inflamatórios não esteroides.

Tabela 4. Adequação do tratamento analgésico e tempo entre a admissão e primeira analgesia em um serviço de urgência. Aracaju, SE, Brasil, 2015

Variáveis	n	%	Valor de p [§]
Tratamento analgésico adequado			
Sim	11	13,4	<0,001
Não	71	86,6	
Tempo entre admissão e 1 ^a analgesia (min)			
1-10	2	2,4	<0,001
11-60	23	28,1	
61-120	25	30,5	
121-240	21	25,6	
>240	11	13,4	

[§]Valor Qui-quadrado de aderência com correção de Yates.

DISCUSSÃO

A dor é um sintoma comum nos serviços de urgência, especialmente na classificação de risco, o que requer dos profissionais da saúde estratégias eficazes para seu alívio. Assim, devem-se evitar efeitos deletérios decorrentes da dor não tratada e, por conseguinte, propiciar aos pacientes uma assistência pautada na ética e na humanização.

A maioria dos pacientes deste estudo era do gênero feminino. Estudos^{8,9} que avaliaram a dor em serviços de emergência identificaram dados similares. Acredita-se que o fato de as mulheres terem uma preocupação maior com a saúde, culminou em maior frequência desse gênero.

Nesta pesquisa houve predomínio de pacientes que possuíam ensino fundamental completo ou incompleto. Estudo enfatiza que pessoas com menor grau de escolaridade têm pouca perspectiva para lidar com processos dolorosos de maneira satisfatória¹⁰. A pouca escolaridade, associada às condições socioeconômicas desfavoráveis, pode dificultar o entendimento das funções das atenções primária e terciária da saúde. Portanto, a falta de conhecimento da real função do serviço de urgência sobrecarrega a atenção terciária, aumenta o tempo de espera, a insatisfação dos pacientes e, dessa forma, altera a logística desses serviços.

Quanto à classificação de risco, aproximadamente um terço dos pacientes foram classificados como amarelo. Estudo que objetivou verificar o grau de concordância entre os protocolos institucional e o de Manchester encontraram resultados divergentes⁵. Esses pesquisadores identificaram que os pacientes foram classificados como vermelho e laranja. Conforme protocolo de Manchester¹¹, os pacientes são classificados, de acordo com a gravidade em vermelho (risco iminente de morte), laranja (muito urgente), amarelo (sem iminência de morte), verde (risco moderado) e azul (baixo risco). A maior frequência de pacientes classificados como amarelo está relacionada ao fato de, no serviço pesquisado, os pacientes com risco iminente de morte serem encaminhados diretamente à área vermelha do pronto-socorro.

A dor aguda esteve presente na quase totalidade dos pacientes. Estudo¹² que identificou a dor no pós-operatório de craniotomia evidenciou dados semelhantes a esta pesquisa. A dor aguda pode causar alterações na pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos e prejuízos nas atividades de vida diária.

A dor intensa e moderada, de caráter contínuo, foi a mais frequente, contrapondo estudo realizado nos Estados Unidos que avaliou o manuseio da dor no serviço de emergência¹³. A dor intensa provoca sofrimento físico e emocional, não somente para os pacientes como familiares. Ademais, a dor contínua é caracterizada por ser súbita e espontânea, ou relacionada a uma determinada atividade. Dessa forma, o manuseio adequado do fenômeno doloroso é de fundamental importância para proporcionar conforto aos pacientes, evitar efeitos maléficos da dor não tratada, recidiva do processo doloroso, bem como retornos frequentes dos pacientes aos serviços de urgência.

A dor esteve associada ao motivo principal de procura pelo serviço de urgência na maioria dos casos, sendo mais frequente a dor abdominal. Contrastam os resultados desta pesquisa com estudo que apontou a dorsalgia como tipo predominante¹⁴. As dores lombares e abdominais prejudicam a produção e a produtividade, além de afetar a QV dos pacientes.

Os fatores que atenuaram e agravaram a dor foram respectivamente, o repouso e a mudança de posição. Os profissionais de saúde dispõem de vários métodos para o tratamento da dor, dentre eles as terapias farmacológicas e não farmacológicas. Por conseguinte, devem lançar mão de todos os recursos disponíveis existentes, com vistas a promover o alívio do fenômeno doloroso e, dessa forma, aumentar a

satisfação dos usuários que buscam os serviços de saúde.

Houve inadequação analgésica neste estudo, visto que, apesar de a dor ser intensa na maior parte dos casos, os analgésicos simples e AINES foram os fármacos mais prescritos, o que caracteriza a prática de oligoanalgesia. Esse dado corrobora estudo realizado em um hospital escola nos Estados Unidos¹⁵. Foi possível também observar o baixo uso de opioides fortes, os quais são altamente recomendados para dores intensas¹⁶. Embora exista no mercado uma grande disponibilidade de opioides, a prescrição de analgésicos simples e de AINES ainda é uma prática comum no serviço de urgência.

No que concerne ao tempo entre admissão e primeira analgesia no serviço de urgência, foi observada uma demora, em alguns casos, para a administração do primeiro analgésico. Esses resultados corroboram resultados de estudo no qual pesquisadores evidenciaram tempo médio de 90 minutos¹³, o que revela que a sobrecarga dos serviços de urgência é um problema comum também em outros países. Adicionalmente, de acordo com o protocolo de Manchester¹¹, os pacientes classificados como amarelos devem ser atendidos em, no máximo, 60 minutos. No presente estudo, embora quase um terço dos pacientes tenham sido classificados dessa forma, 69,5% dos pacientes foram atendidos em período superior ao preconizado. A superlotação nos serviços de urgência, aliada à ausência de protocolos de analgesia e de ordenação do fluxo de pacientes, podem contribuir para a demora no início do tratamento e recebimento da analgesia, além de aumentar os riscos para desfechos negativos.

Os registros sobre dor eram realizados em sua maioria por médicos, entretanto não existiam especificações nos prontuários sobre as características do fenômeno doloroso. Em contrapartida, o estudo¹² identificou que na maioria dos prontuários não havia registros sobre dor pela equipe multiprofissional e, quando existiam, eram realizados por médicos. Em outro estudo realizado na Turquia, apenas 35,1% dos enfermeiros relataram manter o registro da dor em todos os prontuários¹⁷. O registro apropriado e completo da dor no prontuário consiste em uma ferramenta importante para o direcionamento da conduta terapêutica e avaliação da sua eficácia, sobretudo para os profissionais de enfermagem, com vistas a assegurar o respaldo ético-legal.

CONCLUSÃO

O estudo sobre dor nos pacientes atendidos na classificação de risco de um serviço de urgência possibilitou as seguintes conclusões: o gênero feminino foi predominante, constituído por adultos jovens; o principal motivo de procura pelo serviço de urgência esteve relacionado ao fenômeno doloroso; o repouso e a mudança de posição foram os fatores atenuantes e agravantes da dor, respectivamente.

Parte dos pacientes foi classificada como amarelo e a dor foi descrita como aguda, contínua, de intensa a moderada, contudo, houve manuseio inadequado. Os médicos foram os profissionais que mais registraram a dor nos prontuários, no entanto, não existiam as suas características.

Diante do exposto, algumas inquietações são suscitadas: por que não existem protocolos de analgesia na classificação de risco? Por qual razão há um grande contingente de pacientes que diuturnamente optam pelos serviços de urgência ao invés de buscarem a atenção primária? Por que a prática da oligoanalgesia ainda é frequente? As respostas a esses questionamentos são complexas e necessitam de novos estudos, que busquem solucionar essas indagações.

REFERÊNCIAS

1. Sousa FA, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):3-10.
2. International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *Accid Emerg Med*. 1994;6:491-2.
3. Calil AM, Pimenta CA, Birolini D. The "oligoanalgesia problem" in the emergency care. *Clinics*. 2007;62(5):591-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. [internet]. 1st ed. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2010. [acesso em: 15 maio 2015]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>.
5. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LF, Chianca TC. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(1):26-33.
6. World Health Organization. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996.
7. Calil AM, Pimenta CA. [Pain intensity of pain and adequacy of analgesia]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(5):692-9. Portuguese.
8. Oliveira GN, Silva MF, Araujo IE, Carvalho-Filho MA. Profile of the population cared for in a referral emergency unit. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(3):548-56.
9. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(2):108-14.
10. Joynt M, Train MK, Robbins BW, Halterman JS, Caiola E, Fortuna RJ. The impact of neighborhood socioeconomic status and race on the prescribing of opioids in emergency departments throughout the United States. *J Gen Intern Med*. 2015;28(12):1604-10.
11. van der Wulp I, Sturms LM, de Jong A, Schot-Balfoort M, Schrijvers AJ, van Stel HF. Pain assessments at triage with the Manchester triage system: a prospective observational study. *Emerg Med J*. 2011;28(7):585-9.
12. de Oliveira Ribeiro Mdo C, Pereira CU, Sallum AM, Martins-Filho PR, Desantana JM, da Silva Nunes M, et al. Immediate post-craniotomy headache. *Cephalalgia*. 2013;33(11):897-905.
13. Tood KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain*. 2007;8(6):460-6.
14. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(2):463-80.
15. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med*. 2002;20(3):165-9.
16. Calil AM, Pimenta CA. Importance of pain evaluation and standardization of analgesic medication in emergency services. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):53-9.
17. Ucuzal M, Dogan R. Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):75-80.