

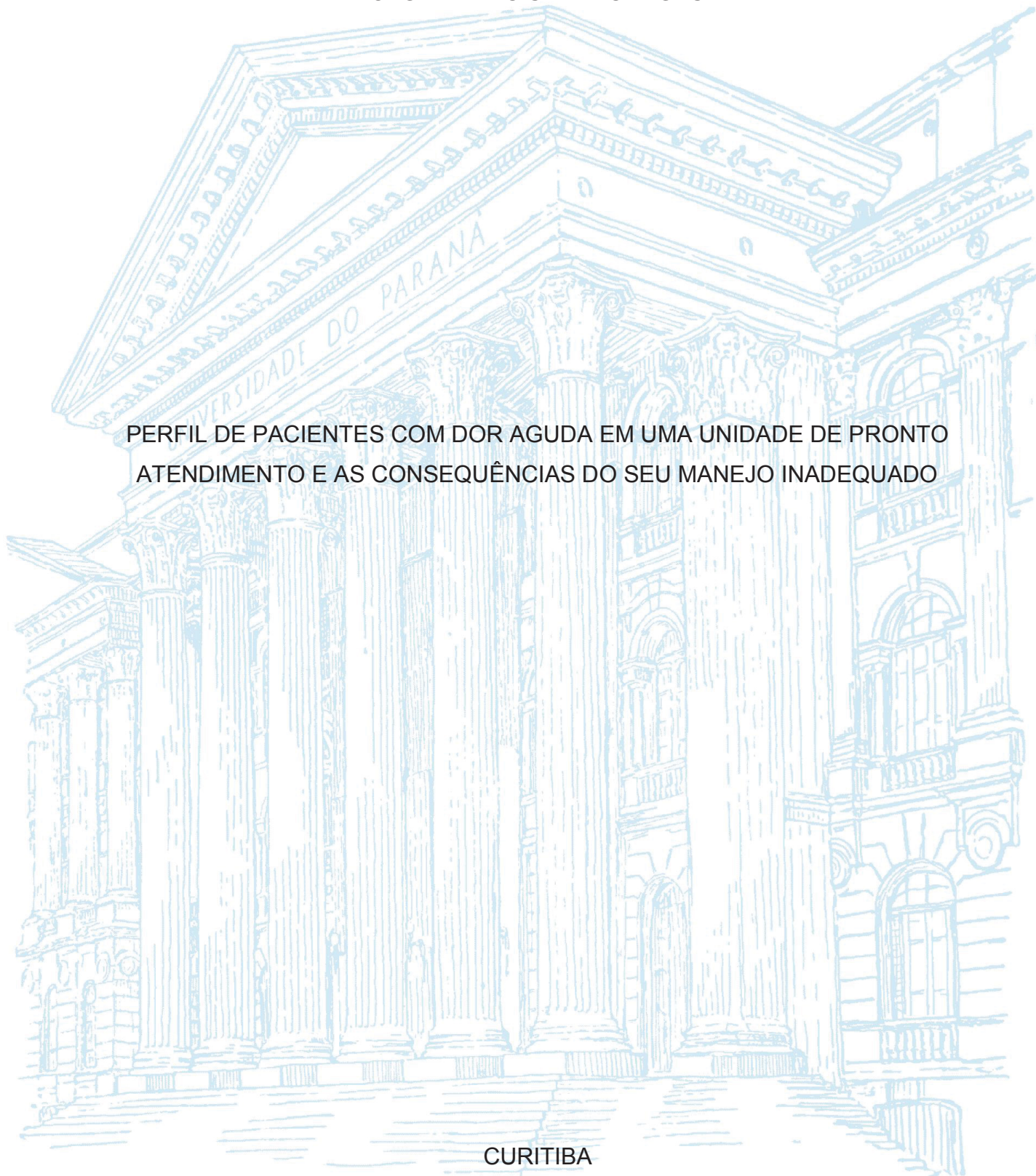
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

OLGA FRANCIS PITA CHAGAS

PERFIL DE PACIENTES COM DOR AGUDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO E AS CONSEQUÊNCIAS DO SEU MANEJO INADEQUADO

CURITIBA

2020



OLGA FRANCIS PITA CHAGAS

PERFIL DE PACIENTES COM DOR AGUDA EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO E AS CONSEQUÊNCIAS DO SEU MANEJO INADEQUADO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde no Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Área de concentração: Medicina da dor

Orientador: Prof. Dr. Élcio Juliato Piovesan

Co-orientador: Dr. Pedro André Kowacs

CURITIBA

2020

C433 Chagas, Olga Francis Pita

Perfil de pacientes com dor aguda em uma unidade de pronto atendimento e as consequências do seu manejo inadequado [recurso eletrônico] / Olga Francis Pita Chagas. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Élcio Juliato Piovesan

Coorientador: Prof. Dr. Pedro André Kowacs

1. Analgesia. 2. Dor aguda. 3. Serviços médicos de emergência. 4. Dor – Tratamento. I. Piovesan, Élcio Juliato. II. Kowacs, Pedro André. III. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WL 704



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MEDICINA INTERNA E
CIÊNCIAS DA SAÚDE - 40001016012P1

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **OLGA FRANCIS PITA CHAGAS** intitulada: **Perfil de pacientes com dor aguda em uma unidade de pronto atendimento e as consequências do seu manejo inadequado.**, sob orientação do Prof. Dr. ELCIO JULIATO PIOVESAN, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 09 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

09/10/2020 11:20:11.0

ELCIO JULIATO PIOVESAN

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

23/10/2020 11:58:10.0

ANA CHRYSTINA DE SOUZA CRIPPA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/10/2020 12:16:47.0

JOSÉ GERALDO SPECIALI

Avaliador Externo (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Rua General Carneiro, 181 - Prédio Central - 11º Andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-1099 - E-mail: ppgmedicina@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 55144

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 55144

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me proporcionado a oportunidade de estar realizando esta dissertação, com toda a sua sabedoria e luz em mim imposta.

Ao meu amado esposo, agradeço pelo companheirismo, paciência e compreensão.

Aos meus queridos pais e irmãos, agradeço por sempre estarem presentes em minha vida, me fortalecendo a cada dia e sempre me incentivando a me tornar uma pessoa melhor.

Agradecimento especial aos meus queridos orientadores, Dr. Élcio Juliato Piovesan e Dr. Pedro André Kowacs, pois sem eles, esta dissertação não seria possível. Agradeço pelas orientações, pelo grande conhecimento dividido e, claro, pela amizade.

Agradeço às minhas queridas amigas Caroline Folchini e Kátia Vieira pela amizade e por compartilharem as angústias geradas ao longo da produção desta dissertação, sempre dispostas a me auxiliar de todas as formas possíveis.

Agradeço à Amanda Carvalho Garcia, monitora da Pós-Graduação em Medicina Interna, por todo o auxílio e orientação ao longo da produção dessa dissertação, sempre da maneira mais carinhosa e paciente possível.

Agradeço à Márcia Olandoski por todo o auxílio e paciência nos ensinamentos e produção das análises estatísticas deste trabalho.

Agradeço a toda equipe de funcionários e ao corpo clínico da Unidade de Emergências Clínicas do Hospital Governador Celso Ramos, que contribuíram de maneira substancial para o andamento desta pesquisa.

Agradeço a Dra. Gladys Lentz Martins por todo o auxílio e incentivo ao longo desse projeto, desde a sua elaboração até a finalização. Graças a você, pude levar essa pesquisa adiante e defendê-la como meu mestrado. Minha eterna gratidão.

Deixo meus sinceros agradecimentos a todos os pacientes que aceitaram participar deste estudo.

Finalmente, gostaria de agradecer à Pós-Graduação de Medicina Interna da UFPR por me proporcionar a oportunidade de realizar meu mestrado e por todo o aprendizado.

RESUMO

Dor constitui um dos principais motivos de busca por serviços de emergência e, apesar de sua alta prevalência, comumente é negligenciada ou subtratada. **Objetivo:** Caracterizar os principais tipos de dor no pronto atendimento de um hospital terciário da rede pública da cidade de Florianópolis, e avaliar as estratégias terapêuticas utilizadas com sua respectiva resposta. **Metodologia:** Foram estudados 110 pacientes adultos com queixa de dor aguda no pronto socorro do Hospital Governador Celso Ramos entre junho e setembro de 2017, onde foram submetidos à entrevista estruturada padronizada e elaborada para esse fim. **Resultados:** Dos 110 indivíduos, 52,73% eram mulheres, com idade média de $38,32 \pm 15,07$ anos. As frequências dos locais da dor foram: 1) dor abdominal (42,73%); 2) dor lombar (23,64%); 3) dor cefálica (23,64%); e 4) outras localizações (10%). Quase 83% foram medicados com uma relação direta entre o analgésico escolhido e o local da dor. Ao final do atendimento, 51,82% e 30% evoluíram, respectivamente, com melhora total e parcial. Doze (10,91%) pacientes foram internados para tratamento adicional. O controle da dor não foi eficaz em 18% dos pacientes. Excluindo os internamentos, 79,59% dos pacientes foram liberados com algum analgésico. Analgesia domiciliar não foi prescrita para metade dos indivíduos sem tratamento. **Conclusão:** Dor abdominal foi mais prevalente. Na maioria dos casos, foi obtido controle satisfatório da dor. Analgesia domiciliar foi fornecida preferencialmente aos pacientes com melhor resposta analgésica.

Palavras-chave: Analgesia; dor; dor aguda; dor na emergência; pronto atendimento; tratamento da dor.

ABSTRACT

Pain is one of the main reasons for seeking emergency services and, despite its high prevalence, its commonly neglected or undertreated. **Objective:** To characterize the main types of pain in the clinical emergency care of a public tertiary hospital in Florianópolis's city, and to evaluate analgesic strategies and responses. **Methods:** The study evaluated 110 adult patients with acute pain complaints in the emergency room of Governador Celso Ramos Hospital between June and September 2017. Subjects were submitted to standardized structured interview designed for that purpose. **Results:** Of the 110 individuals, 52.73% were female, group's age averaging 38.32 ± 15.07 years. Pain site frequencies were: 1) abdominal pain (23.64%); 2) low back pain (23.64%); 3) cephalic pain (23.64%); other locations (10%). Almost 83% was treated with a direct relationship between the chosen analgesic and the location of the pain. At the end, 51.82% and 30% evolved, respectively, with total and partial improvement. Twelve (10.91%) patients were admitted for additional treatment. Pain control was not achieved in 18% of patients. Excluding hospitalizations, 79.59% of the patients were discharged with painkiller. Home analgesia was not prescribed for half unmedicated subjects. **Conclusion:** Abdominal pain was more prevalent. In most cases, satisfactory pain control was attained. Home analgesia was preferably provided to patients with better analgesic response.

Keywords: Analgesia; pain; acute pain; pain in emergency room; emergency room; pain treatment.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESCALA ANALGÉSICA DA DOR	32
FIGURA 2 – ESCALA LINEAR ANALÓGICA NÃO VISUAL.....	40
FIGURA 3 – DEMONSTRAÇÃO GRÁFICA DAS ÁREAS CORRESPONDENTES À DIVISÃO DAS DORES DEFINIDAS PARA O ESTUDO	41
FIGURA 4 – DESENHO DO ESTUDO	42

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA INTENSIDADE50
- GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA LOCALIZAÇÃO51
- GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA EVOLUÇÃO DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA SUA INTENSIDADE NO MOMENTO DA ADMISSÃO DO PACIENTE NO PRONTO SOCORRO.....58
- GRÁFICO 4 – DEMONSTRAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CONDUTAS MÉDICAS FINAIS REALIZADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE COM BASE NA EVOLUÇÃO DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO.....62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – MÉTODOS UTILIZADOS PARA ESTIMATIVA DE INTENSIDADE E LOCALIZAÇÃO DA DOR	29
QUADRO 2 – MÉTODO MNEMÔNICO PARA AVALIAÇÃO DA DOR	30
QUADRO 3 – PRINCIPAIS CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NO MANEJO TERAPÊUTICO DA DOR.....	33

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PERFIL POPULACIONAL DO ESTUDO COM BASE NO SEXO E NA FAIXA ETÁRIA	43
TABELA 2 – PERFIL POPULACIONAL DO ESTUDO COM BASE NA FAIXA ETÁRIA EM RELAÇÃO AO SEXO	43
TABELA 3 – PREVALÊNCIA DAS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR	44
TABELA 4 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS TIPOS DE DOR COM BASE NAS INFORMAÇÕES DESCRITAS PELOS PACIENTES, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO SUA LOCALIZAÇÃO.....	45
TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DESCRITAS PELOS PACIENTES	46
TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOR COM BASE NAS INFORMAÇÕES DESCRITAS PELOS PACIENTES, DE ACORDO COM O SEXO	47
TABELA 7 – PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS ASSOCIADOS ÀS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR RELATADOS PELOS PACIENTES	48
TABELA 8 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DOS SINTOMAS ASSOCIADOS RELATADOS PELOS PACIENTES.....	48
TABELA 9 – PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO RELATADA PELOS PACIENTES DE ACORDO COM O SEXO	49
TABELA 10 – PREVALÊNCIA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO EM RELAÇÃO À LOCALIZAÇÃO DA DOR....	49
TABELA 11 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO.....	49
TABELA 12 – PREVALÊNCIA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO EM RELAÇÃO À INTENSIDADE DA DOR.....	50
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA INTENSIDADE	51

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA LOCALIZAÇÃO	52
TABELA 15 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO À QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS UTILIZADA DURANTE A PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE ÁLGICO	52
TABELA 16 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR	53
TABELA 17 – COMPARAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO AOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS	53
TABELA 18 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COM BASE NA INTENSIDADE DA DOR	54
TABELA 19 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE MELHORA DA DOR APÓS A ADMINISTRAÇÃO DA PRIMEIRA OPÇÃO ANALGÉSICA	55
TABELA 20 – PREVALÊNCIA DO USO DE ANALGESIA ADICIONAL NOS CASOS QUE MANTIVERAM DOR APÓS A PRIMEIRA OPÇÃO ANALGÉSICA	55
TABELA 21 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COMO MEDIDA ADICIONAL NA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, APÓS A PRIMEIRA ABORDAGEM, EM RELAÇÃO À LOCALIZAÇÃO	56
TABELA 22 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO AOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COMO MEDIDA ADICIONAL NA TENTATIVA DE CONTROLE ÁLGICO.....	56
TABELA 23 – PREVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA INTENSIDADE DA DOR NO MOMENTO DA ADMISSÃO	57
TABELA 24 – PREVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR	57

TABELA 25 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO À QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO	57
TABELA 26 – GRAU DE MELHORA DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO, APÓS SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO, COM BASE NA SUA INTENSIDADE NO MOMENTO DA ADMISSÃO	59
TABELA 27 – COMPARAÇÃO ENTRE AS INTENSIDADES DAS DORES COM RELAÇÃO À SUA EVOLUÇÃO AO FINAL DO ATENDIMENTO APÓS TRATAMENTO CLÍNICO	59
TABELA 28 – PREVALÊNCIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM BASE NA EVOLUÇÃO DA DOR AO FINAL DO ATENDIMENTO	60
TABELA 29 – PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS FINAIS ATRIBUÍDOS AOS PACIENTES PELO MÉDICO ASSISTENTE COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR, INCLUINDO O NÚMERO DE CASOS SUBMETIDO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR	61
TABELA 30 – PREVALÊNCIA DA PRESCRIÇÃO DE ANALGESIA DOMICILIAR AOS PACIENTES, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A EVOLUÇÃO DA DOR AO FINAL DO ATENDIMENTO	62

LISTA DE SIGLAS

AAS	- Ácido acetilsalicílico
AINEs	- Antiinflamatórios não esteroidais
CAAE	- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
p	- Significância
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.2	Objetivo geral.....	19
1.1.3	Objetivos específicos.....	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	DOR.....	21
2.1.1	Definição.....	21
2.1.2	Fisiopatologia.....	21
2.1.3	Classificação.....	24
2.1.3.1	Dor aguda.....	24
2.1.3.2	Dor crônica	25
2.1.3.3	Dor nociceptiva	26
2.1.3.4	Dor neuropática	26
2.1.3.5	Dor psicogênica.....	27
2.2	AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM DOR.....	27
2.3	TRATAMENTO DA DOR AGUDA	31
2.4	A REALIDADE DA DOR NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	33
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	36
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	36
3.3	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
3.3.1	Critério de seleção.....	37
3.3.1.1	Critérios de inclusão	37
3.3.1.2	Critérios de não inclusão	38
3.3.2	Critérios de exclusão	38
3.4	INSTRUMENTO UTILIZADO.....	38
3.5	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	39
3.6	ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	41
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	43
5	DISCUSSÃO	63
5.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70

5.2	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	70
6	CONCLUSÕES	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	90
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	91
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS	92

1 INTRODUÇÃO

Dor é um dos sintomas mais relatados na prática médica diária, estando presente em cerca de dois terços dos atendimentos em serviços de emergências clínicas (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN, 1994; VISENTIN; ZANOLIN; TRETIN; SARTORI; MARCO, 2005; MARUBAYASHI; SHIMODA; CONSTATINO, 2009).

Mesmo sendo um sintoma frequente, seu tratamento pode ser inadequado, obscurecido pela demanda diária, pela falta de opções medicamentosas ou ainda pela complexidade da situação clínica (GRANT, 2006; PINES; HOLLANDER, 2008; FREITAS; VIEIRA; TORRES; PEREIRA, 2009; SAÇA; CARMO; ARBULEIA; SOUZA; ALVES; ROSA, 2010).

Além disso, existem poucos estudos na atualidade que caracterizam a dor na emergência, incluindo seu manejo terapêutico. A ausência de protocolos pré-estabelecido na grande maioria dos serviços de pronto atendimento brasileiros, incluindo o pronto atendimento da qual nosso estudo foi realizado, faz com que este sintoma acabe, muitas vezes, sendo negligenciado.

O Hospital Governador Celso Ramos, fundado em 1966, constitui uma unidade hospitalar pública e estadual da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, responsável por 15,7 mil atendimentos em média por mês, englobando consultas ambulatoriais, atendimentos emergenciais e internações hospitalares (PORTAL SES, 2011).

Seu setor de emergências, também chamado de Unidade de Apoio à Emergência, conta com um regime “porta aberta” para atendimento de pacientes usuários do Sistema Único de Saúde de baixa, média e alta complexidade de todo o Estado (PORTAL SES, 2011).

Por se tratar de um departamento responsável por atendimentos irrestritos e de grande demanda, na grande maioria das vezes, este setor acaba se predispondo à superlotação e conseqüente sobrecarga, podendo levar à exaustão da equipe ou mesmo à escassez de medicamentos disponíveis, cuja situação se agrava ainda mais quando existe um número reduzido de profissionais de saúde ou um predomínio de profissionais inexperientes, realidade muito frequente em vários setores de pronto atendimento brasileiros (GRANT, 2006; FREITAS;

VIEIRA; TORRES; PEREIRA, 2009; CALIL; PIMENTA, 2008; PINES; HOLLANDER, 2008; SAÇA; CARMO; ARBULEIA; SOUZA; ALVES; ROSA, 2010).

É possível que tal cenário comumente seja responsável por uma abordagem deficiente de pacientes que procuram atendimento por dor, podendo ocasionar prejuízos na qualidade de vida, visto que, uma vez que a dor não é tratada, corre o risco de se cronificar (PERKINS; KEHLET, 2000; STRASSELS; CHEN; CARR, 2002), perpetuando, assim, o sofrimento ou, mesmo, negligenciando possíveis doenças que se manifestam com este sintoma, e financeiros, considerando os gastos dispensados ao sistema público de saúde e ao próprio paciente, sobretudo com o transporte utilizado até o pronto socorro (GRANT, 2006; PINES; HOLLANDER, 2008; FREITAS; VIEIRA; TORRES; PEREIRA, 2008; SAÇA; CARMO; ARBULEIA; SOUZA; ALVES; ROSA, 2010).

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Objetivo geral

Caracterizar os principais tipos de dor que levam os pacientes a procurarem atendimento médico no pronto socorro, incluindo a análise do padrão e a consistência de resposta ao uso de diferentes medicações sintomáticas, a fim de identificar as abordagens realizadas, inclusive no término do atendimento.

1.1.3 Objetivos específicos

- a) Verificar o perfil populacional dos pacientes que procuraram atendimento durante o período do estudo, através da faixa etária e sexo.
- b) Descrever as características da dor dos pacientes, incluindo caráter, intensidade, irradiação e frequência.
- c) Relatar os principais sintomas descritos pelos pacientes associados a sua dor.
- d) Quantificar a duração da dor antes dos pacientes procurarem atendimento médico.
- e) Verificar a prevalência de procura por outros serviços de emergência pela dor atual dos pacientes.
- f) Expor a frequência da automedicação nos pacientes estudados.
- g) Documentar os principais analgésicos utilizados para o manejo terapêutico de cada tipo de dor, levando em consideração sua localização e intensidade.
- h) Avaliar a relação entre a escolha de determinado medicamento com a localização e a intensidade da dor.

- i) Quantificar o número total de analgésicos da qual os pacientes foram submetidos durante a primeira opção terapêutica e ao final do atendimento médico, levando em consideração a localização e a intensidade da dor.
- j) Citar os possíveis diagnósticos finais atribuídos aos pacientes ao final da consulta médica.
- k) Demonstrar a prevalência dos graus de melhora da dor dos pacientes ao término do atendimento no pronto socorro, levando em consideração sua intensidade.
- l) Verificar a frequência de prescrição médica de analgésicos domiciliares aos pacientes no término do atendimento no pronto socorro.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DOR

2.1.1 Definição

Caracteriza-se dor, segundo a International Association for Study of Pain (2020), como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”.

Possui a característica de ser urgente e primitiva, sendo considerada o produto elaborado de uma variedade de sinais neurais processados pelo cérebro, onde se pode citar um componente fisiológico e outro psicológico ou emocional, sendo a junção de ambos, o que os humanos entendem por dor (OLIVEIRA et al., 1997).

A dor é um sinal vital clinicamente importante para a detecção e avaliação de inúmeras doenças, bem como para induzir um comportamento de precaução e, conseqüentemente, limitação de danos (MILLAN, 1999; WOOLF, 2000; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004), porém qualquer sintoma álgico, independente de sua natureza ou tempo de duração, é uma experiência desagradável e pode, muitas vezes, ser influenciado por vários fatores cognitivos, afetivos, culturais e ambientais, variando seu grau e intensidade em cada indivíduo (OLIVEIRA et al., 1997).

Além disso, pode levar o indivíduo a manifestar alterações nos padrões do sono, apetite e libido, sobretudo irritabilidade, alterações da energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

2.1.2 Fisiopatologia

O componente fisiológico ou sensorial da dor é denominado nocicepção, ou seja, a sensação determinada pela estimulação das fibras aferentes primárias (OLIVEIRA et al., 1997), determinando o início do processamento do estímulo doloroso. (RUSSO; BROSE, 1998).

O primeiro processo da nocicepção é a decodificação de sensações mecânicas, térmicas e químicas em impulsos elétricos por terminais nervosos especializados denominados nociceptores, que são terminações nervosas livres dos neurônios de primeira ordem, cuja função é preservar a homeostasia tecidual (LOESER et al., 2001; RIEDEL; NEECK, 2001), sendo sensibilizados quando o estímulo é potencialmente perigoso e capaz de gerar dano tecidual (SHERRINGTON, 1906; BURGESS; PERL, 1967; MILLAN, 1999).

Os nociceptores estão amplamente distribuídos na pele, vasos, músculos, articulações e vísceras (JULIUS; BASBAUM, 2001) e, uma vez estimulados, levam à liberação local de vários mediadores químicos (neurotransmissores) que serão responsáveis pela multiplicidade de eventos que ocorrem durante a transmissão da dor, tanto no sistema nervoso periférico como no central (BESSON, 1999; FÜRST, 1999; MILLAN, 1999; CALIXTO; CABRINI; FERREIRA, 2000; JULIUS; BASBAUM, 2001; GRIFFIS; COMPTON; DOERING, 2006).

Estes mediadores interagem com receptores específicos, facilitando a despolarização da membrana neuronal por tempo prolongado, através do aumento da condutividade de canais de sódio ou cálcio ou pela redução do influxo de potássio ou cloro para o intracelular, levando a geração do potencial de ação e consequente propagação do sinal nociceptivo por meio de fibras aferentes de pequeno e médio diâmetro, chamadas de fibras C (não mielinizadas) e fibras A δ (pouco mielinizadas), até o sistema nervoso central (SHELLEY; CROSS, 1994; PLEUVRY; LAURETTI, 1996; COGGESHALL; CARLTON, 1998; PASERO; PAICE; McCAFFERY, 1999; RAJA; MEYER; RINGKAMP; CAMPBELL, 1999; MILLAN, 1999; JULIUS; BASBAUM, 2001).

Os longos axônios das fibras nociceptivas, que se localizam em nervos periféricos, estendem-se de seus corpos celulares, reunidos no gânglio da raiz dorsal e trigeminal, enviando prolongamentos concomitantemente ao corno posterior da medula espinhal e ao núcleo trigeminal *pars caudalis* no bulbo e nos primeiros segmentos cervicais (C1-C2), respectivamente, e aos tecidos corporais (WALL, 1984; MILLAN, 1999).

Ao chegarem no terminal pré-sináptico, os impulsos nociceptivos seguem três diferentes caminhos, a seguir descritos:

- a) Seguem do corno posterior ao corno lateral da medula espinhal, onde fazem sinapse com os neurônios simpáticos ali existentes, cujas fibras

descem através das fibras simpáticas e levam impulsos para os vasos sanguíneos da região da dor, produzindo, por via reflexa, a vasoconstrição e a hipóxia regionais (FÜRST, 1999; MILLAN, 1999; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004).

- b) Seguem do corno posterior ao corno anterior da medula espinhal, onde fazem sinapse com os alfa neurônios motores ali existentes, cujas fibras motoras caminham para a periferia, levando impulsos para os músculos esqueléticos da região da dor, produzindo, por via reflexa, a contração desses músculos e sua consequente hipóxia, com subsequente liberação de novas substâncias algogênicas no local (FÜRST, 1999; MILLAN, 1999; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004).
- c) Passando pelas sinapses nas lâminas medulares, chegam aos neurônios do corno dorsal ou multirreceptivos da lâmina V, cujas fibras, ao nível da comissura branca anterior, cruzam para o quadrante anterolateral da medula oposta onde se fletem cranialmente, formando as vias ascendentes nociceptivas, constituídas por numerosos tratos, que alcançam o tálamo, e, finalmente, o córtex cerebral (FÜRST, 1999; MILLAN, 1999; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004).

Uma vez que o estímulo nociceptivo chega ao córtex cerebral, ocorre o processamento deste com informações contextuais e com a memória, determinando, assim, a resposta individual ao estímulo e a consciência da dor (FÜRST, 1999; MILLAN, 1999; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004).

Inúmeros são os tratos responsáveis pela propagação do estímulo doloroso, porém o principal e mais estudado constitui o trato espinotalâmico, que pode ser subdividido em dois feixes: neoespinotalâmico e paleoespinotalâmico. (BASBAUM et al., 2006)

O feixe neoespinotalâmico, filogeneticamente mais recente, caminha diretamente da medula para os núcleos do tálamo, onde faz sinapses com neurônios de terceira ordem, cujas fibras terminam nas áreas S1 e S2 do córtex somatossensorial. Nessas áreas, se processam a percepção, a discriminação e a decodificação têmporo-espacial da dor (BASBAUM et al., 2006).

O feixe paleoespinotalâmico, por sua vez, termina nos núcleos dorsomedial e central lateral do tálamo, onde faz sinapses com neurônios de

terceira ordem, cujas fibras alcançam o córtex frontal, via sistema límbico. As interações deste feixe com o sistema límbico e o córtex frontal respondem por mecanismos de reação à dor e dão origem ao fenômeno fundamental e mais importante da dor: o sofrimento (BASBAUM et al., 2006).

Ao contrário do feixe neoespinotalâmico, o feixe paleoespinotalâmico não segue seu caminho diretamente ao tálamo. Várias de suas fibras formam colaterais que terminam em núcleos diversos do tronco cerebral, cujas terminações se interconectam para formar fibras descendentes que, através do trato dorsolateral, constituem o sistema analgésico central descendente, considerado o principal responsável pela modulação da dor (BASBAUM et al., 2006).

2.1.3 Classificação

Atualmente, segundo a International Association for Study of Pain (2020), a dor pode ser classificada de duas formas principais, sendo elas por distribuição temporal ou pelo seu mecanismo fisiopatológico.

Com relação ao tempo, esta pode ser caracterizada em aguda, cuja duração não deverá ultrapassar três meses desde o início dos sintomas, ou crônica, onde o tempo de duração excede esse período (NUGRAHA et al., 2019).

Já de maneira fisiopatológica, a dor pode ser classificada em três tipos, sendo elas: do tipo nociceptiva, neuropática e psicogênica.

2.1.3.1 Dor aguda

A dor aguda é uma dor de caráter fisiológico, onde surge repentinamente e com duração limitada. Além de ser transmitida através da via neoespinotalâmica, esta dor costuma ser sentida dentro de 0,1 segundos após a aplicação de um estímulo doloroso (DRUMMOND, 2000).

Comumente é acompanhada por manifestações neurovegetativas (sudorese, palidez, taquicardia, hipertensão arterial, mal-estar, náuseas e vômitos) e desaparece com a remoção do fator causal e resolução do processo patológico (DRUMMOND, 2000; TEXEIRA; BRAUM FILHO; MARQUEZ, 2002).

É uma importante modalidade sensorial, desempenhando, entre outros, o papel de alerta, fazendo com que a pessoa adote comportamentos com o intuito de afastar ou eliminar a causa do estímulo doloroso (DRUMMOND, 2000; VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

Manifesta-se transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, podendo durar até no máximo três meses, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas (DRUMMOND, 2000).

2.1.3.2 Dor crônica

Já a dor crônica, tem caráter patológico e geralmente está associada à destruição tecidual, não desaparecendo com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais ou mesmo com a interrupção do estímulo doloroso (SESSLE, 2000; ROMERO-REYES, 2007).

Costuma ser sentida somente após um segundo ou mais após aplicação de um estímulo doloroso, aumentando lentamente durante vários segundos, e algumas vezes, durante minutos, cuja transmissão é realizada através da via paleoespinotalâmica (DRUMMOND, 2000).

Devido a sua longa duração, a dor crônica perde a função de sinal de alerta e de manter a homeostase, sendo gradativamente incapacitante e está relacionada à alteração dos mecanismos centrais de nocicepção, que acarretam a sua progressiva centralização (VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005; FREDHEIM; KAASA; FAYERS; SALTNES; JORDHOY; BORCHGREVINK, 2007).

Durante sua avaliação, geralmente não ocorre desvio significativo dos sinais vitais, podendo ser observado sensação de fadiga, isolamento social, comprometimento funcional, sofrimento, acentuado estresse e perda da qualidade de vida na maioria dos casos (RUSSO; BROSE, 1998; VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005; FREDHEIM; KAASA; FAYERS; SALTNES; JORDHOY; BORCHGREVINK, 2007).

A dor crônica é uma síndrome na qual os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, além da questão puramente física, estão envolvidos de maneira indissociável (RUSSO; BROSE, 1998; VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

2.1.3.3 Dor nociceptiva

A dor nociceptiva, espontânea ou evocada (quando desencadeada por alguma manobra), deve-se à ativação dos nociceptores e à transmissão dos impulsos aí gerados pelas vias nociceptivas, até as regiões do sistema nervoso central, onde tais impulsos são interpretados (VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

Além de começar simultaneamente ao início da atividade do fator causal, a remoção deste frequentemente culmina com o alívio da dor.

Conforme Filho e Carneiro (2005), nenhum déficit sensitivo é identificado e sua distribuição corresponde à das fibras nociceptivas estimuladas. Quanto menor o número de segmentos medulares envolvidos na inervação de uma estrutura, mais localizada é a dor (dor somática superficial). Em contrapartida, quanto maior o número de segmentos medulares, mais difusa é a dor (dor visceral e somática profunda).

2.1.3.4 Dor neuropática

Definida como a dor causada ou iniciada por uma lesão primária ou disfunção no sistema nervoso, representa um problema significativo de saúde pública, pois, além de custos elevados, proporciona uma devastação na qualidade de vida dos pacientes, já que é um sintoma incapacitante e sem função biológica protetora (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

É uma entidade complexa e heterogênea, com sinais e sintomas que podem flutuar em intensidade com o tempo. Costuma se manifestar, principalmente, através de dor contínua em queimação, sensação de choque e alodínea mecânica (WOOLF; MANNION, 1999).

Pode ser classificada em central ou periférica, sendo a dor central proveniente de lesões ou doenças que acometem o encéfalo ou a medula espinal, e a dor periférica proveniente de alterações nervosas periféricas, sejam elas de qualquer natureza (BARON, 2006).

Inúmeras são as possíveis causas, o que indica claramente que os procedimentos de diagnóstico para detecção de neuropatia dolorosa deve acompanhar sempre a busca de doença subjacente (WOOLF; MANNION, 1999).

Para a maioria dos portadores de dor neuropática, a dor geralmente persiste ao longo da vida e comorbidades, como depressão e redução da qualidade de vida, costumam ser muito comuns (BARON, 2006).

2.1.3.5 Dor psicogênica

Constitui uma condição sem qualquer substrato orgânico para dor, estando exclusivamente associada a um componente emocional, que pode variar de intensidade em cada indivíduo, a depender de suas condições emocionais. (VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

A dor psicogênica tende a ser difusa, generalizada e imprecisa, não respeitando qualquer padrão de irradiação nervosa. No entanto, às vezes, pode ser localizada, com sua topografia correspondendo à da imagem corporal que o paciente tem da estrutura que ele julga doente (VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

Sua descrição costuma ser relatada de forma dramática, sendo muito comum a presença concomitante de um evento negativo relevante na vida do paciente e o início da dor.

Ao exame físico, usualmente não há quaisquer achados relevantes e, por vezes, simulam um déficit sensitivo de distribuição histérica e fraqueza muscular. Os exames complementares são normais. As avaliações psiquiátrica e psicológica acabam por identificar depressão, ansiedade, hipocondria, histeria ou transtorno somatiforme (VILELA FILHO; CARNEIRO, 2005).

Como em outros tipos de tratamento, o tratamento da dor psicogênica é individualizado e o médico tentará adequá-lo às necessidades de seu paciente.

2.2 AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM DOR

Apesar dos grandes avanços, principalmente no diagnóstico por imagem, é muito importante destacar a história clínica e o exame físico minuciosos do paciente com dor.

Hampton, Harrison, Mitchell, Prichard e Seymour (1975), no cenário da medicina ambulatorial inglesa, mostraram em 80 pacientes que a anamnese isolada era responsável por 82,5% dos diagnósticos, e, quando somados ao

exame físico e a utilização de exames complementares, demonstrava um acréscimo de apenas 17%, ilustrando a importância de uma anamnese bem conduzida e detalhada.

Uma avaliação adequada da dor deve incluir a investigação de sua localização, intensidade, início, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, além de sua qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes e a presença ou ausência de outros sintomas associados (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

Além disso, é indispensável para o planejamento e adequação da terapia analgésica uma aferição precisa da intensidade dolorosa, sendo recomendadas, especialmente, escalas numéricas graduadas de zero a 10, onde zero significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997).

Em adição, o conhecimento de todos os locais dolorosos, a análise em conformidade com a distribuição nervosa da região e a identificação de possíveis grupos musculares envolvidos, podem ajudar a compreender a etiologia e a magnitude do quadro (PIMENTA; CRUZ; SANTOS, 1998), podendo, assim, direcionar o melhor tipo de tratamento.

Segundo Pimenta (1999), os objetivos da avaliação da dor são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro, esclarecer as limitações e os sofrimentos advindos desse sintoma, nortear a escolha das intervenções analgésicas e verificar a efetividade das intervenções implementadas.

O mesmo autor divide a avaliação do fenômeno doloroso em três categorias, a seguir:

- a) Medida de respostas fisiológicas da dor;
- b) Observações de comportamentos relacionados à dor;
- c) Descrições verbais ou escritas da dor e variáveis associadas a esta.

Os métodos mais utilizados pelos profissionais da saúde são as descrições verbais ou escritas da dor, incluindo escalas de dor, entrevistas, testes psicológicos, técnicas projetivas e diários de dor que permitem a compreensão da subjetividade do paciente e de diversas outras variáveis (SCOPEL; ALENCAR; CRUZ, 2007).

Além disso, de acordo com Wiermann e colaboradores (2014), atualmente, tais profissionais podem fazer uso de ferramentas estruturadas de avaliação, disponíveis na literatura, que auxiliarão na compreensão do impacto e o sofrimento desencadeados por este sintoma, levando, conseqüentemente, à elaboração de um plano terapêutico adequado (QUADRO 1).

QUADRO 1 – MÉTODOS UTILIZADOS PARA ESTIMATIVA DE INTENSIDADE E LOCALIZAÇÃO DA DOR

MEDIDAS DE INTENSIDADE DA DOR
1. Escala da estimativa numérica
2. Escala analógica visual
3. Escalas de categorias verbais ou visuais
4. Escalas de Borg para mensuração da dor
MEDIDAS DAS MULTIPLAS DIMENSÕES DA DOR
1. Instrumento de avaliação inicial da dor
2. Desenho da localização da dor
3. Questionário de McGill
4. Prontuário de percepção da dor
5. Escala de avaliação da dor relembra
6. Inventário de aspectos psicológicos em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho
7. Escala de descritor diferencial
8. Inventário multidimensional de dor

FONTE: Adaptada de SCOPEL; ALENCAR; CRUZ (2007).

A mensuração da dor tem sido considerada um grande desafio para aqueles que desejam controlá-la adequadamente, pois a dor é entendida como experiência perceptual complexa, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente (HORTENSE; ZAMBRANO; SOUSA, 2008).

Com base nisso, Gracely e Dubner (1981) sugerem que um instrumento ideal para a mensuração da dor deveria:

- a) Ter propriedades de uma escala de razão;
- b) Fornecer informação imediata sobre a fidedignidade do desempenho dos pacientes;
- c) Ser relativamente livre de vieses;
- d) Ser simples de utilizar com pacientes com dor e com pacientes sem dor, tanto em contextos clínicos como de pesquisa;

- e) Ser fidedigno e generalizável;
- f) Ser sensitivo às mudanças na intensidade da dor;
- g) Ser capaz de avaliar separadamente as diferentes dimensões da dor;
- h) Demonstrar utilidade tanto para a dor experimental, como para a dor clínica, permitindo comparações confiáveis entre ambos os tipos de dor.

O QUADRO 2, abaixo, demonstra um método mnemônico muito conhecido e amplamente utilizado para avaliar a dor nos pacientes, conhecido como “HAMSTER”.

QUADRO 2 – MÉTODO MNEMÔNICO PARA AVALIAÇÃO DA DOR

H	História
A	Avaliação funcional (de acordo com uma escala própria ou de acordo com o relato do paciente quanto a sua capacidade para realizar suas atividades diárias comuns ou atividades laborativas). Deve-se avaliar, além da intensidade da dor, sua frequência, início, duração, localização, bem como detalhada história da própria dor, com exame físico e neurológico.
M	Mecanismo da dor
S	Social e psicológico: mudanças causadas pela dor na vida do indivíduo, aparecimento de depressão, ansiedade e/ou distúrbios do sono. A dor é uma experiência ao mesmo tempo sensorial e emocional e um não pode ser tratado sem o outro. Alterações psiquiátricas e/ou psicológicas predis põem os pacientes à dor crônica e a diminuição da funcionalidade desses pacientes quando tem dor.
T	Tratamento: medicamentos, dose, efeitos
E	Educação do paciente em relação a sua doença e como conviver com ela
R	Reavaliação

FONTE: HEMORIO (2016).

Após uma adequada caracterização da dor, em alguns casos, faz-se necessário a utilização de exames subsidiários no auxílio dos possíveis diagnósticos diferenciais.

No entanto, reforça-se a ideia de que os mesmos não devem substituir uma história clínica detalhada e um exame físico minucioso.

A solicitação de exames complementares deve ser direcionada pela suspeita clínica formulada durante a história e exame físico (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 1994; DANG; AGUILLERA; DANG; SALEM, 2002), sejam eles exames laboratoriais, como hemograma, análise bioquímica ou culturas, ou radiológicos, como tomografias computadorizadas ou exames ultrassonográficos.

2.3 TRATAMENTO DA DOR AGUDA

A resposta do organismo aos fatores desencadeadores da dor aguda, especialmente o trauma, aumenta a atividade do sistema nervoso, liberando catecolaminas e hormônios, produzindo alterações fisiológicas cardiovasculares, gastrointestinais, imunológicas e de coagulação, além de alterações comportamentais, limitando e incapacitando o paciente, por motivos intrínsecos ou extrínsecos, com agravos psicológicos, sociais e econômicos (DRUMMOND, 2000; TEIXEIRA; BRAUM FILHO; MARQUEZ, 2002; CANGIANI et al., 2011).

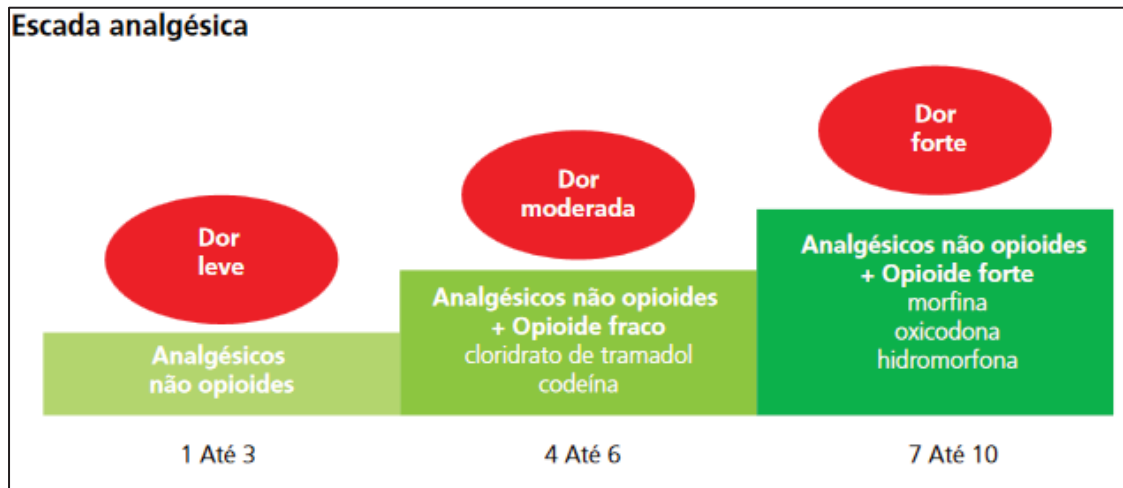
A constatação de que algumas respostas fisiológicas interferem negativamente no prognóstico do paciente fornece suporte para o conceito de que a dor aguda deve ser controlada do modo mais rápido e eficaz possível (DRUMMOND, 2000; TEIXEIRA; BRAUM FILHO; MARQUEZ, 2002; DUNWOODY; KRENZISCHEK; PASERO; RATHMELL; POLOMANO, 2008).

Segundo Wiermann et al. (2014), além de avaliar a intensidade da dor, é necessário determinar o mecanismo fisiopatológico subjacente para que sejam definidas as opções terapêuticas mais adequadas.

Muitas são as técnicas aplicadas para o alívio da dor, porém a intervenção medicamentosa constitui a técnica mais amplamente aplicada no dia a dia (CANGIANI et al., 2011), seguindo-se um algoritmo estabelecido inicialmente para o tratamento da dor do câncer, chamado de escada analgésica (DRUMMOND, 2000; CARACENI et al., 2002).

Conforme ilustrado na FIGURA 1, a seguir, a escada analgésica possui três degraus para o tratamento não invasivo ou intervencionista da dor, com os respectivos fármacos que devem ser introduzidos em cada degrau, e, assim, seguindo uma ordem progressiva de potência analgésica (DRUMMOND, 2000; CARACENI et al., 2002).

FIGURA 1 – ESCALA ANALGÉSICA DA DOR



FONTE: Adaptada de DRUMMOND (2000).

Através dela, uma vez estabelecida à intensidade da dor, é possível determinar a classe e o tipo de medicamento a ser utilizado para seu manejo terapêutico. No entanto, tal escolha deve ser individualizada, levando em consideração às características da dor, à tolerância do paciente frente aos diferentes tipos de analgésicos, à causa base da dor, o risco de dependência ao analgésico em questão e o risco de potenciais efeitos adversos (DRUMMOND, 2000; CARACENI et al., 2002; HALL-LORD; LARSSON, 2006).

Na grande maioria dos casos, preconiza-se a utilização de uma analgesia multimodal, da qual consiste na utilização, sempre que possível, de fármacos ou técnicas que tenham efeito sinérgico, farmacocinético ou farmacodinâmico, no alívio da dor, permitindo, assim, um uso mais racional, com menores doses e com diminuição de possíveis efeitos adversos.

Esta pode ser realizada em qualquer parte da via dolorosa, através do uso de analgésicos orais, como opioides, coxibes, AINEs, ou, mesmo, anestésicos locais e adjuvantes, conforme descrito no QUADRO 3, que vão reduzir a intensidade da inflamação e da sensibilização periférica, além de bloquear o influxo de estímulos e modular a dor no sistema nervoso central (DRUMMOND, 2000; DUNWOODY; KRENZISCHEK; PASERO; RATHMELL; POLOMANO, 2008).

QUADRO 3 – PRINCIPAIS CLASSES MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NO MANEJO TERAPÊUTICO DA DOR

NÃO OPIÓIDES	Dipirona / Acetaminofen / AAS / Paracetamol
ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS	AAS / Diclofenaco / Indometacina / Ibuprofen
OPIÓIDE FRACO	Codeína / Cloridrato de Tramadol / Propoxifeno
OPIÓIDE POTENTE	Morfina / Fentanila / Petidina / Buprenorfina / Nalbufina / Metadona / Oxycodona / Sufentanil / Alfentanil / Remifentanil
ADJUVANTES	Anticonvulsivantes / Antidepressivos / Neurolépticos / Benzodiazepínicos / Anticolinérgicos

FONTE: HEMORIO (2016).

2.4 A REALIDADE DA DOR NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A dor é uma das principais razões que levam os pacientes a procurarem atendimento médico, sendo responsável por mais de dois terços das visitas aos departamentos de emergência (VISENTIN; ZANOLIN; TRETIN; SARTORI; MARCO, 2005; MARUBAYASHI; SHIMODA; CONSTANTINO, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), um setor de emergências constitui uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde, tendo como principal objetivo promover cuidados médicos com caráter de urgência e emergência, os quais devem ser proporcionados imediatamente aos pacientes.

Além de possuir acesso irrestrito, propiciando uma grande demanda e um número excessivo de atendimentos por dia (DESLANDES, 2002), muitos dos pacientes se encontram em estado crítico, exigindo cuidados redobrados no seu manejo clínico, preconizando sua saúde e bem estar.

Os elevados índices de violência urbana, acidentes e envelhecimento populacional, sobretudo com aumento de doenças crônicas (MIRANDOLA; BÓS, 2015; SAWAY; VALENZUELA; SHOENBERGER; MALLON; VICCELLIO, 2017), além de distorções no processo de hierarquização do fluxo de pacientes (GUEDES; SOUZA; LIMA; MARTINS; CHIANCA, 2015), vêm ocasionando um aumento substancial na demanda por esse serviço, culminando com a superlotação e sobrecarga da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma assistência de baixa qualidade (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; MENDES; ARAUJO JÚNIOR; FURTADO; DUARTE; SANTIAGO; COSTA, 2009).

A maioria dos pacientes que procuram atendimento neste setor por dor comumente apresentam-se com esta em sua forma aguda e, geralmente, por causas não traumáticas, incluindo, especialmente, a lombalgia e a cervicalgia

miofascial, seguida da dor abdominal, cefaleia, dor torácica e dor secundária a infecções respiratórias altas (TODD et al., 2007).

Seu controle constantemente expressa um desafio, manifestado, muitas vezes, pela falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, que, frequentemente, demonstram concepções inadequadas em relação à avaliação, mensuração e manejo adequado da dor (BERTONCELLO; XAVIER; NASCIMENTO; AMANTE, 2016), uma vez que o ato de medir o fenômeno algico está intimamente relacionado em observar e ouvir atentamente, e, sobretudo, acreditar na queixa dolorosa referida pelo paciente (MINER; BIROS; TRAINOR; HUBBARD; BELTRAM, 2006; SAÇA; CARMO; ARBULEIA; SOUZA; ALVES; ROSA, 2010).

Além disso, a alta demanda diária contribui para uma compreensão deficiente dos mecanismos envolvidos na dor do paciente, fazendo com que estes não sejam devidamente ouvidos ou mesmo avaliados, enquanto que a sobrecarga da equipe de saúde impossibilita as avaliações consecutivas das quais esses pacientes necessitam. Como resultado, muitos acabam sendo liberados do pronto socorro ainda com dor (MINER; BIROS; TRAINOR; HUBBARD; BELTRAM, 2006).

Conforme Beel e colaboradores (2000), outra importante questão que contribui para este manejo inadequado é o longo processo que esses pacientes enfrentam até serem medicados.

Na grande maioria dos departamentos de emergência, o processo de administração de fármacos requer, inicialmente, a apresentação e o registro do paciente, seguido de sua avaliação e triagem pela equipe de enfermagem. Em seguida, este deve ser alocado em uma sala de tratamento, para, finalmente, ser avaliado pelo médico responsável, a fim de prescrever e solicitar o medicamento. Em consonância a isso, muitos dos pacientes devem aguardar a obtenção do mesmo na farmácia para, somente após, serem submetidos à sua administração (BEEL; MITCHINER; FREDERIKSEN; McCORMICK, 2000).

Existem poucos estudos na atualidade que caracterizam a dor na emergência, incluindo seu manejo terapêutico. A ausência de protocolos pré-estabelecido na grande maioria dos serviços de pronto atendimento brasileiros, incluindo o pronto atendimento da qual nosso estudo foi realizado, faz com que este sintoma acabe, muitas vezes, sendo negligenciado, perpetuando, assim, o sofrimento desses pacientes.

De acordo com Bonica (1987), a falta de diretrizes de pesquisa e prática tem sido relatada como uma das principais razões para o tratamento insuficiente.

Em estudo realizado por Goodacre e Roden (1996) foi evidenciado que, após a produção e utilização de um protocolo estabelecido para controle de dor em pacientes no pronto socorro, houve um aumento substancial no fornecimento de analgesia para estes pacientes, subindo de 9% para 31%, além da otimização no tempo em que os mesmos eram submetidos às medicações.

Somando-se a isso, é importante lembrar que o manejo da dor é pouco frequente no âmbito da escola de medicina, e o tratamento da dor aguda, que normalmente ocorre no pronto socorro, quase nunca é ensinado de maneira formal (WEINSTEIN et al., 2000; FOSNOCHT; SWANSON; BARTON, 2005). Uma otimização no ensino desta área pode contribuir no comportamento e melhorar o tratamento da dor no pronto socorro de médicos em formação, evitando, assim, que estes adquiram hábitos equivocados no decorrer da prática clínica (FOSNOCHT; SWANSON; BARTON, 2005).

O alívio da dor é uma das principais responsabilidades de um médico e, no serviço de emergência, as oportunidades para tal são quase infinitas. Uma mudança de atitude em relação à dor pode permitir que os médicos de emergência aproveitem essas oportunidades e quebrem barreiras frente ao seu tratamento. Uma mudança de paradigma que desafia a cultura predominante e se concentra no alívio da dor resultará em melhorias no atendimento e na relação médico-paciente (FOSNOCHT; SWANSON; BARTON, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo descritivo, de caráter prospectivo e corte transversal, com abordagem quantitativa e observação individual e não-participante, onde foram estudados pacientes adultos que procuraram atendimento em um serviço de emergências por queixa de dor.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no setor de emergências do Hospital Governador Celso Ramos, onde a coleta ocorreu entre os meses de junho e setembro/2017.

O Hospital Governador Celso Ramos, fundado em 1966, constitui uma unidade hospitalar pública e estadual da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, cujo setor de emergências, também chamado de Unidade de Apoio à Emergência, conta com um regime “porta aberta” para atendimento de pacientes usuários do Sistema Único de Saúde de baixa, média e alta complexidade de todo o Estado (PORTAL SES, 2011).

Todos os pacientes que procuram atendimento neste setor são submetidos a um acolhimento seguido de uma triagem classificatória de risco, do qual o objetivo é avaliar o grau de urgência das queixas, e determinar a especialidade médica que será responsável pelo atendimento, sendo esta dividida em três categorias: atendimento clínico (realizado pela equipe da clínica médica), atendimento cirúrgico (realizado pela equipe da cirurgia geral) e atendimento ortopédico (realizado pela equipe da ortopedia).

3.3 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A análise final do estudo foi realizada em uma amostra de 110 indivíduos adultos, de ambos os sexos, que procurou atendimento, exclusivamente clínico, no setor de emergências do Hospital Governador Celso Ramos por queixa de dor, como principal sintoma.

Todos os pacientes do estudo eram usuários do Sistema Único de Saúde, de classe social média a baixa, sendo, em sua maioria, trabalhadores braçais, expondo-se frequentemente a maiores cargas de trabalho e consequentes fatores de risco para enfermidades causadoras de dor.

A amostragem utilizada para este estudo justificou-se pelo fato de se tratar de uma população infinita e flutuante, não sendo possível estipular o número total de indivíduos que procuram atendimento com este sintoma no setor de emergências estudado. Por se tratar de um fenômeno corriqueiro e recorrente, um número superior a 100 indivíduos mostrou-se suficiente para definir e caracterizar o fenômeno, além de fornecer maior confiabilidade ao trabalho.

3.3.1 Critério de seleção

Pacientes adultos que relataram dor como principal sintoma no momento da triagem classificatória de risco, realizada pela equipe de enfermagem responsável, cujo atendimento e manejo terapêutico foram realizados exclusivamente por médicos plantonistas da especialidade da clínica médica.

3.3.1.1 Critérios de inclusão

- 1) Ambos os sexos;
- 2) Idade entre 16 e 80 anos;
- 3) Relato de dor como o principal motivo da procura por atendimento médico no momento do acolhimento e triagem classificatória de risco, realizada pela equipe de enfermagem responsável;
- 4) Atendimento médico realizado exclusivamente por médicos plantonistas da especialidade da clínica médica, do setor de emergências do Hospital Governador Celso Ramos;
- 5) Desejo de participar do estudo de forma voluntária e através da assinatura do TCLE.
- 6) Concordância na submissão da entrevista e consequente aplicação do questionário.

3.3.1.2 Critérios de não inclusão

- 1) Idade inferior a 16 anos ou superior a 80 anos;
- 2) Relato de qualquer outro sintoma, que não a dor, como principal motivo de procura por atendimento médico;
- 3) Atendimento médico realizado por médicos plantonistas de outras especialidades, que não a clínica médica;
- 4) Atendimento médico realizado em outro local do Hospital Governador Celso Ramos;
- 5) Pacientes hemodinamicamente instáveis, submetidos à intubação orotraqueal e/ou com Escala de Coma de Glasgow inferior a 15 pontos;
- 6) Não concordarem com a participação no estudo;
- 7) Não assinarem o TCLE;
- 8) Incapazes de responder o questionário por problemas físicos, psiquiátricos e/ou cognitivos.

3.3.2 Critérios de exclusão

- 1) Pacientes que pediram para ser retirados do estudo;
- 2) Evasão do pronto socorro em qualquer momento durante a avaliação;
- 3) Não responderem ou responderam de maneira incorreta as perguntas do questionário;

3.4 INSTRUMENTO UTILIZADO

A coleta de dados ocorreu através de entrevista estruturada, realizada pelo próprio pesquisador, com o preenchimento de um questionário, especialmente elaborado para a pesquisa, com informações demográficas (idade, sexo), sobre relato de automedicação, de características da dor (intensidade, duração, caráter, irradiação, sintomas associados, episódios anteriores), do manejo terapêutico, da resposta individual à analgesia instituída e sobre a conduta médica atribuída ao final do atendimento, pelo médico responsável.

Os participantes foram submetidos à entrevista após manifestarem interesse em participar do estudo, através da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado e elucidado pelo pesquisador.

3.5 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A seleção da amostra aconteceu por meio de amostragem probabilística aleatória simples, através da utilização do aplicativo para *smartphone* “Número aleatório UX”, versão 1.2.4, para sistema operacional móvel *Android*, desenvolvido pela UX Team Apps, o qual atribuiu um número aleatório para cada paciente que respeitava o critério de seleção, selecionando, assim, entre um (mínimo) e cinco (máximo) potenciais participantes por visita, com o intuito de balizar a colheita de dados.

As visitas ao pronto socorro ocorreram diariamente, entre os meses de junho a setembro/2017, cujo período (manhã, tarde ou noite) foi determinado por meio de sorteio.

Caso o número mínimo de participantes não fosse atingido, a visita era programada para o dia seguinte, seguindo a mesma regra de seleção para determinar o período a ser realizada.

Uma vez definidos os potenciais participantes, estes eram inicialmente atendidos pelo médico plantonista e, depois de instituída a conduta médica pelo mesmo, eram convidados a participar do estudo. O médico plantonista responsável pelo atendimento não tinha conhecimento sobre o momento da visita do pesquisador ou sobre os indivíduos que seriam submetidos à entrevista estruturada.

A avaliação dos participantes ocorreu em três momentos, a seguir:

- **1º momento:** Ao término do atendimento inicial realizado pelo médico plantonista, da qual o paciente manifestava interesse e concordava em participar do estudo, após esclarecimento de eventuais dúvidas e sobre o TCLE, realizados pelo pesquisador, e sua respectiva assinatura. Neste momento, eram realizadas perguntas sobre as características demográficas (idade, sexo) e gerais da dor atual (intensidade, duração, caráter, irradiação, sintomas associados, episódios anteriores).
- **2º momento:** Durante o manejo terapêutico, onde o paciente era questionado sobre o grau de melhora da dor a cada esquema analgésico

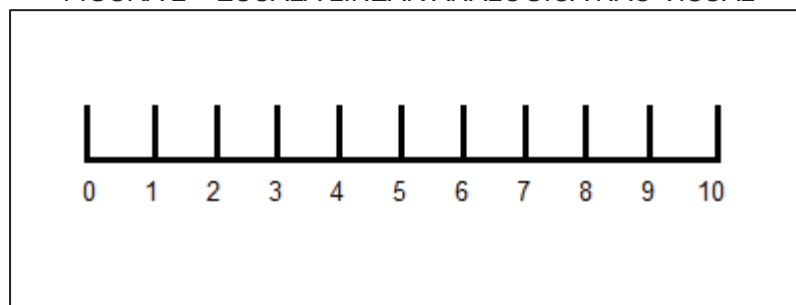
administrado, sendo estabelecido o intervalo de 1 hora para as sucessivas reavaliações, caso o paciente fosse submetido a mais de uma opção de tratamento. Neste momento, também foram realizadas checagens de prescrição médica com o intuito de verificar os analgésicos utilizados.

- **3º momento:** Após o encerramento do atendimento médico, a fim de identificar a conduta médica, atribuída pelo médico plantonista, ao término da consulta.

Caso o paciente não tivesse sido submetido à analgesia, este era avaliado após o encerramento do atendimento médico. Além disso, na eventualidade do paciente apresentar mais de um tipo ou localização da dor no momento da avaliação, foi considerada para o estudo a principal dor que motivou à procura pelo atendimento médico.

Para estimar a intensidade da dor, foi utilizada a Escala Linear Analógica Não Visual (SCHECHTER; ALTMAN; WEISMAN, 1990), conforme demonstrado na FIGURA 2, e as respostas foram categorizadas em quatro níveis, de acordo com a Escala Analgésica de Dor da Organização Mundial de Saúde (1990): 1) sem dor (0); 2) dor leve (0,1 a 3,0); 3) dor moderada (3,1 a 7,0); e 4) dor intensa (7,1 a 10). Ao final da categorização, as dores de intensidade leve e moderada foram reunidas em um só grupo denominado dor não intensa.

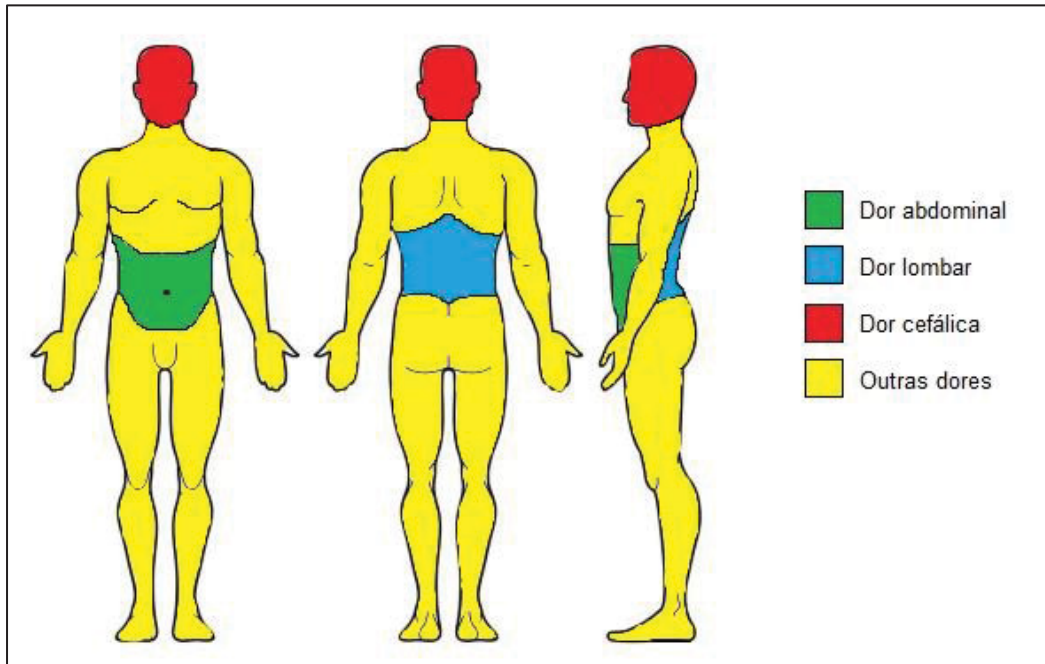
FIGURA 2 – ESCALA LINEAR ANALÓGICA NÃO VISUAL



FONTE: SCHECHTER; ALTMAN; WEISMAN (1990).

As dores foram classificadas e divididas com base na sua localização, segundo a FIGURA 3, em: 1) dor abdominal; 2) dor lombar; 3) dor cefálica; e 4) outras dores (dores em outras localizações que não as citadas anteriormente).

FIGURA 3 – DEMONSTRAÇÃO GRÁFICA DAS ÁREAS CORRESPONDENTES À DIVISÃO DAS DORES DEFINIDAS PARA O ESTUDO



FONTE: A autora (2020)

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos e legais contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013), bem como aqueles da Convenção de Helsinque (FINLÂNDIA, 1964) e suas emendas posteriores, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (CAAE no. 69611417.7.0000.5360).

3.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

A análise descritiva ocorreu por meio da exposição das características gerais e distribuição de frequências e percentuais.

As variáveis contínuas foram descritas por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvio-padrões.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de distribuição de frequências e percentuais.

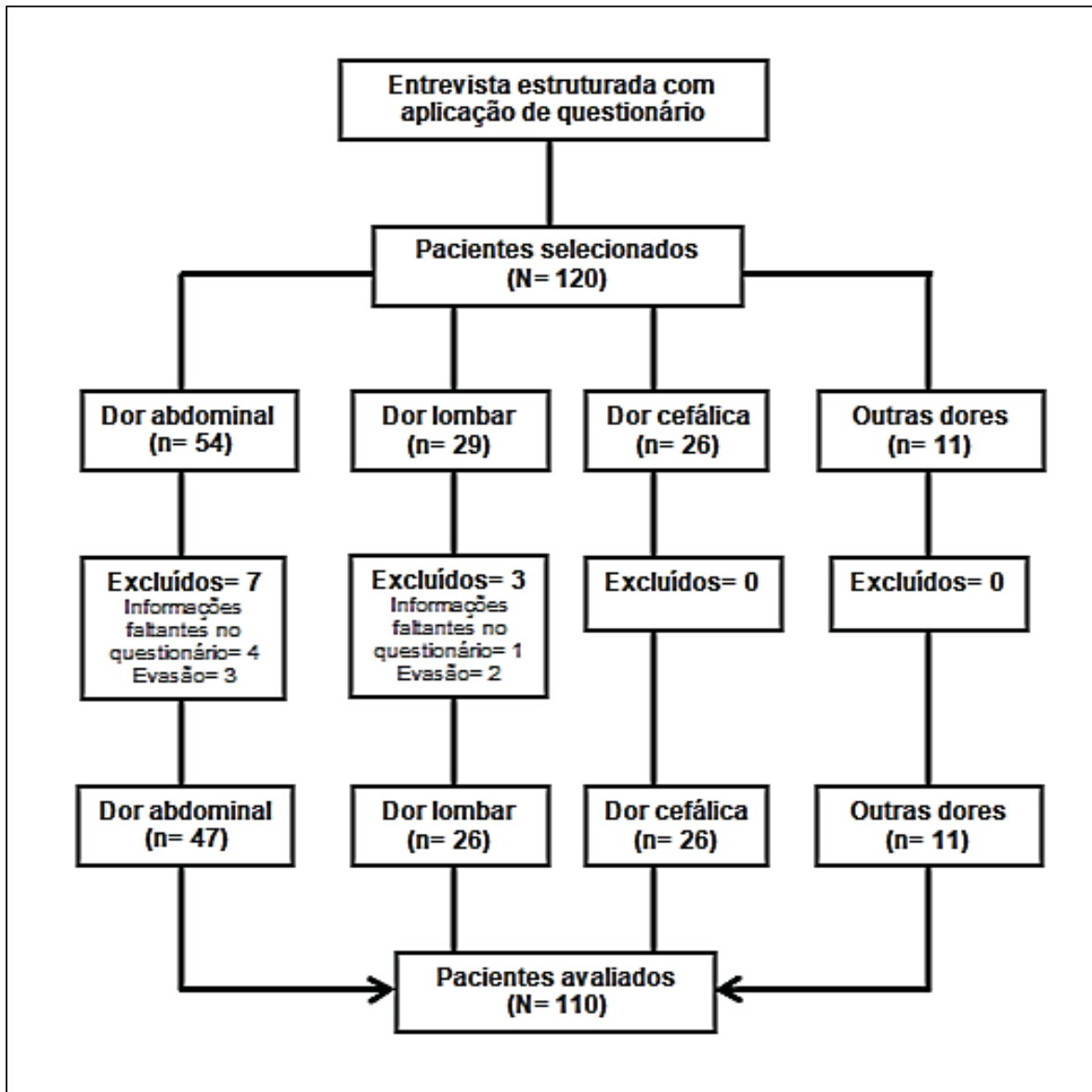
A comparação de variáveis quantitativas entre os grupos foi realizada através do teste T de Student para amostras independentes ou ANOVA com um fator.

Para comparação de variáveis categóricas, foram usados o teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ ou $p < 0,008$, quando corrigido por Bonferroni.

Para todas as análises, foi utilizado o programa computacional IBM® SPSS Statistics®. Os dados foram convertidos em tabelas através do software Microsoft Excel 2010.

FIGURA 4 – DESENHO DO ESTUDO



FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 110 pacientes avaliados, 58 (52,73%) era do sexo feminino (TABELA 1). A maior parte dos casos era composta por adultos jovens, com uma idade média de 38,32 \pm 15,07 anos, sem diferença significativa entre os sexos, porém com uma ligeira predominância do sexo feminino (TABELA 2).

TABELA 1 – PERFIL POPULACIONAL DO ESTUDO COM BASE NO SEXO E NA FAIXA ETÁRIA

População do estudo		Prevalência	
		n	%
Sexo	Feminino	58	52,73
	Masculino	52	47,27
TOTAL		110	100
Faixa etária	Adultos jovens (16-40 anos)	67	60,91
	Adultos (41-59 anos)	29	26,36
	Idosos (>59 anos)	14	12,73
TOTAL		110	100

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: n: número de casos.

TABELA 2 – PERFIL POPULACIONAL DO ESTUDO COM BASE NA FAIXA ETÁRIA EM RELAÇÃO AO SEXO

Sexo	Idade (anos)					p*
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
Feminino (n=58)	36,69	33,00	16,32	17,0	76,0	0,230
Masculino (n=52)	40,15	39,00	13,46	20,0	72,0	
TOTAL (n=110)	38,32	35,00	15,07	17,0	76,0	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste T de Student para amostras independentes, $p < 0,05$.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

A dor abdominal foi a que mais levou a procura por atendimento médico, sendo responsável por 42,73% do total de pacientes, seguida da dor lombar e dor cefálica, que incluiu cefaleia, otalgia, odinofagia, dor facial e dor ocular. Dores em outras localizações não apresentaram uma casuística significativa (TABELA 3).

Com exceção da dor lombar, onde se observou um percentual maior no sexo masculino, houve um maior percentual do sexo feminino para as demais (TABELA 3). No entanto, após aplicação do Teste de Qui-quadrado, não foi evidenciada diferença estatística entre os sexos em relação às diferentes localizações das dores estudadas ($p=0,421$).

TABELA 3 – PREVALÊNCIA DAS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR

Localização da dor	Sexo				Total		p*
	Feminino		Masculino		n	%	
	n	%	n	%			
Abdominal	27	46,55	20	38,46	47	42,73	0,421
Lombar	10	17,24	16	30,77	26	23,64	
Cefálica	15	25,86	11	21,15	26	23,64	
Outras**	6	10,34	5	9,61	11	10	
TOTAL	58	100	52	100	110	100	

FONTES: A autora (2020).

NOTAS: *Teste de Qui-Quadrado de Pearson, $p < 0,05$. **membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

A TABELA 4, abaixo, demonstra a caracterização das diferentes localizações da dor descrita pelos pacientes, além do tempo de procura por atendimento médico, presença ou não de episódio semelhante à sua dor atual e a procura por atendimento médico anterior. Nela, pode-se observar que as principais características foram: 1) caráter de cólica (37,27%); 2) contínua (82,73%); e 3) sem irradiação (64,54%). As prevalências das intensidades foram muito próximas, não sendo evidenciada diferença estatística entre elas.

TABELA 4 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS TIPOS DE DOR COM BASE NAS INFORMAÇÕES DESCRITAS PELOS PACIENTES, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO SUA LOCALIZAÇÃO

Características da dor	Localização da dor								Total (N=110)	
	Abdominal (N= 47)		Lombar (N= 26)		Cefálica (N= 26)		Outras* (N= 11)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Intensidade										
<i>Não intensa</i>	22	46,80	12	46,15	13	50,0	9	81,82	56	50,91
<i>Intensa</i>	25	53,19	14	53,85	13	50,0	2	18,18	54	49,09
Caráter										
<i>Cólica</i>	33	70,21	8	30,77	0	0	0	0	41	37,27
<i>Fisg/Lat/Puls</i>	3	6,38	6	23,08	13	50	1	9,09	23	20,91
<i>Pontada</i>	6	12,77	9	34,61	3	11,54	3	27,27	21	19,09
<i>Aperto</i>	2	4,25	0	0	10	38,46	4	36,36	16	14,54
<i>Queimação</i>	3	6,38	3	11,54	0	0	3	27,27	9	8,18
Frequência										
<i>Contínua</i>	38	80,85	23	88,46	22	84,61	8	72,73	91	82,73
<i>Intermitente</i>	9	19,15	3	11,54	4	15,38	3	27,27	19	17,27
Irradiação										
<i>Ausente</i>	30	63,83	11	42,31	22	84,62	8	72,73	71	64,54
<i>Presente</i>	17	36,17	15	57,69	4	15,38	3	27,27	39	35,45
DDAPPA										
<i>Horas até 2 dias</i>	31	65,96	14	53,85	15	57,69	6	54,54	66	60,0
<i>3 dias ou mais</i>	16	34,05	12	46,15	11	42,31	5	45,45	44	40,0
Episódio anterior										
<i>Sim</i>	24	51,06	22	84,61	16	61,54	5	45,45	67	60,91
<i>Não</i>	23	48,94	4	15,38	10	38,46	6	54,54	43	39,09
Atendimento anterior										
<i>Sim</i>	14	29,79	10	38,46	5	19,23	3	27,27	32	29,09
<i>Não</i>	33	70,21	16	61,54	21	80,77	8	72,73	78	70,91

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características; Fisg/Lat/Puls: fisgada, latejante ou pulsátil; DDAPPA: dias de dor até a procura por atendimento.

Segundo a mesma tabela, de maneira geral, mais da metade dos pacientes já apresentou dores com características semelhantes à sua dor atual e aguardaram até dois dias dos sintomas até a procura por atendimento médico. Além disso, sobre o relato de atendimento médico anterior, quase 30% dos pacientes relataram ter procurado atendimento médico em outro serviço de emergência pela sua dor atual.

Quando comparamos as mesmas características entre os diferentes tipos de dor, através do teste exato de Fisher, com nível de significância corrigido por Bonferroni ($p < 0,008$), verificamos uma diferença significativa apenas com relação à presença de irradiação entre as dores lombar e cefálica, sendo esta, mais presente na primeira ($p = 0,003$), e a presença de episódio anterior à sua dor atual,

que se mostrou mais prevalente na dor abdominal ($p=0,005$), quando comparada à dor lombar (TABELA 5).

TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DESCRITAS PELOS PACIENTES

Comparação das características entre as localizações da dor	p^*					
	Int.	Freq.	Irr.	DDAPPA	EA	AA
Abdominal x Lombar	1	0,519	0,090	0,327	0,005	0,603
Abdominal x Cefálica	0,812	0,760	0,104	0,613	0,465	0,410
Abdominal x Outras**	0,047	0,681	0,731	0,505	1	1
Lombar x Cefálica	1	0,709	0,003	1	0,116	0,220
Lombar x Outras**	0,071	0,335	0,151	1	0,038	0,711
Cefálica x Outras**	0,141	0,403	0,403	1	0,475	0,672

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p<0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni).

**membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: p : significância; Int.: intensidade; Freq.: frequência; Irr.: irradiação; DDAPA: dias de dor até a procura por atendimento; EA: episódio anterior; AA: atendimento anterior.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as características da dor quando comparadas entre os sexos (TABELA 6).

TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOR COM BASE NAS INFORMAÇÕES DESCRITAS PELOS PACIENTES, DE ACORDO COM O SEXO

Características da dor	Sexo				Total (N= 110)		p*
	Feminino (N= 58)		Masculino (N= 52)				
	n	%	n	%	n	%	
Intensidade							
<i>Não intensa</i>	30	51,72	26	50,0	56	50,91	1
<i>Intensa</i>	28	48,28	26	50,0	54	49,09	
Caráter							-
<i>Cólica</i>	25	43,10	16	30,77	41	37,27	
<i>Fisg/Lat/Puls</i>	11	18,97	12	23,08	23	20,91	
<i>Pontada</i>	8	13,79	13	25,0	21	19,09	
<i>Aperto</i>	7	12,07	9	17,31	16	14,54	
<i>Queimação</i>	7	12,07	2	3,85	9	8,18	
Frequência							0,139
<i>Contínua</i>	51	87,93	40	76,92	91	82,73	
<i>Intermitente</i>	7	12,07	12	23,08	19	17,27	
Irradiação							0,076
<i>Ausente</i>	42	72,41	29	55,77	71	64,54	
<i>Presente</i>	16	24,59	23	44,23	39	35,45	
DDAPPA							0,439
<i>Horas até 2 dias</i>	37	63,79	29	55,77	66	60,0	
<i>3 dias ou mais</i>	21	36,21	23	44,23	44	40,0	
Episódio anterior							0,241
<i>Sim</i>	32	55,17	35	67,31	67	60,91	
<i>Não</i>	26	44,83	17	32,69	43	39,09	
Atendimento anterior							0,141
<i>Não</i>	45	77,59	33	63,46	78	70,91	
<i>Sim</i>	13	22,41	19	36,54	32	29,09	

FONTES: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

LEGENDA: N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características; p: significância; Fisg/Lat/Puls: fisgada, latejante ou pulsátil; DDAPPA: dias de dor até a procura por atendimento.

Já a TABELA 7, por sua vez, expressa a prevalência dos principais sintomas associados à dor atual, relatados pelos pacientes. Náuseas e vômitos foram os sintomas mais citados, compreendendo quase 47% do total de casos.

TABELA 7 – PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS ASSOCIADOS ÀS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR RELATADOS PELOS PACIENTES*

Sintomas	Class.	Localização da dor								Total (N= 110)	
		Abdominal (N= 47)		Lombar (N= 26)		Cefálica (N= 26)		Outras** (N= 11)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Náusea/Vômito	Sim	27	57,45	11	42,31	12	46,15	1	9,09	51	46,36
	Não	20	42,55	15	57,69	14	53,85	10	90,91	59	53,64
Urinários***	Sim	11	23,40	9	34,61	0	0	3	27,27	23	20,91
	Não	36	76,60	17	65,39	26	100	8	72,73	87	79,09
Diarreia	Sim	13	27,66	1	3,85	1	3,85	0	0	15	13,64
	Não	34	72,34	25	96,15	25	96,15	11	100	95	86,36
Febre	Sim	9	19,15	1	3,85	3	11,54	0	0	13	11,82
	Não	38	80,85	25	96,15	23	88,46	11	100	97	88,18
Outros****	Sim	12	25,53	0	0	19	73,08	4	36,36	35	31,82
	Não	35	74,47	26	100	7	26,92	7	63,64	75	68,18
Nenhum	Sim	8	17,02	10	38,46	4	15,38	4	36,36	26	23,64
	Não	39	82,98	16	61,54	22	84,62	7	63,64	84	76,36

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *mais de um tipo de sintoma foi citado por um mesmo paciente. **membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax. ***disúria, polaciúria, poliúria, urgi-incontinência. ****calafrios, constipação intestinal, dispepsia, dispneia, fonofobia, fotofobia, hiperemia ocular, hipoacusia, inapetência, obstrução nasal, otorreia, sensação de descarga pós-nasal, tontura, tosse, turvação visual.

LEGENDA: Class.: classificação; N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características.

Após aplicação do teste exato de Fisher, não foi verificada diferença estatística entre os sintomas em relação aos tipos de dor, com exceção dos sintomas urinários, que foram mais presentes na dor abdominal e lombar, quando comparados à dor cefálica (TABELA 8).

TABELA 8 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DOS SINTOMAS ASSOCIADOS RELATADOS PELOS PACIENTES

Tipos de dor comparados	p^*					
	Náusea/vômito	Urinários***	Diarreia	Febre	Outros****	Nenhum
Abdominal x Lombar	0,233	0,412	0,014	0,086	0,006	0,052
Abdominal x Cefálica	0,463	0,006	0,014	0,519	<0,001	1
Abdominal x Outras**	0,006	1	0,055	0,184	0,475	0,214
Lombar x Cefálica	1	0,002	1	0,610	<0,001	0,116
Lombar x Outras**	0,064	1	1	1	0,005	1
Cefálica x Outras**	0,057	0,021	1	0,540	0,063	0,204

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni). **membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax. ***disúria, polaciúria, poliúria, urgi-incontinência. ****calafrios, constipação intestinal, dispepsia, dispneia, fonofobia, fotofobia, hiperemia ocular, hipoacusia, inapetência, obstrução nasal, otorreia, sensação de descarga pós-nasal, tontura, tosse, turvação visual.

LEGENDA: p : significância.

Em relação ao uso prévio de analgésicos, foi verificado que 39,09% dos pacientes fizeram uso de analgésicos sem prescrição médica antes de procurar atendimento, sem diferença entre os sexos (TABELA 9).

TABELA 9 – PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO RELATADA PELOS PACIENTES DE ACORDO COM O SEXO

Relato de automedicação antes da procura por atendimento médico	Sexo				Total		p*
	Feminino		Masculino		n	%	
	n	%	n	%			
Sim	24	41,38	19	36,54	43	39,09	0,696
Não	34	58,62	33	63,46	67	60,91	
TOTAL	58	100	52	100	110	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

Sobre o manejo terapêutico da dor, 82,73% do total de casos do estudo foi submetido ao tratamento clínico (TABELA 10). A maior parte dos pacientes que portava dor em outras localizações que não a abdominal, lombar ou cefálica não foi medicada (TABELA 11).

TABELA 10 – PREVALÊNCIA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO EM RELAÇÃO À LOCALIZAÇÃO DA DOR

Tratamento clínico da dor no pronto socorro	Localização da dor								Total	
	Abdominal		Lombar		Cefálica		Outras*		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sim	42	89,36	24	92,31	21	80,77	3	27,27	91	82,73
Não	5**	10,64	2	7,69	5	19,23	7	63,64	19	17,27
TOTAL	47	100	26	100	26	100	11	100	110	100

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax. **quatro pacientes recusaram submissão ao tratamento clínico no pronto socorro.

LEGENDA: n: número de casos.

TABELA 11 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR ACERCA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO

Tipos de dor comparados	p*
	Tratamento clínico da dor no pronto socorro
Abdominal x Lombar	1
Abdominal x Cefálica	0,314
Abdominal x Outras**	<0,001
Lombar x Cefálica	0,419
Lombar x Outras**	<0,001
Cefálica x Outras**	0,007

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni).

**membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: p: significância.

A intensidade da dor foi um fator determinante para a analgesia (TABELA 12). Os pacientes com dor intensa foram preferencialmente medicados, quando comparados aos pacientes com dor não intensa ($p=0,010$). Quatro pacientes portando dor não intensa recusaram medicação, não sendo, então, submetidos ao tratamento clínico no pronto socorro.

TABELA 12 – PREVALÊNCIA DA SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO NO PRONTO SOCORRO EM RELAÇÃO À INTENSIDADE DA DOR

Tratamento clínico da dor no pronto socorro	Intensidade da dor				Total		p^*
	Intensa		Não intensa		n	%	
	n	%	n	%			
Sim	50	92,59	41	73,21	91	82,73	0,010
Não	4	7,41	15**	26,79	19	17,27	
TOTAL	54	100	56	100	110	100	

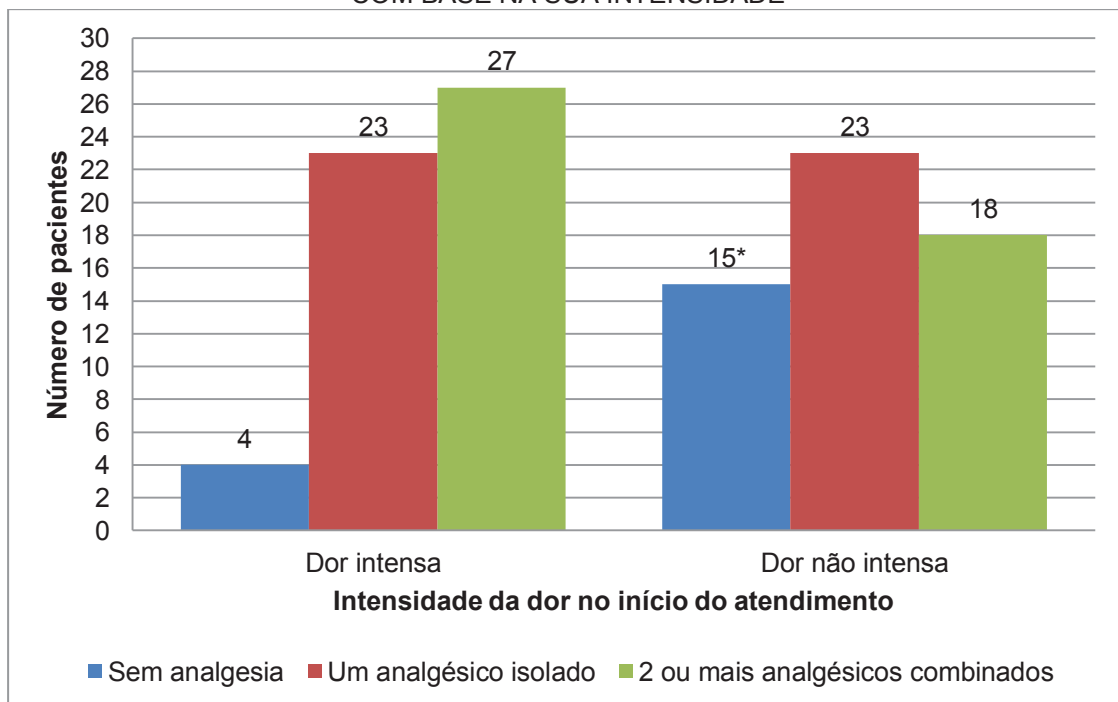
FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p<0,05$. **quatro pacientes recusaram tratamento clínico no pronto socorro.

LEGENDA: n: número de casos; p : significância.

Com relação à estratégia analgésica inicial, o GRÁFICO 1, a seguir, mostra a distribuição da quantidade de analgésicos da qual os pacientes foram submetidos, quanto à intensidade da sua dor.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA INTENSIDADE



FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Quatro pacientes recusaram tratamento clínico no pronto socorro.

Não houve diferença estatística entre a quantidade de analgésicos utilizados e a intensidade da dor, embora tenha sido observado um maior percentual na administração de associações medicamentosas em pacientes com dor intensa (TABELA 13).

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA INTENSIDADE

Quantidade de analgésicos utilizada na 1ª tentativa de controle da dor	Intensidade da dor				Total		p*
	Intensa		Não intensa		n	%	
	n	%	n	%			
Um analgésico isolado	23	46,0	23	56,10	46	50,55	0,402
2 ou mais analgésicos combinados	27	54,0	18	43,90	45	49,45	
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

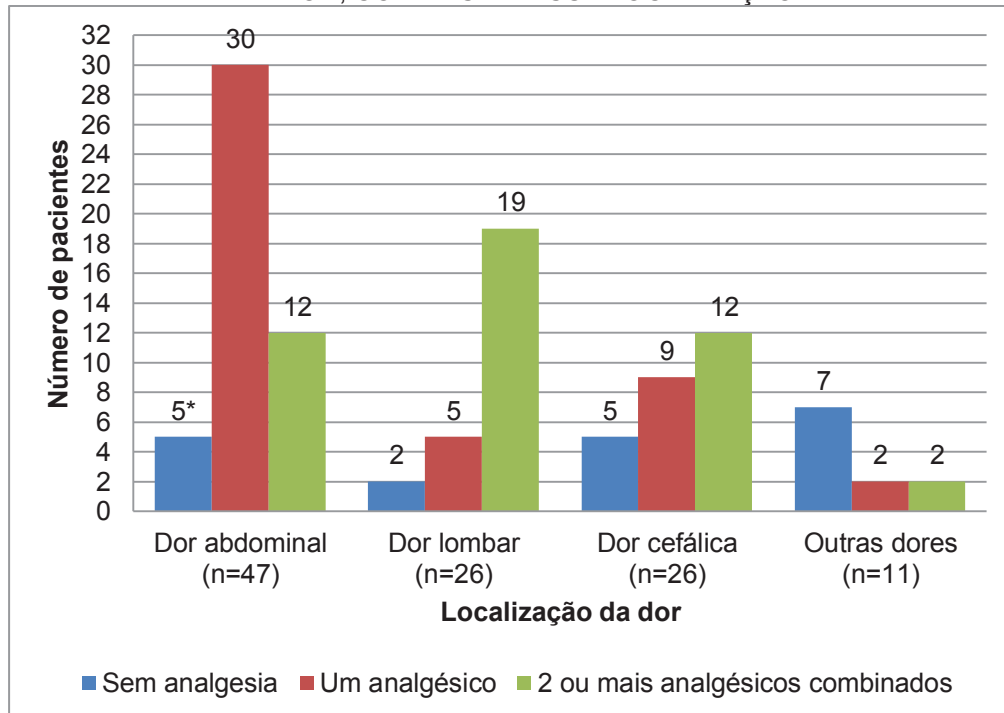
FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

Já o GRÁFICO 2, por sua vez, mostra a distribuição da quantidade de analgésicos administrados como primeira opção terapêutica, com base na localização da dor.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA LOCALIZAÇÃO



FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Quatro pacientes recusaram tratamento clínico no pronto socorro.

LEGENDA: n: número de casos.

Quando a análise foi realizada entre as diferentes localizações da dor, foi evidenciado que, tanto os pacientes com dor lombar como com dor cefálica, receberam, preferencialmente, associações medicamentosas, enquanto que a maior parte dos pacientes com dor abdominal foi submetida a um único analgésico (TABELA 14), sendo verificada significância estatística (TABELA 15).

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS À PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, COM BASE NA SUA LOCALIZAÇÃO

Quantidade de analgésicos utilizada na 1ª tentativa de controle da dor	Localização da dor								Total	
	Abdominal		Lombar		Cefálica		Outras*			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Um analgésico	30	71,43	5	20,83	9	42,86	2	50,0	46	50,55
2 ou mais analgésicos combinados	12	28,57	19	79,17	12	57,14	2	50,0	45	49,45
TOTAL	42	100	24	100	21	100	4	100	91	100

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

TABELA 15 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO À QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS UTILIZADA DURANTE A PRIMEIRA TENTATIVA DE CONTROLE ALGICO

Tipos de dor comparados	<i>p</i> *
	Quantidade de analgésicos utilizada na 1ª tentativa de controle da dor
Abdominal x Lombar	<0,001
Abdominal x Cefálica	0,052
Abdominal x Outras**	0,574
Lombar x Cefálica	0,196
Lombar x Outras**	0,253
Cefálica x Outras**	1

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni).

**membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: *p*: significância.

A Tabela 16, a seguir, mostra os analgésicos utilizados com base nos locais das dores. Para a dor abdominal, houve uma preferência ao uso do Buscopan composto®, enquanto que para a dor cefálica, os medicamentos mais utilizados foram o tenoxicam e sua associação com dipirona sódica. Já a dor lombar, por sua vez, a predileção foi para o uso da associação de Buscopan composto® e tenoxicam.

TABELA 16 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR

Opção analgésica	Class.	Localização da dor								Total (N= 91)	
		Abdominal (N= 42)		Lombar (N= 24)		Cefálica (N= 21)		Outras* (N= 4)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buscopan composto®	Sim	24	57,14	1	4,17	1	4,76	1	25,0	27	29,67
	Não	22	52,38	23	95,83	20	95,24	3	75,0	64	70,33
Associação Buscopan composto® + Tenoxicam	Sim	5	11,90	7	29,17	2	9,52	0	0	14	15,38
	Não	37	88,09	17	70,83	19	90,48	4	100	77	84,62
Associação Tenoxicam + Dipirona sódica	Sim	0	0	3	12,5	8	38,09	2	50,0	13	14,29
	Não	42	100	21	87,5	13	61,91	2	50,0	78	85,71
Dipirona sódica (isolada)	Sim	3	7,14	1	4,17	4	19,05	0	0	8	8,79
	Não	39	92,86	23	95,83	17	80,95	4	100	83	91,21
Tenoxicam (isolado)	Sim	0	0	0	0	4	19,05	0	0	4	4,40
	Não	42	100	24	100	17	80,95	4	100	87	95,60
Cloridrato de tramadol (isolado)	Sim	1	2,38	1	4,17	0	0	1	25,0	3	3,30
	Não	41	97,62	23	95,83	21	100	3	75,0	88	96,70
Outras associações**	Sim	7	16,67	9	37,5	2	9,52	0	0	18	19,78
	Não	35	83,33	15	62,5	19	90,48	4	100	73	80,22
Outros medicamentos isolados***	Sim	2	4,76	2	8,33	0	0	0	0	4	4,40
	Não	40	95,24	22	91,67	21	100	4	100	87	95,60

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax. **dipirona sódica + ácido acetilsalicílico; Buscopan composto® + cetoprofeno; Buscopan composto® + cloridrato de tramadol + tenoxicam; Buscopan composto® + cloridrato de tramadol; Buscopan composto® + paracetamol + codeína; cetoprofeno + cloridrato de tramadol; tenoxicam + dipirona sódica + cloridrato de tramadol; tenoxicam + morfina; tenoxicam + paracetamol. ***cetoprofeno; morfina; paracetamol.

LEGENDA: Class.: classificação; N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características.

Após a aplicação do teste exato de Fisher, verificou-se uma relação direta entre o uso de determinado medicamento com o local da dor (TABELA 17).

TABELA 17 – COMPARAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO AOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS

Tipos de dor comparados	p^*							
	BCi	BC+T	T+DS	DSi	Ti	CTi	OA	OMi
Abdominal x Lombar	<0,001	0,103	0,044	1	1	1	0,076	0,618
Abdominal x Cefálica	<0,001	1	<0,001	0,209	0,010	1	0,705	0,548
Abdominal x Outras**	0,609	1	0,005	1	1	0,168	1	1
Lombar x Cefálica	1	0,143	0,081	0,169	0,040	1	0,040	0,491
Lombar x Outras**	0,270	0,545	0,135	1	1	0,270	0,273	1
Cefálica x Outras**	0,300	1	1	1	1	0,160	1	1

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni). **membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: p : significância; BCi: Buscopan composto® (isolado); BC+T: Buscopan composto® + tenoxicam; T+DS: tenoxicam + dipirona sódica; DSi: dipirona sódica (isolada); Ti: tenoxicam (isolado); CTi: cloridrato de tramadol (isolado); OA: outras associações; OMi: outros medicamentos isolados.

Não houve significância estatística quando avaliado o tipo de medicamento com a intensidade da dor, com exceção da dipirona sódica, cujo uso se deu preferencialmente em dores não intensas (TABELA 18).

TABELA 18 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COM BASE NA INTENSIDADE DA DOR

Opção analgésica	Class.	Intensidade da dor				Total (N= 91)		p*
		Intensa (N= 50)		Não intensa (N= 41)		n	%	
		n	%	n	%			
Buscopan composto®	Sim	16	32,0	11	26,83	27	29,67	0,649
	Não	34	68,0	30	73,17	64	70,33	
Associação Buscopan composto® + Tenoxicam	Sim	7	14,0	7	17,07	14	15,38	0,774
	Não	43	86,0	34	82,93	77	84,62	
Associação Tenoxicam + Dipirona sódica	Sim	7	14,0	6	14,63	13	14,29	1
	Não	43	86,0	35	85,37	78	85,71	
Dipirona sódica (isolada)	Sim	1	2,0	7	17,07	8	8,79	0,021
	Não	49	98,0	34	82,93	83	91,21	
Tenoxicam (isolado)	Sim	2	4,0	2	4,88	4	4,40	1
	Não	48	96,0	39	95,12	87	95,60	
Cloridrato de tramadol (isolado)	Sim	1	2,0	2	4,88	3	3,30	0,587
	Não	49	98,0	39	95,12	88	96,70	
Outras associações**	Sim	13	26,0	5	12,20	18	19,78	0,119
	Não	37	74,0	36	87,80	73	80,22	
Outros medicamentos isolados***	Sim	3	6,0	1	2,44	4	4,40	0,624
	Não	47	94,0	40	97,56	87	95,60	

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$. **dipirona sódica + ácido acetilsalicílico; Buscopan composto® + cetoprofeno; Buscopan composto® + cloridrato de tramadol + tenoxicam; Buscopan composto® + cloridrato de tramadol; Buscopan composto® + paracetamol + codeína; cetoprofeno + cloridrato de tramadol; tenoxicam + dipirona sódica + cloridrato de tramadol; tenoxicam + morfina; tenoxicam + paracetamol. ***cetoprofeno; morfina; paracetamol.

LEGENDA: Class.: classificação; N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características; p: significância.

Em decorrência à primeira abordagem, a grande maioria dos pacientes apresentou algum grau de melhora na intensidade da dor. Quase 53% dos casos obtiveram controle algíco absoluto, enquanto que 38,46% conquistaram apenas uma melhora parcial (TABELA 19).

Com a aplicação do teste de Qui-quadrado de Pearson, observou-se que, os pacientes submetidos à analgesia que apresentavam dores não intensas, tiveram uma melhor resposta terapêutica após a primeira abordagem, quando comparados aos pacientes com dor intensa (TABELA 19).

TABELA 19 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE MELHORA DA DOR APÓS A ADMINISTRAÇÃO DA PRIMEIRA OPÇÃO ANALGÉSICA

Evolução da dor após 1ª opção analgésica	Intensidade da dor				Total		p*
	Intensa		Não intensa		n	%	
	n	%	n	%			
Ausência de dor	17	34,0	31	75,61	48	52,75	<0,001
Melhora parcial da dor**	26	52,0	9	21,95	35	38,46	
Dor inalterada***	7	14,0	1	2,44	8	8,79	
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste de Qui-Quadrado de Pearson, $p < 0,05$. **algum grau de melhora na intensidade da dor. ***sem resposta à analgesia instituída. Dor mantida com a mesma intensidade prévia à administração do medicamento.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

Do total desses mesmos pacientes que mantiveram dor, aqueles que não responderam à analgesia instituída apresentaram um maior percentual de submissão de analgesia adicional, quando comparados aos pacientes que responderam de maneira parcial (TABELA 20). No entanto, não foi evidenciada diferença estatística quando tal análise foi submetida ao teste exato de Fisher.

TABELA 20 – PREVALÊNCIA DO USO DE ANALGESIA ADICIONAL NOS CASOS QUE MANTIVERAM DOR APÓS A PRIMEIRA OPÇÃO ANALGÉSICA

Analgesia adicional	Grau de manutenção da dor após a submissão da 1ª opção analgésica				Total		p*
	Melhora parcial**		Dor inalterada***		n	%	
	n	%	n	%			
Sim	15	42,86	6	75,0	21	48,84	0,132
Não	20	57,14	2	25,0	22	51,16	
TOTAL	35	100	8	100	43	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$. **algum grau de melhora na intensidade da dor. ***sem resposta à analgesia instituída. Dor mantida com a mesma intensidade prévia à administração do medicamento.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

Segundo a TABELA 21, os opioides, incluindo a morfina e o cloridrato de tramadol, foram os medicamentos preferencialmente utilizados, sem relação quando comparados às diferentes localizações da dor (TABELA 22).

TABELA 21 – PREVALÊNCIA DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COMO MEDIDA ADICIONAL NA TENTATIVA DE CONTROLE DA DOR, APÓS A PRIMEIRA ABORDAGEM, EM RELAÇÃO À LOCALIZAÇÃO

Opção analgésica utilizada como medida adicional para controle da dor após a 1ª abordagem	Class.	Localização da dor								Total (N= 21)	
		Abdominal (N= 11)		Lombar (N= 4)		Cefálica (N= 5)		Outras* (N= 1)		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Morfina (isolada)	Sim	6	54,54	2	50,0	0	0	0	0	8	38,09
	Não	5	45,45	2	50,0	5	100	1	100	13	61,91
Cloridrato de tramadol (isolado)	Sim	2	18,18	0	0	3	60,0	0	0	5	23,81
	Não	9	81,82	4	100	2	40,0	1	100	16	76,19
Outros medicamentos isolados**	Sim	2	18,18	1	25,0	2	40,0	1	100	6	28,57
	Não	9	81,82	3	75,0	3	60,0	0	0	15	71,43
Associações***	Sim	1	9,09	1	25,0	0	0	0	0	2	9,52
	Não	10	90,91	3	75,0	5	100	1	100	19	90,48

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax. **cetoprofeno; tenoxicam; dipirona sódica. ***dipirona sódica + morfina; dipirona sódica + tenoxicam.

LEGENDA: Class.: classificação; N: número total de casos; n: número de casos com as devidas características.

TABELA 22 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO AOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS COMO MEDIDA ADICIONAL NA TENTATIVA DE CONTROLE ÁLGICO

Tipos de dor comparados	p^*			
	Mi	CTi	Associações	OMi
Abdominal x Lombar	1	1	0,476	1
Abdominal x Cefálica	0,093	0,244	1	0,547
Abdominal x Outras**	1	1	1	0,250
Lombar x Cefálica	0,167	0,167	0,444	1
Lombar x Outras**	1	1	1	0,400
Cefálica x Outras**	1	1	1	1

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni).

**membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: p : significância; Mi: morfina (isolada); CTi: cloridrato de tramadol (isolado); OMi: outros medicamentos isolados.

Durante a avaliação, constatou-se que, embora não tenha sido evidenciada significância estatística, os pacientes que portavam dores intensas apresentaram um percentual superior na submissão a um número maior de analgésicos ao longo do atendimento, quando comparados aos pacientes com dor não intensa (TABELA 23).

TABELA 23 – PREVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS DA QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA INTENSIDADE DA DOR NO MOMENTO DA ADMISSÃO

Quantidade de analgésicos utilizados ao longo do atendimento	Intensidade da dor na admissão do paciente				Total		p*
	Intensa		Não intensa		n	%	
	n	%	n	%			
Um analgésico	17	34,0	22	53,66	39	42,86	0,088
2 ou mais analgésicos	33	66,0	19	46,34	52	57,14	
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

Em adição, ao avaliar a quantidade total de analgésicos pela localização da dor (TABELA 24), foi verificado que os pacientes com dor abdominal receberam menos analgésicos durante todo o atendimento, quando comparado às outras dores (TABELA 25).

TABELA 24 – PREVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR

Quantidade de analgésicos utilizados ao longo do atendimento	Localização da dor								Total	
	Abdominal		Lombar		Cefálica		Outras*		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Um analgésico	25	59,52	5	20,83	8	38,10	1	25,0	39	42,86
2 ou mais analgésicos	17	40,48	19	79,17	13	61,90	3	75,0	52	57,14
TOTAL	42	100	24	100	21	100	4	100	91	100

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: n: número de casos.

TABELA 25 – COMPARAÇÃO ENTRE AS LOCALIZAÇÕES DA DOR COM RELAÇÃO À QUANTIDADE DE ANALGÉSICOS A QUAL OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS AO LONGO DO ATENDIMENTO

Tipos de dor comparados	p*
	Quantidade de analgésicos utilizada ao longo do atendimento
Abdominal x Lombar	0,004
Abdominal x Cefálica	0,120
Abdominal x Outras**	0,303
Lombar x Cefálica	0,323
Lombar x Outras**	1
Cefálica x Outras**	1

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste exato de Fisher, $p < 0,008$ (nível de significância corrigido por Bonferroni).

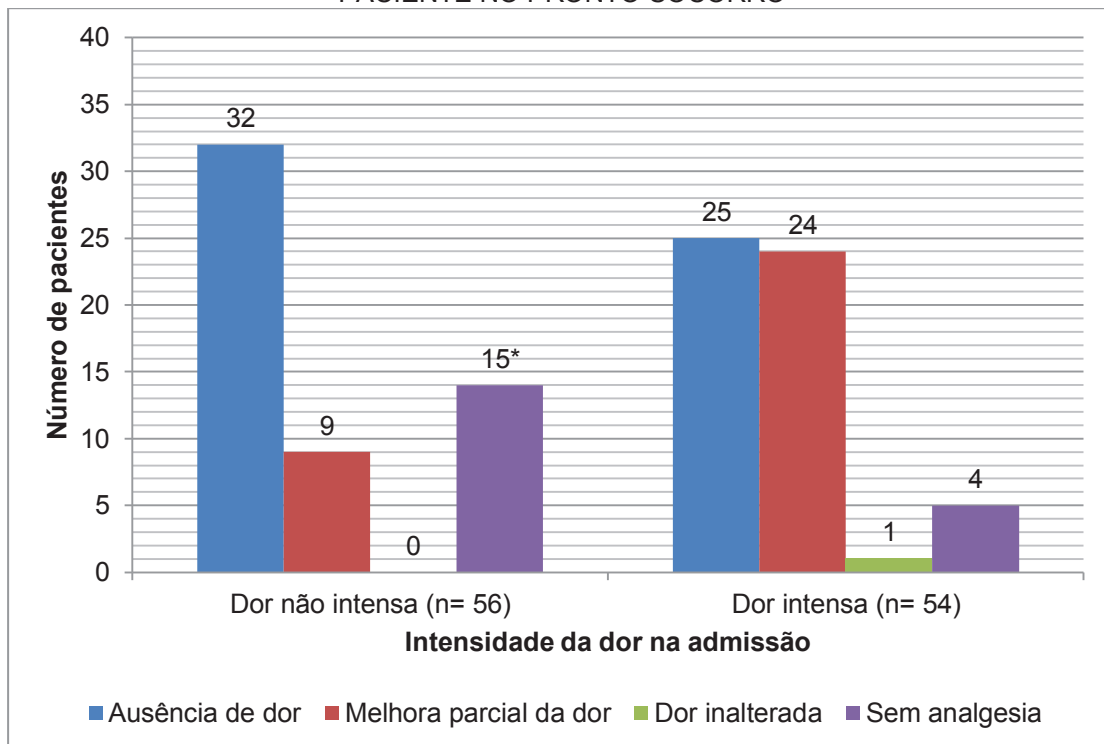
**membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: p: significância.

Ao final do atendimento, dentre os pacientes que receberam analgesia no pronto socorro, com exceção de um único liberado mantendo dor intensa, foram totalizados 57 casos que evoluíram com melhora total e 33 com melhora parcial, correspondendo, respectivamente, a 51,82% e 30% do total de pacientes do estudo (GRÁFICO 3). A melhora da dor, mesmo parcial, foi um fator determinante para o encerramento do atendimento no pronto socorro (TABELA 26).

Dos 19 pacientes que não foram medicados, 15 foram liberados com dor não intensa (quatro haviam recusado submissão ao tratamento clínico no pronto socorro) e 4 com dor intensa, representando, ao todo, 17,27% do total de pacientes do estudo (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA EVOLUÇÃO DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO, COM BASE NA SUA INTENSIDADE NO MOMENTO DA ADMISSÃO DO PACIENTE NO PRONTO SOCORRO



FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Quatro pacientes recusaram tratamento clínico no pronto socorro.

LEGENDA: n: número de casos.

TABELA 26 – GRAU DE MELHORA DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO, APÓS SUBMISSÃO DO TRATAMENTO CLÍNICO, COM BASE NA SUA INTENSIDADE NO MOMENTO DA ADMISSÃO

Evolução da dor ao final do atendimento após tratamento clínico	Intensidade da dor na admissão do paciente				Total	
	Intensa		Não intensa		n	%
	n	%	n	%		
Ausência de dor	25	50,0	32	78,05	57	62,64
Melhora parcial da dor*	24	48,0	9	21,95	33	36,26
Dor inalterada**	1	2,0	0	0	1	1,10
TOTAL	50	100	41	100	91	100

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *algum grau de melhora na intensidade da dor. **sem resposta à analgesia instituída. Dor mantida com a mesma intensidade prévia à administração do medicamento.

LEGENDA: n: número de casos.

Houve uma relação direta entre a intensidade da dor no momento da admissão e a sua evolução ao final do atendimento no pronto socorro. Pacientes que deram entrada no pronto socorro com dor intensa tiveram uma maior tendência a encerrarem seu atendimento mantendo algum grau de dor, mesmo após o tratamento clínico, quando comparados aos pacientes com dor não intensa (TABELA 27).

TABELA 27 – COMPARAÇÃO ENTRE AS INTENSIDADES DAS DORES COM RELAÇÃO À SUA EVOLUÇÃO AO FINAL DO ATENDIMENTO APÓS TRATAMENTO CLÍNICO

Evolução da dor ao final do atendimento após tratamento clínico	Intensidade da dor na admissão do paciente				Total		p*
	Intensa		Não intensa		n	%	
	n	%	n	%			
Ausência de dor	25	50,0	32	78,05	57	62,64	0,009
Presença de dor	25	50,0	9	21,95	34	37,36	
TOTAL	50	100	41	100	91	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Teste exato de Fisher, $p < 0,05$.

LEGENDA: n: número de casos.

Mesmo após manejo terapêutico da dor, 12 (10,91%) pacientes precisaram ser internados para tratamento clínico da doença de base. Todos esses pacientes foram submetidos à analgesia durante o atendimento no pronto socorro e, somente após algum grau de melhora analgésica, foram internados em seguida (TABELA 28). Os outros 98 pacientes receberam alta hospitalar.

TABELA 28 – PREVALÊNCIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM BASE NA EVOLUÇÃO DA DOR AO FINAL DO ATENDIMENTO

Internação hospitalar	Evolução da dor ao final do atendimento						Total		p*
	Ausência de dor		Melhora parcial da dor**		Dor inalterada***				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	3	5,26	9	27,27	0	0	12	10,91	0,001
Não	54	94,74	24	72,73	20	100	98	89,09	
TOTAL	57	100	33	100	20	100	110	100	

FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste de Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$. **algum grau de melhora na intensidade da dor. ***dor mantida com a mesma intensidade do momento da admissão do paciente.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

A TABELA 29, a seguir, mostra os diagnósticos finais atribuídos ao final da avaliação pelo médico assistente, com base na localização da dor relatada pelo paciente, incluindo os casos que foram submetidos à internação hospitalar. Nela, pode-se observar que, a maior parte dos pacientes que foram internados portavam patologias que se manifestaram, preferencialmente, por dor abdominal.

TABELA 29 – PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS FINAIS ATRIBUÍDOS AOS PACIENTES PELO MÉDICO ASSISTENTE COM BASE NA LOCALIZAÇÃO DA DOR, INCLUINDO O NÚMERO DE CASOS SUBMETIDO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tipo de dor	Diagnóstico final	Sexo		Total	Internação hospitalar
		F	M		
Dor abdominal (n=47)	Gastroenterocolite aguda	9	6	15	0
	Calculose renal	2	6	8	0
	Infecção do trato urinário	6	0	6	0
	Abdome agudo	4	0	4	3
	Neoplasias abdominais	1	3	4	1
	Gastrite aguda	0	4	4	0
	Doença inflamatória pélvica	2	0	2	0
	Calculose renal com ITU	1	1	2	2
	Retocele	1	0	1	0
	Pneumonia adquirida na comunidade	1	0	1	0
Dor cefálica (n=26)	Cefaleia primária provável migrânea	10	4	14	0
	Otite aguda	2	2	4	0
	Meningite aguda	0	2	2	2
	Sinusopatia	0	1	1	0
	Gastroenterocolite aguda	0	1	1	0
	Recidiva de tumor cerebral	0	1	1	1
	Conjuntivite aguda	1	0	1	0
	Dor ocular a esclarecer	1	0	1	0
Dor lombar (n=26)	Hemorragia subaracnóide aguda	1	0	1	1
	Calculose renal	6	11	17	0
	Lombalgia mecânica	3	5	8	1
Outras* (n=11)	Calculose renal com ITU	1	0	1	0
	Precordialgia de causa osteomuscular	3	2	5	0
	Candidíase vaginal	2	0	2	0
	Nódulo pulmonar	0	1	1	0
	Neoplasia de testículo	0	1	1	0
	Hepatite crônica do tipo C agudizada	0	1	1	1
TOTAL	Infecção do trato urinário	1	0	1	0
		58	52	110	12

FONTES: A autora (2020).

NOTA: *: membros, órgãos genitais, pescoço, região escapular e tórax.

LEGENDA: n: número de casos; F: feminino; M: masculino; ITU: infecção do trato urinário.

Excluindo os pacientes que foram internados, 79,59% dos pacientes que receberam alta hospitalar adquiriu alguma receita médica de analgésicos domiciliares no término do atendimento (TABELA 30).

Houve uma relação direta entre a intensidade da dor ao final do atendimento e a prescrição de analgesia domiciliar, segundo a TABELA 30. Pacientes que receberam alta hospitalar sem dor receberam mais receita médica de analgésicos, quando comparados aos pacientes que mantiveram algum grau de dor.

TABELA 30 – PREVALÊNCIA DA PRESCRIÇÃO DE ANALGESIA DOMICILIAR AOS PACIENTES, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A EVOLUÇÃO DA DOR AO FINAL DO ATENDIMENTO

Analgesia domiciliar	Evolução da dor ao final do atendimento						Total		p*
	Ausência de dor		Melhora parcial da dor**		Dor inalterada***				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	48	88,89	18	75,0	12	60,0	78	79,59	0,019
Não	6	11,11	6	25,0	8	40,0	20	20,41	
TOTAL	54	100	24	100	20	100	98	100	

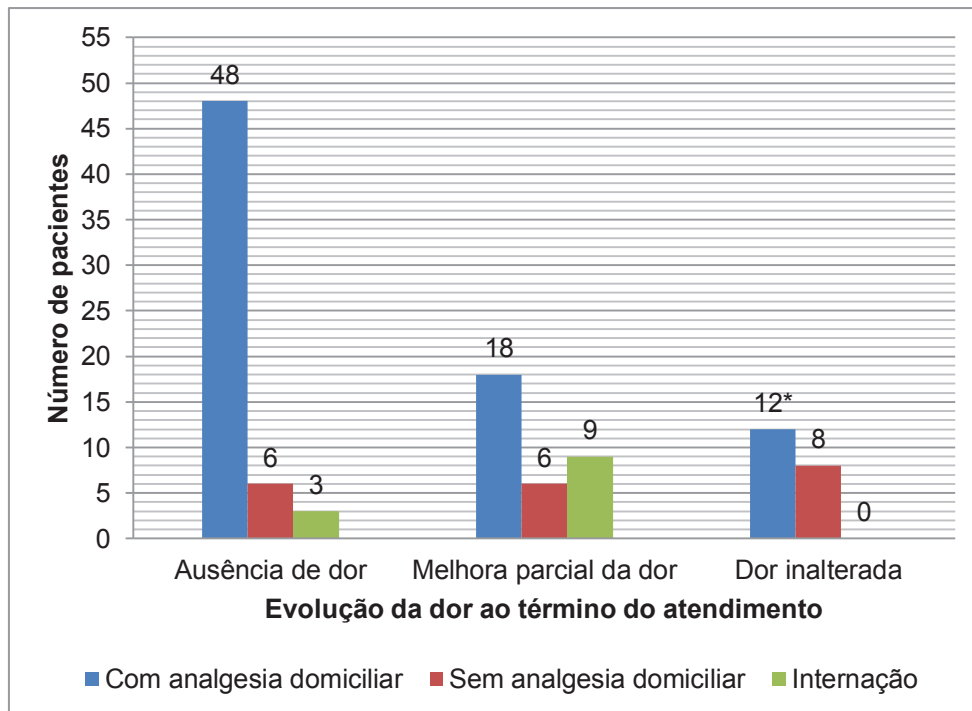
FONTE: A autora (2020).

NOTAS: *Teste de Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$. **algum grau de melhora na intensidade da dor. ***dor mantida com a mesma intensidade do momento da admissão do paciente.

LEGENDA: n: número de casos; p: significância.

O GRÁFICO 4, a seguir, demonstra a distribuição das condutas médicas finais realizadas pelo médico assistente com base na evolução da dor ao término do atendimento. Nele, pode-se observar que, dos pacientes que mantiveram sua dor inalterada, que incluiu os que não foram submetidos ao tratamento clínico, quase metade não recebeu qualquer prescrição de analgésicos domiciliares.

GRÁFICO 4 – DEMONSTRAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DAS CONDUTAS MÉDICAS FINAIS REALIZADAS PELO MÉDICO ASSISTENTE COM BASE NA EVOLUÇÃO DA DOR AO TÉRMINO DO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO



FONTE: A autora (2020).

NOTA: *Quatro pacientes recusaram tratamento clínico no pronto socorro.

5 DISCUSSÃO

Constatou-se com esse estudo que a maior parte dos indivíduos que procurou atendimento clínico no pronto socorro por dor eram adultos jovens, com uma prevalência ligeiramente maior do sexo feminino. A dor abdominal foi a mais relatada pelos pacientes, ganhando posição de destaque dentre as demais, também evidenciado em outros estudos (NISKA; BHUIYA; XU, 2010; BARRETO et al., 2012).

Sabe-se que a ocorrência de dor varia de acordo com as faixas etárias e, conforme Von Korff e colaboradores (1988), algumas dores tendem a declinar sua prevalência com o avanço da idade, incluindo cefaleia, dores faciais e dores abdominais, das quais a maioria de suas etiologias costuma ser mais prevalente em pacientes mais jovens, justificando o predomínio da faixa etária encontrado na presente análise e também demonstrado em outros estudos (BARRETO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014). Além disso, ocorre um importante declínio por atendimento no pronto socorro nos idosos (FOLEY, 1994; TEIXEIRA; PIMENTA, 1994), provavelmente pela dificuldade de locomoção até o hospital por incapacidade ou, mesmo, por dependência de terceiros, degeneração das vias nociceptivas, deterioração do estado mental e aumento da mortalidade com o passar dos anos (BRATTBERG; THORSLUND; WIKMAN, 1989).

Análises descritas na literatura apontam um predomínio no atendimento ao sexo feminino nos departamentos de emergência (DAL PONTE; MACHADO; DUTRA; CARDOSO; LIMA, 2008; MARUBAYASHI; SHIMODA; CONSTANTINO, 2009). Aspectos constitucionais, endócrinos, culturais e hábitos parecem estar relacionados à predominância da dor neste sexo (TEIXEIRA; PIMENTA, 1994; KEOGH, 2006).

Ademais, comparadas aos homens de idade semelhante, as mulheres correm mais risco de desordens relacionadas ao estresse, como fibromialgia (WOLFE; ROSS; ANDERSON; RUSSELL, 1995) e dor crônica (KEOGH; McCRAKEN; ECCLESTON, 2005), e costumam sofrer de entidades como migrânea, síndrome do cólon irritável, dor pélvica crônica e cistite intersticial, cuja dor é um sintoma frequente (TRIADAFILOPOULOS; FINLAYSON; GRELLET, 1998; CERVERO; LAIRD, 2003), justificando o predomínio feminino nas dores abdominal e cefálica presentes neste estudo.

Quase 13% dos casos de dor abdominal na análise foram em decorrência de infecção do trato urinário, sendo a sua maioria do sexo feminino. Segundo Vieira Neto (2003), esta enfermidade costuma ser mais incidente neste sexo em razão de alterações anatômicas e fisiológicas presentes no organismo que favorecem seu surgimento, incluindo uretra mais curta e maior proximidade desta com o ânus e o vestíbulo vaginal, que possibilitam a colonização por enterobactérias que, habitualmente, causam infecções.

Em adição, cerca de um terço dos casos de dor abdominal teve como causa a gastroenterocolite aguda, da qual, de acordo com a literatura (SNYDER; MERSON, 1982; FARTHING, 1997; TORRES FILHO, 2013), não possui uma prevalência bem estabelecida entre os sexos, independente de sua etiologia. Nesta análise, houve o predomínio do sexo feminino.

Sobre a dor cefálica, em torno de 54% dos casos foi ocasionada por cefaleias primárias, provável migrânea, cuja prevalência é sabidamente maior no sexo feminino (STEWART; LIPTON; CELENTANO; REED, 1992; RASMUSSEN; OLESEN, 1994; STOVNER et al., 2007).

Já na dor lombar, embora não tenha sido evidenciada diferença estatística, houve um maior percentual nos homens em relação às mulheres. Acredita-se que este achado ocorreu em razão do pequeno número de pacientes avaliados neste estudo, já que muitas análises atribuem uma maior prevalência ao sexo feminino (MACIEL; FERNANDES; MEDEIROS, 2006; MAGNAGO et al., 2010; FERREIRA; SILVA; ROMBALDI; WREGUE; SIQUEIRA; HALLAL, 2011). No entanto, dados da literatura atual tornam-se divergentes, com algumas análises apontando um maior predomínio desta dor no sexo masculino (DAUDON; DORÉ; JUNGERS; LACOUR, 2004; PAROT-SCHINKEL; DESCATHA; HA; PETIT; LECLERC; ROQUELAURE, 2012).

Em nosso estudo, quase 66% dos casos de dor lombar foram devido à calculose renal que, segundo Daudon e colaboradores (2004), costuma ocorrer 2 a 3 vezes a mais no sexo masculino. Além disso, há uma tendência desse sexo especialmente na faixa etária entre 30 e 40 anos em exercer atividades com maior sobrecarga axial que comumente geram fadiga muscular e, conseqüentemente, deformações plásticas dos elementos passivos da coluna lombar (discos intervertebrais, cápsulas e ligamentos), ocasionando dor (PANJABI, 1992; LARIVIERE; ARSENAULT; GRAVEL; GAGNON; LOISEL, 2003).

A respeito da caracterização da dor, a maior parte dos pacientes sofria de dores contínuas e, com exceção da dor lombar, localizadas. Não houve diferença significativa entre as intensidades e a maior parte dos pacientes relatou associação com outros sintomas, em especial náuseas e vômitos.

A maioria dos pacientes aguardou até dois dias dos sintomas antes da procura por atendimento médico e o relato de procura por atendimento anterior pela dor atual se mostrou presente em 29,09% dos casos.

Estes achados corroboram com outros estudos, onde se acredita que a longa espera por atendimento e, conseqüentemente, manejo da dor, fazem com que alguns pacientes prefiram automedicar-se, reservando esta procura apenas para dores contínuas ou mais intensas, cuja resolução nem sempre acontece após o uso de analgésicos comuns (BASSOLS; BOSCH; BANOS, 2002; SOUZA; SILVA; FERRAZ; SOUSA; PEREIRA, 2011), ou quando associadas a outros sintomas, como, por exemplo, febre, náuseas, vômitos, diarreia, dentre outros (BASSOLS; BOSCH; BANOS, 2002; SOUZA; SILVA; FERRAZ; SOUSA; PEREIRA, 2011; SILVA; CRUZ; RIBEIRO; SANTOS; ALVES; RIBEIRO, 2016).

Em consonância a isso, a prevalência do relato de procura por atendimento médico anterior, encontrada no presente estudo, reforça a ideia de que muitos pacientes estão sendo submetidos a uma baixa resolutividade da dor nos serviços de emergência, culminando com várias idas consecutivas a este setor na esperança do controle algico (MINER; BIROS; TRAINOR; HUBBARD; BELTRAM, 2006).

Com relação à automedicação, segundo o Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (2018), no Brasil, cerca de 80% das pessoas com mais de 16 anos fazem uso de medicamentos sem prescrição médica ou farmacêutica, e, desses casos, 48% são por uso de analgésicos. Este dado é condizente com os achados em nosso estudo, onde a automedicação mostrou-se relativamente prevalente, sendo praticada por 39,09% do total de casos.

Sobre o manejo terapêutico da dor, até o momento da execução deste estudo, não haviam protocolos pré-estabelecidos e formatizados para seu atendimento e tratamento no pronto socorro onde a análise foi realizada. As condutas eram tomadas de maneira individual com base na experiência e conhecimento técnico-pessoal dos médicos responsáveis pelos atendimentos. Levando isso em consideração, 82,73% dos casos foram submetidos à analgesia,

em sua maior parte portando dores abdominal, lombar e cefálica. A intensidade da dor foi um fator determinante, fazendo com que os pacientes que apresentavam dor intensa fossem preferencialmente medicados.

É importante lembrar que, conforme evidenciado em nosso estudo, alguns pacientes não aceitam ser medicados em razão da sensação de angústia e desconforto gerados pela administração injetável da medicação (NIR; PAZ; SABO; POTASMAN, 2003), reservando essa opção apenas para dores mais intensas ou incapacitantes.

Curiosamente, tanto na dor cefálica como lombar houve uma tendência em utilizar mais medicamentos simultâneos logo na primeira tentativa de controle da dor, diferentemente da dor abdominal, cujo manejo foi mais parcimonioso, possivelmente por receio dos emergencistas em mascarar enfermidades abdominais através de medidas analgésicas mais efetivas, visto que não há protocolos clínicos pré-estabelecidos neste setor de emergências, também evidenciado em outras análises (GRANT, 2006; MANTEROLA; VIAL; MORAGA; ASTUDILLO, 2007; BERTONCELLO; XAVIER; NASCIMENTO; AMANTE, 2016). Quando avaliado o número total de analgésicos da qual os pacientes foram submetidos ao longo do atendimento, foi verificado que os pacientes com dor abdominal receberam menos analgésicos quando comparados aos pacientes portando outras dores, reforçando este receio.

Inúmeros estudos garantem a segurança da administração de analgésicos no cenário de condições abdominais agudas, inclusive com o uso de opioides endovenosos, sem qualquer interferência no diagnóstico, tão pouco no tratamento cirúrgico, se assim for o caso (BROWNFIELD, 2001; THOMAS et al., 2003; SILEN, 2010; MANTEROLA; VIAL; MORAGA; ASTUDILLO, 2007). Além disso, algumas análises ainda afirmam que a administração de analgésicos poderia até melhorar o diagnóstico da dor abdominal (ATTARD; CORLETT; KIDNER; LESLIE; FRASER, 1992; WOLFE; LEIN; LENKOSKI; SMITHLINE, 2000). Com isso, a administração de analgésicos, mesmo de opioides, nesse tipo de dor não deve ser postergada.

No presente estudo, foi observada uma relação direta entre a escolha do esquema analgésico e o local da dor. Nos casos de dor cefálica, por exemplo, o medicamento tenoxicam em combinação com a dipirona sódica foi preferencialmente utilizado, resultado semelhante ao encontrado em uma análise

realizada por Ruiz e colaboradores (2007). A utilização dos AINES no tratamento das crises de cefaleias primárias é bem conhecida e amplamente indicada pela literatura (LIPTON; DIAMOND; REED; DIAMOND, 2001; LIPTON et al., 2003; PARDUTZ; SCHOENE, 2010; BORDINI et al., 2016). Em nosso estudo, a preferência pelo tenoxicam como AINE de escolha, comparado aos outros medicamentos dessa classe, pode ser justificada pela sua facilidade e flexibilidade na administração, que pode ser feita tanto por via intramuscular como endovenosa, ação analgésica rápida e, também, pela sua vasta disponibilidade nos setores de urgência e emergência brasileiros, além de possuir um preço acessível (TODD; CLISSOLD, 1991).

Já na dor abdominal, um analgésico endovenoso combinado, o butilbrometo de escopolamina associado à dipirona sódica, conhecido comercialmente como Buscopan composto®, foi o medicamento de escolha para a maioria dos pacientes e, também, foi amplamente utilizado para tratamento das outras dores. O principal composto deste produto, a dipirona sódica, tem efeito terapêutico já bem conhecido nas dores agudas (BERTONCELLO; XAVIER; NASCIMENTO; AMANTE, 2016), embora esta tenha sido utilizada preferencialmente em dores menos intensas em nossa análise.

A melhora da dor, mesmo parcial, foi um fator determinante para o encerramento do atendimento no pronto socorro no presente estudo. Por essa razão, houve um maior percentual de submissão de analgesia adicional em pacientes que mantiveram sua dor inalterada após a primeira abordagem, quando comparados aos pacientes que conquistaram algum grau de melhora do sintoma, com uma predileção ao uso de opioides como alternativa analgésica. Tal abordagem fez com que, ao longo do atendimento, os pacientes que portavam dores intensas fossem submetidos a uma quantidade maior de analgésicos.

Os opioides são amplamente utilizados para o manejo de dores refratárias ou que não respondem de maneira adequada aos analgésicos comuns, segundo Kraychete e colaboradores (2014). No entanto, em razão do receio de alguns profissionais por desconhecimento de dose ou pela ocorrência de possíveis efeitos adversos (MARUBAYASHI; SHIMODA; CONSTANTINO, 2009), muitos pacientes não são submetidos a esse tipo de analgésico, arriscando a qualidade e efetividade do manejo terapêutico.

Ao final do atendimento, foi evidenciado que a maior parte dos indivíduos obteve bom controle algico, com melhora parcial ou total da sua dor, correspondendo a 81,82% do total de pacientes do estudo. Houve uma tendência dos pacientes que apresentavam dor intensa, no momento da admissão, encerrarem seu atendimento mantendo algum grau de dor, mesmo após tratamento clínico.

Com esses dados, pode-se dizer que quanto mais intensa a dor, mais difícil será o seu controle absoluto e maior a quantidade de analgésicos das quais os pacientes são expostos durante o atendimento médico.

Os demais pacientes do estudo foram tratados de forma insuficiente ou, ainda, não foram medicados ou mesmo internados para tratamento intrahospitalar, sendo liberados com sua dor inalterada.

Todos os pacientes cuja enfermidade de base foi considerada grave ou alarmante pelo médico responsável pelo atendimento foram inicialmente medicados e, após bom controle algico (melhora parcial ou total da dor), internados para tratamento clínico, o que correspondeu a 10,91% do total de casos deste estudo. A partir do momento em que o paciente é submetido à internação hospitalar, o manejo clínico e terapêutico passa a ser de responsabilidade da equipe da especialidade médica na qual o paciente foi internado, não sendo mais avaliado pelo corpo clínico do pronto socorro.

Uma vez excluídos esses casos, foi observado que quase 80% dos pacientes restantes do estudo receberam alguma prescrição de analgésicos domiciliares ao final do atendimento, sendo a maior parte delas oferecida aos pacientes que tiveram resolução completa da sua dor. Dos pacientes que mantiveram sua dor inalterada, que incluiu os que não foram submetidos ao tratamento clínico, quase metade não recebeu qualquer receita médica de analgésicos domiciliares.

Estes achados sugerem uma relação direta entre a resposta terapêutica e a qualidade e frequência das avaliações nas quais os pacientes são submetidos nos setores de emergência, também descrito em outro estudo (GRANT, 2006). É provável que os pacientes que apresentaram melhor resposta terapêutica foram submetidos a uma avaliação mais criteriosa e detalhada por parte da equipe responsável pelo atendimento, onde além de obterem sucesso no controle algico,

se atentaram em prescrever analgésicos domiciliares para a possibilidade de retorno da dor.

Grande parte dos pacientes que não teve sua dor tratada portava dor em outras localizações, oriunda de doenças pouco comuns no pronto socorro, como, por exemplo, nódulo pulmonar e neoplasia de testículo. Por essa razão, acredita-se que os médicos responsáveis pelo atendimento não estavam habituados com seu manejo terapêutico, levando-os a liberarem os pacientes ainda com dor para que procurem um especialista o mais rápido possível.

Conforme Marubayashi, Shimoda e Constantino (2009), os profissionais de saúde têm apresentado inúmeras razões para justificar um manejo terapêutico insuficiente da dor no pronto socorro, incluindo o risco dos efeitos adversos dos opioides, a possibilidade de mascarar sinais ou sintomas e a falta de confiança e/ou credibilidade sobre as informações do paciente a respeito das características da dor. Além disso, Grant (2006) atribui grande parte do insucesso no manejo da dor no departamento de emergência às poucas reavaliações dos pacientes com sintomas algícos, à baixa otimização da analgesia e a falta de diretrizes nacionais.

Em adição, alguns autores creditam a “oligoanalgesia” ao desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o uso racional dos analgésicos, de seus efeitos colaterais, de seus mecanismos de ação, suas interações medicamentosas e sua farmacocinética, bem como por ignorarem como avaliar e mensurar a dor (FOSNOCHT; SWANSON; BARTON, 2005; CALIL, 2007; WILSEY; FISHMAN; OGDEN; TSODIKOV; BERTAKIS, 2008).

Em um estudo realizado por Bertoncetto, Xavier, Nascimento e Amante (2016), onde avaliaram 24 pacientes com dor aguda atendidos em um departamento de emergência, foram verificadas várias fragilidades no processo de identificação, manejo e avaliação da dor, tais como a subavaliação e não valorização da queixa julgada pelo profissional de saúde e pelo acompanhante do paciente, o medo de tornar os pacientes dependentes de analgésicos, a prescrição analgésica parcimoniosa e a falta de instrumentos de avaliação e controle da dor na emergência disponíveis na literatura.

Com isso, acredita-se que a sub prescrição de analgésicos potentes, a não valorização e a avaliação inadequada da dor podem explicar o enorme contingente de pacientes que recebem alta hospitalar ainda com dor (FOSNOCHT; SWANSON; BARTON, 2005; MINER; BIROS; TRAINOR;

HUBBARD; BELTRAM, 2006; CALIL, 2007; WILSEY; FISHMAN; OGDEN; TSODIKOV; BERTAKIS, 2008).

Ainda que o presente estudo tenha demonstrado um bom controle algico na grande maioria dos casos, alguns pacientes acabaram não sendo devidamente tratados e mantiveram sua dor inalterada no momento do encerramento do atendimento. Esta conduta, além de refletir o descuido por parte da equipe, favorece possíveis atrasos no tratamento da dor e de sua etiologia de base, podendo levar à sua cronificação ou mesmo a consecutivas jornadas ao pronto socorro, evidenciada nesta análise, contribuindo, assim, para o surgimento de gastos dispensados tanto ao sistema de saúde, pela sobrecarga e superlotação dos serviços de emergência, como ao próprio paciente, sobretudo com transporte.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora este estudo tenha evidenciado alguns aspectos importantes em relação às características das dores mais prevalentes em um setor de emergências, incluindo seu manejo terapêutico, sua relevância fica diminuída, pois representa a realidade de uma amostra circunscrita e os dados não podem ser facilmente extrapolados para um cenário nacional que engloba pacientes de localidades geográficas muito diversas da ora analisada. Além disso, não foi o objetivo focar dados sobre os médicos responsáveis pelos atendimentos, como idade, tempo de experiência técnica e pessoal ou especialidade médica, o que provavelmente teve influência nas medidas terapêuticas utilizadas e certamente enriqueceria os resultados e a discussão, levantando novos aspectos sobre este importante tema.

É importante relatar que o fato da triagem classificatória de risco ter sido realizada pela equipe de enfermagem gerou um fator de confundimento, já que o paciente era triado e encaminhado à determinada especialidade médica com base no conhecimento técnico e pessoal do enfermeiro. Isto fez com que alguns pacientes portando dor em determinadas regiões fossem atendidos por outra equipe médica, que não a da clínica médica.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Esta análise pode servir de modelo para estudos futuros a fim de verificar o tratamento da dor aguda em outros serviços, demonstrando, assim, a importância do seu manejo adequado e suficiente, além de expressar o padrão do atendimento deste sintoma no país.

6 CONCLUSÕES

A dor mais prevalente foi a abdominal, seguida da dor cefálica e lombar. Dores em outras localizações não apresentaram uma casuística expressiva. Quase a totalidade dos casos, em especial os que apresentavam dor intensa, foi submetida à medicação, inclusive com bom controle do sintoma, com uma relação direta entre o uso de determinado medicamento com o local da dor. Ao término do atendimento, alguns pacientes precisaram ser internados para tratamento da doença de base. Os demais receberam alta hospitalar, onde a maioria adquiriu alguma receita médica de analgésicos domiciliares, fornecida pelo médico responsável pelo atendimento.

Para fins didáticos, optamos em numerar as conclusões seguintes com as respectivas letras dos objetivos específicos da qual esta é responsável.

a) Evidenciou-se que a maioria dos pacientes que procurou atendimento no serviço eram adultos jovens, sem diferença significativa entre os sexos, porém com uma ligeira predominância do sexo feminino.

b) Com relação às características da dor, não houve diferença significativa entre as intensidades, porém grande parte descreveu sua dor como em caráter de cólica, contínua e localizada.

c) Mais da metade associou outros sintomas à sua dor atual, sendo náuseas e vômitos os mais descritos pelos pacientes.

d) A maioria dos indivíduos aguardou até dois dias do início do sintoma para procurarem atendimento médico.

e) Quase metade relatou visita prévia a outro serviço de emergência pela dor atual.

f) Boa parte dos pacientes relatou uso de automedicação antes da procura por atendimento médico, sem diferença entre os sexos.

g) Sobre os esquemas terapêuticos escolhidos, para a dor abdominal, foi utilizado preferencialmente o Buscopan composto®, enquanto que para a dor cefálica, os medicamentos mais utilizados foram o tenoxicam e sua associação com dipirona sódica. Já a dor lombar, por sua vez, a predileção foi para o uso da associação de Buscopan composto® e tenoxicam.

h) Não houve diferença estatística entre o uso das medicações em relação à intensidade, com exceção da dipirona sódica, cujo uso se deu preferencialmente em pacientes com dor não intensa.

i) Houve uma relação direta entre a localização da dor e a quantidade total de analgésicos da qual os pacientes foram submetidos. Tanto na primeira abordagem como ao longo do atendimento, os pacientes que portavam dor abdominal receberam, preferencialmente, medicamentos isolados, totalizando uma quantidade menor de analgésicos submetidos ao longo do atendimento, quando comparados aos pacientes com outras dores. Além disso, embora não tenha sido apresentada significância estatística, foi observado um maior percentual na administração de mais analgésicos em pacientes com dor intensa.

j) Com relação aos diagnósticos finais atribuídos aos pacientes, três patologias foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos, sendo elas: 1) calculose renal; 2) gastroenterocolite aguda; e 3) cefaleia primária, provável migrânea.

k) Pouco mais da metade dos casos tiveram controle algico absoluto, enquanto que alguns conquistaram apenas uma melhora parcial. Desses pacientes, aqueles que não responderam à analgesia instituída apresentaram um maior percentual de submissão de analgesia adicional, com uma preferência à utilização dos opioides. Ao final do atendimento, 51,82% e 30% do total de casos do estudo tiveram, respectivamente, melhora total e parcial da dor. Pacientes que deram entrada no pronto socorro com dor intensa tiveram uma maior tendência a encerrarem seu atendimento mantendo algum grau de dor.

l) Os indivíduos que obtiveram melhor controle algico receberam mais prescrição de analgésicos domiciliares, refletindo uma avaliação mais criteriosa e detalhada por parte da equipe. Ainda assim, 19 pacientes não foram medicados, sendo liberados com sua dor inalterada.

O perfil de manejo da dor identificado neste estudo mostra que, apesar de os emergencistas conduzirem os casos de dor conforme a sua localização e intensidade, há uma lacuna para aqueles cujas dores não respondem às abordagens propostas, o que inclui a alta médica sem medicação analgésica de uso domiciliar. Com isso, deve-se priorizar a utilização de fluxogramas e protocolos para avaliação e manejo terapêutico, bem como a criação de programas específicos acerca da importância do tratamento da dor aguda no

pronto atendimento, a fim de conscientizar as equipes, auxiliar nas tomadas de condutas e garantir a humanização no atendimento de indivíduos com dor, prevenindo, assim, a sobrecarga e superlotação dos serviços de emergências e, conseqüentemente, reduzindo custos ao paciente e ao sistema de saúde do país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F.; ROIZENBLATT, S.; TUFIK, S. Afferent pain pathways: a neuroanatomical review. *Brain Research*, United States, v. 1000, n. 1-2, p. 40-56, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.brainres.2003.10.073>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Clinical policy for the initial approach to patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine*, United States, v. 23, n. 4, p. 906-922, 1994.

ATTARD, A. R.; CORLETT, M. J.; KIDNER, N. J.; LESLIE, A. P.; FRASER, I. A. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *British Medical Journal*, England, v. 305, p. 305-554, 1992.

BARRETO, R. F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Dor*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 213-219, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000300004>>. Acesso em: 23 out. 2018.

BARON, R. Mechanisms of disease: neuropathic pain - a clinical perspective. *Nature Clinical Practice Neurology*, Germany, v. 2, n. 2, p. 95-106, 2006.

BASBAUM, A. I. et al. Measurement and new technologies: emerging strategies for the treatment of neuropathic pain. In: CAMPBELL, J. N.; BASBAUM, A. I.; DRAY, A.; DUBNER, R.; DWORKIN, R. H.; SANG, C. N. (Ed.). *Pain*. Seattle: IASP Press, 2006. p. 361-381.

BASSOLS, A.; BOSCH, F.; BANOS, J. E. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v. 23, n. 4, p. 318-328, 2002. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00415-8](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00415-8)>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BEEL, T. L.; MITCHINER, J. C.; FREDERIKSEN, S. M.; McCORMICK, J. Patient preferences regarding pain medication in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, United States, v. 18, n. 4, p. 376-380, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1053/ajem.2000.7313>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BERTONCELLO, K. C. G.; XAVIER, L. B.; NASCIMENTO, E. R. P. do; AMANTE, L. N. Dor Aguda na Emergência: Avaliação e Controle com o Instrumento de

MacCaffery e Beebe. *Journal of Health Sciences*, Sarajevo, v. 18, n. 4, p. 251-256, 2016. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3701>>. Acesso em: 26 out. 2018.

BESSON, J. M. The neurobiology of pain. *The Lancet*, England, v. 353, n. 9164, p. 1610-1615, 1999. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01313-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01313-6)>. Acesso em: 13 out. 2018.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>>. Acesso em: 27 out. 2018.

BONICA, J. J. In: PARIS, P. M.; STEWART, R. D. (Ed.). *Pain management in emergency medicine*. West Hartford (CT): Appleton-Lange, 1987. p. xi–xii.

BORDINI, C. A. et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks – a Brazilian consensus. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 262-271, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X2015021>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às emergências*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRATTBERG, G.; THORSLUND, M.; WIKMAN, A. The prevalence of pain in a general population: the results of a postal survey in a country of Sweden. *Pain*, United States, v. 37, n. 2, p. 215-222, 1989. DOI. 10.1016/0304-3959(89)90133-4. Disponível em: <https://journals.lww.com/pain/Abstract/1989/05000/The_prevalence_of_pain_in_a_general_population_.9.aspx>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BROWNFIELD, E. Pain management. Use of analgesics in the acute abdomen. In: *Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment, No 43. AHRQ Publication No 01-E058*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, p. 396–400.

BURGESS, P. R.; PERL, E. R. Myelinated afferent fibres responding specifically to noxious stimulation of the skin. *The Journal of Physiology*, Great Britain. v. 190, n. 3, p. 541-562, 1967. Disponível em: <<https://doi.org/10.1113/jphysiol.1967.sp008227>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

CALIL, A. M. Avaliação da dor aguda. In: CALIL, A. M. et al. (Ed.). *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 149-158.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. de M. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidente de transporte. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 398-403, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300003>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

CALIXTO, J. B.; CABRINI, D. A.; FERREIRA, J.; CAMPOS, M. M. Kinins in pain and inflammation. *Pain*, United States, v. 87, n. 1, p. 1-5, 2000. DOI. 10.1016/S0304-3959(00)00335-3. Disponível em: <https://journals.lww.com/pain/Citation/2000/07010/Kinins_in_pain_and_inflammati.on.1.aspx>. Acesso em: 06 ago. 2019.

CANGIANI, L. M. et al. *Tratado de Anestesiologia*. SAESP. 7° ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

CARACENI, A. et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v. 23, n. 3, p. 239-255, 2002. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00409-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00409-2)>. Acesso em: 06 ago. 2019.

CERVERO, F.; LAIRD, J. M. Role of ion channels in mechanisms controlling gastrointestinal pain pathways. *Current Opinion in Pharmacology*, United States, v. 3, n. 6, p. 608-612, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.coph.2003.06.007>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

COGGESHALL, R. E.; CARLTON, S. M. Receptor localization in the mammalian dorsal horn and primary afferent neurons. *Brain Research Reviews*, United States, v. 24, p. 28-66, 1998. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(97\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(97)00010-6)>. Acesso em: 23 ago. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 12, p. 1-12, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

DAL PONTE, S. T.; MACHADO, A.; DUTRA, A. P. G.; CARDOSO, J.; LIMA, R. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul-RS. *Revista Dor*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 1345-1349, 2008.

DANG, C.; AGUILLERA, P.; DANG, A.; SALEM, L. Acute abdominal pain: Four classifications can guide assessment and management. *Geriatrics*, Basel, v. 57, n. 3, p. 30-42, 2002.

DAUDON, M.; DORÉ, J. C.; JUNGERS, P.; LACOUR, B. Changes in stone composition according to age and gender of patients: a multivariate epidemiological approach. *Urological Research*, United States, v. 32, n. 3, p. 241-247, 2004. DOI. 10.1007/s00240-004-0421-y. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15127165/>>. Acesso em: 24 set. 2019.

DESLANDES, S. F. *Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 196.

DRUMMOND, J. P. *Dor aguda: Fisiopatologia, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

DUNWOODY, C. J.; KRENZISCHEK, D. A.; PASERO, C.; RATHMELL, J. P.; POLOMANO, R. C. Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, United States, v. 9, n. 1, p. 11-21, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.11.006>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

FARTHING, M. J. Acute diarrhea: pathophysiology. In: GRACEY, M.; WALKER-SMITH, J. A. (Ed.). *Diarrheal diseases*. New York: Lippincott, 1997. p. 55-74.

FERREIRA, G. D.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J.; WREGUE, E. D.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de dor nas costas associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FINLÂNDIA. *Declaração de Helsinque (1964)*. Princípios éticos para as pesquisas médicas em seres humanos. 18ª Assembléia Médica Mundial. Helsinque, Finlândia: Assembléia Médica Mundial, 1964. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinque.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FOLEY, K. M. Pain management in the elderly. In: HAZZARD, W. R.; BIERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. (Ed.). *Principles of geriatric medicine gerontology*. 3.ed. New York: McGraw, 1994. p.317-331.

FOSNOCHT, D. E.; SWANSON, E. R.; BARTON, E. D. Changing Attitudes About Pain and Pain Control in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, Baltimore, v. 23, n. 2, p. 297-306, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.emc.2004.12.003>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

FREITAS, C. C.; VIEIRA, P. R.; TORRES, G. B.; PEREIRA, C. R. A. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 56-62, 2009.

FREDHEIM, O. M.S.; KAASA, S.; FAYERS, P.; SALTNES, T.; JORDHOY, M.; BORCHGREVINK, P. C. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Singapore, v. 52, n. 1, p. 143-148, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01524.x>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FÜRST, S. Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. *Brain Research Bulletin*, United States, v. 48, n. 2, p. 129-141, 1999. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0361-9230\(98\)00159-2](https://doi.org/10.1016/S0361-9230(98)00159-2)>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GOODACRE, S. W.; RODEN, R. K. A protocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, United States, v. 13, n. 3, p. 177-179, 1996.

GRACEY, R. H.; DUBNER, R. Pain assessment in humans: a reply to Hall. *Pain*, United States, v. 11, n. 1, p. 109-120, 1981. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(81\)90144-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(81)90144-5)>. Acesso em: 01 jan. 2020.

GRANT, P. S. Analgesia delivery in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, United States, v. 24, n. 7, p. 806-809, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2006.05.004>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

GRIFFIS, C. A.; COMPTON, P.; DOERING, L. The effect of pain on leucocyte cellular adhesion molecules. *Biological Research for Nursing*, Nevada, v. 7, p. 297-312, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1099800405286071>>. Acesso em: 08 fev. 2020.

GUEDES, H. M.; SOUZA, K. M.; LIMA, P. O.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 587-594, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0227.2592>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HALL-LORD, M. L.; LARSSON, B. W. Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics. *Nurse Education Today*, United States, v. 26, n. 5, p. 377-387, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.11.007>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

HAMPTON, J. R.; HARRISON, M. J. G.; MITCHELL, J. R. A.; PRICHARD, J. S.; SEYMOUR, C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal*, England, v. 2, n. 5969, p. 486-489, 1975. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.2.5969.486>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

HEMORIO. *Apêndice IV – Rotina para abordagem da dor*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/protocolos/3_04.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

HORTENSE, P.; ZAMBRANO, E.; SOUSA, F. A. E. F. Validação da escala de razão dos diferentes tipos de dor. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n.4, p. 1-7, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400011>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

INSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E QUALIDADE. *Pesquisa – Automedicação no Brasil 2018*. São Paulo, 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. *Consensus development conference statement: The integrated approach to the management of pain*. Bethesda: National Institutes of Health, 2020.

JULIUS, D.; BASBAUM, A. I. Molecular mechanisms of nociception. *Nature*, London, v. 413, n. 6852, p. 203-210, 2001. DOI. 10.1038/35093019. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/35093019>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

KEOGH, E. Sex and gender differences in pain: A selective review of biological and psychosocial factors. *The Journal of Men's Health and Gender*, Ireland, v. 3, n. 3, p. 236-243, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.03.006>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

KEOGH, E.; McCRAKEN, L. M.; ECCLESTON, C. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, United States, v. 114, n.1, p. 37-46, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.009>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

KRAYCHETE, D. C.; SIQUEIRA, J. T. T. de.; GARCIA, J. B. S. Grupo de especialistas. Recommendations for the use of opioids in Brazil: Part II. Use in children and the elderly. *Revista Dor*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 65-69, 2014. DOI. 10.5935/1806-0013.20140015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/1806-0013-rdor-15-01-0065.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 4, p.509-513, ago. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400007>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

LARIVIÈRE, C.; ARSENAULT, A. B.; GRAVEL, D.; GAGNON, D.; LOISEL, P. Surface electromyography assessment of back muscle intrinsic properties. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, United States, v. 13, n. 4, p. 305-318, 2003. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1050-6411\(03\)00039-7](https://doi.org/10.1016/S1050-6411(03)00039-7)>. Acesso em: 10 maio 2019.

LIPTON, R.B.; DIAMOND, S.; REED, M.; DIAMOND, M. L.; STEWART, W. F. Migraine diagnosis and treatment: Results from the American Migraine Study II. *Headache*, United States, v. 41, n. 7, p. 638-645, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.041007638.x>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

LIPTON, R. B. et al. Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States. *Neurology*, United States, v. 60, n. 3, p. 441-448, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1212/WNL.60.3.441>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

LOESER, J. D. et al. (Ed.). *Bonica's Management of Pain*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. 2178.

MACIEL, A. C. C.; FERNANDES, M. B.; MEDEIROS, L. S. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, n. 1, p. 94-102, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100012>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Condições de trabalho, características sócio-demográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 187-193, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200006>>. Acesso em: 27 jul. 2019

MANTEROLA, C.; VIAL, M.; MORAGA, J.; ASTUDILLO, P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 19, n. 3, p. 1-19, 2007. DOI. 10.1002/14651858.CD005660.pub2.

MARUBAYASHI, P. M.; SHIMODA, T. Y.; CONSTANTINO, E. Avaliação da intensidade, tipo e localização da dor que procuram o Pronto-Socorro de uma cidade de médio porte. *Revista Dor*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 135-140, 2009.

MENDES, A. da C. G.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. A. de; FURTADO, B. M. A. S.; DUARTE, P. O.; SANTIAGO, R. F.; COSTA, T. R. da. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000200005>>. Acesso em: 29 fev. 2020.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.

MILLAN, M. J. The induction of pain: an integrative review. *Progress in Neurobiology*, Great Britain, v. 57, n.1, p. 1-164, 1999. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0301-0082\(98\)00048-3](https://doi.org/10.1016/S0301-0082(98)00048-3)>. Acesso em: 29 dez. 2019.

MINER, J.; BIROS, M. H.; TRAINOR, A.; HUBBARD, D.; BELTRAM, M. Patient and physician perceptions as risk factors for oligoanalgesia: a prospective observational study of the relief of pain in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, United States, v. 13, n. 2, p. 140-146, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.08.008>>. Acesso em: 06 jul. 2019.

MIRANDOLA, A. R.; BÓS, A. J. G. Relationship between physical function and decision-making capacity in oldest-old. *Pan American Journal of Aging Research*, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 2, p. 53-59, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2015.2.22532>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

NIR, Y.; PAZ, A.; SABO, E.; POTASMAN, I. Fear of injections in young adults: prevalence and associations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, United States, v. 68, n. 3, p. 341-344, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.4269/ajtmh.2003.68.341>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

NISKA, R. W.; BHUIYA, F.; XU, J. National hospital ambulatory medical care survey: 2007. Emergency department summary. *National health statistics reports*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2010.

NUGRAHA, B. et al. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: functioning properties of chronic pain. *Pain*, United States, n. 160, p. 88-94, 2019.

OLIVEIRA, C. C. et al. A dor e o controle do sofrimento. *Revista de psicofisiologia*, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-26, 1997. Disponível em: <<http://labs.icb.ufmg.br/lpf/mono2b.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Alívio da dor e tratamento paliativo no câncer*. Informe de um comitê de experts. Genebra: OMS, 1990.

PANJABI, M. M. The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. *Journal of Spinal Disorders*, New York, v. 5, n. 4, p. 383-389, 1992. DOI. 10.1097/00002517-199212000-00001. Disponível em: <https://journals.lww.com/jspinaldisorders/Abstract/1992/12000/The_Stabilizing_System_of_the_Spine__Part_I_.1.aspx>. Acesso em: 16 set. 2018.

PARDUTZ, A.; SCHOENE, J. NSAIDs in the Acute Treatment of Migraine: A review of Clinical and Experimental Data. *Pharmaceuticals*, Basel, v. 3, n. 6, p. 1966-1987, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ph3061966>>. Acesso em: 28 out. 2019.

PAROT-SCHINKEL, E.; DESCATHA, A.; HA, C.; PETIT, A.; LECLERC, A.; ROQUELAURE, Y. Prevalence of multisite musculoskeletal symptoms: a French cross-sectional working population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 13, n. 122, p. 1-11, 2012.

PASERO, C.; PAICE, J.; McCAFFERY, M. Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. In: McCAFFERY, M.; PASERO, C. (Ed.). *Pain Clinical Manual St. Louis*. Mosby: MO, 1999. p. 15-34.

PERKINS, F. M.; KEHLET, H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology*, United States, v. 93, n. 4, p. 1123-1133, 2000. DOI. 10.1097/00000542-200010000-00038. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11020770/>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

PIMENTA, C. A. de M.; CRUZ, D. A. L. M.; SANTOS, J. L. F. Instrumentos para avaliação da dor. O que há de novo em nosso meio? *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 15-24, 1998.

PIMENTA, C. A. de M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor, depressão e conceitos culturais. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 370-380, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1997000300004>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PIMENTA, C. I. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. J. (Org). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999, p. 31-46.

PINES, J. M.; HOLLANDER, J. E. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, United States, v. 51, n. 1, p. 1-5, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

PLEUVRY, B. J.; LAURETTI, G. R. Biochemical aspects of chronic pain and its relationship to treatment. *Pharmacology and Therapeutics*, United States, v. 71, n.3, p. 313-324, 1996. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0163-7258\(96\)00093-9](https://doi.org/10.1016/S0163-7258(96)00093-9)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

RAJA, S. N.; MEYER, R. A.; RINGKAMP, M.; CAMPBELL, J. N. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. (Ed.). *Textbook of pain*. Londres: Churchill Livingstone, 1999. p. 1-8.

RASMUSSEN, B. K.; OLESEN, J. Epidemiology of migraine and tension-type headache. *Current Opinion in Neurology*, United States, v. 7, n. 3, p. 264-271, 1994. DOI. 10.1097/00019052-199406000-00015. Disponível em: <https://journals.lww.com/co-neurology/Abstract/1994/06000/Epidemiology_of_migraine_and_tension_type_headache.15.aspx>. Acesso em: 18 nov. 2017.

RIBEIRO, R. M. et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2014. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140039>>. Acesso em: 03 jul. 2020

RIEDEL, W.; NEECK, G. Nociception, pain, and antinociception: current concepts. *Zeitschrift Fur Rheumatologie*, Germany, v. 60, n. 6, p. 404-415, 2001. DOI. 10.1007/s003930170003. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s003930170003>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ROMERO-REYES, M.; GRAFF-RADFORD, S. Is there hope for chronic pain and headache? *Headache*, United States, v. 47, n. 8, p. 1262-1271, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00909.x>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

RUIZ, F. B.; SANTOS, M. S.; SIQUEIRA, H. S.; COTTA, U. C. Clinical features, diagnosis and treatment of acute primary headaches at na emergency center - why are we still neglecting the evidence? *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 4-B, p. 1130-1133, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000700007>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

RUSSO, C. M.; BROSE, W. G. Chronic pain. *Annual Review of Medicine*, United States, v. 49, p. 123- 133, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev.med.49.1.123>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

SAÇA, C. S.; CARMO, F. A.; ARBULEIA, J. P. S.; SOUZA, R. C. X.; ALVES, S. A.; ROSA, B. A. A dor como 5º sinal vital: Atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Journal of the Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SAWAY, R.; VALENZUELA, R.; SHOENBERGER, J. M.; MALLON, W. K.; VICCELLIO, A. Emergency department overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Chile, v. 28, n. 2, p. 213-219, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SCHECHTER, N.L.; ALTMAN, A.; WEISMAN, S. Report of the Consensus Conference on the Management of pain in childhood cancer. *Pediatrics*, United States, v. 86, n. 5, p. 818-834, 1990.

SCOPEL, E.; ALENCAR, M.; CRUZ, R. M. Medidas de avaliação da dor. *Revista Digital*, Buenos Aires, v.11, n. 105, 2007. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

SES inaugura nova emergência do Hospital Governador Celso Ramos e assina convênios. *Portal SES*, Florianópolis, 19 out. 2011. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_phocagallery&view=category&id=60:1910-ses-inaugura-nova-emergencia-do-hospital-celso-ramos-e-assina-convenios&Itemid=0>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SESSLE, B. J. Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, United States, v. 11, n. 1, p. 57-91, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/10454411000110010401>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SHELLEY, A.; CROSS, M. D. Pathophysiology of pain. *Mayo Clinic Proceedings*, United States, v. 69, p. 375-383, 1994.

SHERRINGTON, C. S. *The Integrative Action of the Nervous System*. New York: Charles Scribner's Sons, 1906.

SILEN, W. Principles of diagnosis in acute abdominal disease. In: *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*. New York: Oxford, 2010, p. 3–17.

SILVA, J. S. da; CRUZ, T. A. F. da; RIBEIRO, C. J. N.; SANTOS, V. S.; ALVES, J. A. B.; RIBEIRO, M. do C. de O. Pain in patients attended at risk classification of an emergency service. *Revista Dor*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-38, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160009>>. Acesso em: 28 maio 2018.

SOUZA, L. A. F.; SILVA, C. D.; FERRAZ, G. C.; SOUSA, F. A. E. F.; PEREIRA, L. V. Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 245-251, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_04.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

STEWART, W. F.; LIPTON, R.; CELENTANO, D. D.; REED, M. L. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *The Journal of the American Medical Association*, United States, v. 267, n. 1, p. 64-69, 1992.

STOVNER, L. J. et al. A. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, United States, v. 27, n. 3, p.193–210. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

STRASSELS, S. A.; CHEN, C.; CARR, D. B. Postoperative analgesia: economics, resource use, and patient satisfaction in an urban teaching hospital. *Anesthesia and Analgesia*, United States, v. 94, n. 1, p. 130-137, 2002. DOI. 10.1213/00000539-200201000-00025. Disponível em: <<https://journals.lww.com/anesthesia->

analgesia/Fulltext/2002/01000/Postoperative_Analgesia__Economics,_Resource_Use,.25.aspx>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SNYDER, J. D.; MERSON, M. H. The magnitude of global problem of acute diarrheal disease: a review of active surveillance data. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 60, n. 4, p. 605-613, 1982.

TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O. *Dor: Contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora Maio, 2002.

TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C. A. M. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). *Dor: conceitos gerais*. São Paulo: Limay, 1994, p.57-61.

THOMAS, S. H. et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *Journal of the American College of Surgeons*, United States, v. 196, n. 1, p. 18-31, 2003. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01480-1](https://doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01480-1)>. Acesso em: 06 nov. 2017.

TODD, K. H. et al. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *The Journal of Pain*, United States, v. 8, n. 6, p. 460-466, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.12.005>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TODD, P. A.; CLISSOLD, S. P. Tenoxicam: An update of its pharmacology and therapeutic efficacy in rheumatic diseases. *Drugs*, United States, v. 41, n. 4, p. 625-646, 1991. Disponível em: <<http://doi:10.2165/00003495-199141040-00008>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

TORRES FILHO, H. M. Gastroenterites infecciosas. *Journal of Biological Methods*, California, v. 101, n. 2, p. 25-29, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n2/a3986.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

TRIADAFILOPOULOS, G.; FINLAYSON, M.; GRELLET, C. Bowel dysfunction in postmenopausal women. *Women and Health*, England, v. 27, n. 4, p. 55-66, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1300/J013v27n04_04>. Acesso em: 21 abr. 2020.

VIEIRA NETO, O. M. Infecção do trato urinário. In: SIMPÓSIO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS INFECCIOSAS, 4., 2003, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto: Medicina, v. 36, 2003. p.. 365-369.

VILELA FILHO, O. V.; CARNEIRO, D. S. D. Dor. In: PORTO, C. C. (Ed.). *Semiologia médica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 60-72.

VISENTIN, M.; ZANOLIN, E.; TRETIN, L.; SARTORI, S.; MARCO, R. de. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *European Journal of Pain*, France, v. 9, n. 1, p. 61-67, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.04.004>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

VON KORFF, M.; DWORKIN, S. F.; RESCHE, L. L.; KRUGER, A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, United States, v. 32, n. 2, p. 173-183, 1988. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90066-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90066-8)>. Acesso em: 11 maio 2019.

WALL, P. D. The dorsal horn. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. (Ed.). *Textbook of Pain*. Edinburgh, London, Melbourne and New York: Churchill Livingstone, 1984. p. 80-87.

WEINSTEIN, S. M. et al. Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. *Southern Medical Journal*, United States, v. 93, n. 5, p. 479-487, 2000.

WIERMANN, E. G. et al. A. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 38, p. 132-143, 2014. Disponível em: <<https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

WILSEY, B. L.; FISHMAN, S. M.; OGDEN, C; TSODIKOV, A.; BERTAKIS, K. D. Chronic pain management in the emergency department: a survey of attitudes and beliefs. *Pain Medicine*, United States, v. 9, n. 8, p. 1073-1080, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00400.x>>. Acesso em: 17 out. 2019.

WOLFE, F.; ROSS, K.; ANDERSON, J.; RUSSELL, I. J. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *The Journal of Rheumatology*, Canada, v. 22, n. 1, p. 151-156, 1995.

WOLFE, J. M.; LEIN, D. Y.; LENKOSKI, K.; SMITHLINE, H. A. Analgesic administration to patients with an acute abdomen: A survey of emergency physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, United States, v. 18, n. 3, p. 250-253, 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(00\)90114-1](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(00)90114-1)>. Acesso em: 19 mar. 2020.

WOOLF, C. J. Pain. *Neurobiology of Disease*, United States, v. 7, p. 504-510, 2000.

WOOLF, C. J.; MANNION, R. J. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *The Lancet*, England, v. 353, n. 9168, p. 1959-1964, 1999. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01307-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01307-0)>. Acesso em: 20 fev. 2020.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
RESIDENCIA MÉDICA EM NEUROLOGIA**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA DOR EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.**

A dor é um sinal vital clinicamente importante, sendo definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável associada à lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Este sintoma constitui uma das principais causas de procura por atendimento médico, sendo sua caracterização de grande importância para seu manejo terapêutico.

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar os principais tipos de dores que levam os pacientes a procurarem atendimento médico na unidade de urgência e emergência do Hospital Governador Celso Ramos, bem como seu manejo terapêutico.

Necessitamos de sua ajuda para realizar esse estudo e, para isso, pedimos sua colaboração respondendo a um questionário composto por perguntas sobre seus sintomas. Sua colaboração será apenas essa e a aplicação do questionário demorará cerca de 20 minutos.

Não existe desconforto ou risco para você durante a coleta dos dados. Você poderá não querer responder a algumas perguntas, nesse caso, sua decisão será respeitada e você continuará sendo atendido (a) nesse hospital sem quaisquer restrições.

Não haverá compensação financeira pela sua colaboração, visto que sua participação será voluntária. Também não haverá despesas para você por ter participado do estudo.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador se compromete em não revelar sua identidade, ou seja, sua participação não será revelada em nenhuma circunstância, sendo mantidos os padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Em caso de qualquer dúvida, segue os seguintes números para entrar em contato: (48) 991365977 (Olga – pesquisadora) e (48) 32517036 (CEP – HGCR).

Se você concordar em participar, por favor, assine o termo abaixo.

Eu _____, portador do R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar dessa pesquisa. Autorizo a utilização e a divulgação dos resultados obtidos no presente estudo em aulas, jornais ou outros meios de divulgação, desde que meu nome não seja revelado a ninguém.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Questionário de avaliação da dor

No: _____

Questionário sobre Dor na Emergência
Data do Preenchimento: ___/___/___

- 1) Paciente: _____
- 2) Prontuário: _____
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Idade: _____
- 5) Local/Tipo de dor: () Abdominal () Lombar () Cefálica () Outros: _____
- 6) Intensidade/Grau da dor: () Leve – 1-3 () Moderada – 4-7 () Intensa – 8-10
- 7) Irradiação da dor: () Não () Sim. Onde: _____
- 8) Caráter da dor: () Cólica () Pulsátil () Pontada () Queimação () Aperto () Fisgada () Outro: _____
- 9) Frequência da dor: () Intermitente () Contínua
- 10) Apresenta algum sintoma(s) associado(s) à sua dor? () Não () Náuseas/vômitos () Febre () Diarréia () Calafrios () Tontura () Outros: _____
- 11) Dias de dor antes de procurar atendimento: () Horas () 1-2 dias () 3-4 dias () 5-7 dias () >1 semana () >1 mês
- 12) Já teve essa dor antes? () Sim () Não
- 13) Utilizou analgésicos antes de procurar atendimento? () Sim () Não.
- 14) Procurou atendimento médico anteriormente? () Sim () Não
- 15) Recebeu analgesia na emergência? () Sim () Não
 - a. Analgesia:
 - i. 1º Analgésico: _____
 - ii. Evolução da dor: () Melhora total () Melhora parcial () Sem melhora
 - iii. 2º Analgésico: _____
 - iv. Evolução da dor: () Melhora total () Melhora parcial () Sem melhora
 - v. 3º Analgésico: _____
 - vi. Evolução da dor: () Melhora total () Melhora parcial () Sem melhora
 - vii. 4º Analgésico: _____
 - viii. Evolução da dor: () Melhora total () Melhora parcial () Sem melhora
- 16) Diagnóstico final: _____
- 17) Conduta na alta hospitalar
 - a. Internação hospitalar? () Sim () Não.
 - b. Se não, recebeu analgesia domiciliar? () Sim () Não

1

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ABORDAGEM TERAPÉUTICA DA DOR EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 120			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Gladys Lentz Martins			
6. CPF: 593.621.389-72		7. Endereço (Rua, n.º): ALTAMIRO GUMARAES CENTRO 330 Apto 702 FLORIANOPOLIS SANTA CATARINA 88015510	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (48) 9063-1918	10. Outro Telefone:
		11. E-mail: glentz63@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>31</u> / <u>05</u> / <u>2014</u>		<p style="text-align: right;">Gladys Lentz Martins Neurologista CRM/SC 4368</p> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE		13. CNPJ: 82.951.245/0008-35	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (48) 3251-7036		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Dr. Marcelo Lemos dos Reis</u>		CPF: <u>010.903.067-26</u>	
Cargo/Função: <u>diretor</u>			
Data: <u>08</u> / <u>06</u> / <u>2017</u>		<p style="text-align: right;">Dr. Marcelo Lemos dos Reis Matrícula 373584-2-02 Diretor Geral HGCR</p>	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			