



CHARACTERISTICS OF PAIN IN TRAUMA VICTIMS AT AN EMERGENCY SERVICE
CARACTERÍSTICAS DA DOR EM VÍTIMAS DE TRAUMATISMO NUM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN VÍCTIMAS DE TRAUMATISMO EN UN SERVICIO DE URGENCIA

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹, Carlos Umberto Pereira², Ana Maria Calil Sallum³, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos⁴, Mariangela da Silva Nunes⁵, José Antonio Barreto Alves⁶

ABSTRACT

Objectives: to characterize the victims of trauma assisted in an emergency service and identify the most frequent type of pain. **Method:** this is a descriptive and transversal study with a quantitative approach carried out in an emergency service of Hospital de Urgency in Aracaju, Sergipe, Brazil, with 90 victims assisted between June and July 2011, after the approval by the Research Ethics Committee of Federal University of Sergipe, under CAAE 0008.0.107.107-11. The data were analyzed through the software SPSS, version 18.0. The chi-square test was used, with a 5% significance level. **Results:** we observed that 73.3% of the participants were male, the most frequent age group was from 20 to 29 years and 38.9% were from Aracaju. The onset of pain at the time of trauma was found in 93.3% of cases, out of which 50% reported severe pain. In 61.1% analgesia was used, 45% remained with severe pain after the analgesic peak, 22.5% experienced moderate pain, and only 12.5% had complete relief of pain. **Conclusion:** inadequate evaluation combined to a treatment different from the gold standard represents negligence in pain control. **Descriptors:** pain; pain measurement; wounds and injuries; emergency medical services.

RESUMO

Objetivos: caracterizar as vítimas de traumatismo atendidas num serviço de emergência e identificar o tipo de dor mais frequente. **Método:** trata-se de estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa desenvolvido em um serviço de emergência do Hospital de Urgência da cidade de Aracaju-SE com 90 vítimas atendidas entre junho e julho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o CAAE n. 0008.0.107.107-11. Os dados foram analisados no software SPSS, versão 18.0. Foi utilizado o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. **Resultados:** verificou-se que 73,3% eram do sexo masculino, a faixa etária mais frequente foi entre 20 a 29 anos e 38,9% eram provenientes de Aracaju. O início da dor no momento do traumatismo foi evidenciado em 93,3%, dos quais 50% relataram dor intensa. Em 61,1% foi instituída analgesia, 45% permaneceram com dor intensa após o pico analgésico, 22,5% sentiram dor moderada e somente 12,5% obteve alívio completo da dor. **Conclusão:** a avaliação inadequada associada ao tratamento fora do padrão recomendado representa negligência no controle da dor. **Descritores:** dor; medição da dor; ferimentos e lesões; serviços médicos de emergência.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las víctimas de traumatismo atendidas en un servicio de urgencia e identificar el tipo de dolor más frecuente. **Método:** esto es un estudio descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo desarrollado en un servicio de urgencia del Hospital de Urgencia de Aracaju, Sergipe, Brasil, con 90 víctimas atendidas entre junio y julio de 2011, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Sergipe, bajo el CAAE 0008.0.107.107-11. Los datos fueron analizados en el software SPSS, versión 18.0. Fue utilizada la prueba chi-cuadrado, con nivel de significación de 5%. **Resultado:** se verificó que 73,3% eran del sexo masculino, la franja etaria más frecuente fue de 20 hasta 29 años y 38,9% eran provenientes de Aracaju. El inicio del dolor en el momento del traumatismo fue evidenciado en 93,3%, de los cuales 50% relataron dolor intenso. En 61,1% fue utilizada analgesia, 45% permanecieron con dolor intenso después del pico analgésico, 22,5% sintieron dolor moderado y sólo 12,5% obtuvieron alivio completo del dolor. **Conclusión:** la evaluación inadecuada asociada al tratamiento diferente del estándar recomendado representa negligencia en el control del dolor. **Descritores:** dolor; dimensión del dolor; heridas y traumatismos; servicios médicos de urgencia.

¹Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju (SE), Brasil. E-mail: enffer2@yahoo.com.br; ²Médico. Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica). Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe e do Programa de Pós-Graduação em Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju (SE), Brasil. E-mail: umberto@infonet.com.br; ³Enfermeira. Pós-Doutora pela EEUSP/Fapesp. Consultora em Dor do Hospital Sírio Libanês. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: esasallum.fnr@terra.com; ⁴Enfermeira. Mestranda do Núcleo de Pós Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju (SE), Brasil. E-mail: carlafss@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Professora do Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe Campus Profº Antônio Garcia Filho (UFS). Lagarto (SE). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju (SE), Brasil. E-mail: mariangela.tao@gmail.com; ⁶Enfermeiro. Professor do Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe Campus Profº Antônio Garcia Filho (UFS). Lagarto (SE). Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju (SE), Brasil. E-mail: antoniobalves@gmail.com

INTRODUÇÃO

O evento traumático provoca lesões das mais diversas naturezas e, por conseguinte, a dor é uma das principais queixas dos pacientes que buscam o serviço de urgência ou emergência, cuja avaliação e controle de forma apropriada devem fazer parte da assistência às vítimas para manutenção de funções fisiológicas básicas.¹

A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por lesão, caracteriza-se por ser de início súbito e pode sofrer redução gradual da intensidade, quando associada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada.²

A dor intensa pode também influenciar negativamente a evolução da vítima de traumatismo, retardando o tratamento e adiando a recuperação. O tratamento de maneira eficaz contribui para a manutenção das funções fisiológicas básicas, evita efeitos colaterais nocivos resultantes do processo algico e permite um menor período de hospitalização e diminuição de custos.³⁻⁴

É importante ressaltar que, entre os profissionais da saúde que trabalham nos serviços de emergência, o enfermeiro e sua equipe são aqueles que convivem em turnos contínuos com as vítimas de traumatismo. Para o tratamento adequado e humanizado do fenômeno doloroso é necessário que tais profissionais tenham conhecimento sobre os aspectos importantes da dor: a avaliação sistemática, multidimensionalidade, intervenção adequada, farmacologia, monitorização dos resultados do tratamento e comunicação com a equipe de saúde.

Como consequência do traumatismo, a dor produz repercussões potencialmente prejudiciais ao organismo e é causa frequente da procura por serviços de emergência, cuja maioria dos atendimentos relaciona-se a causas externas. Ressalta-se que o traumatismo acarreta o aumento da morbidade, mortalidade e incapacidades, com considerável ônus socioeconômico. A implementação de ações que reduzam a gravidade das lesões decorrentes das causas externas são essenciais para minimizar esse grave problema de saúde pública.⁵⁻⁶

Entre as dores agudas, a dor em pacientes atendidos nos serviços de emergência é a menos pesquisada, o que é um dado bastante preocupante. Outro fato que merece destaque, é a pouca ênfase dada ao controle da dor nos protocolos de atendimento às vítimas de traumatismo.^{4,7}

Diante dessa problemática surgiram as seguintes questões norteadoras: É possível caracterizar o perfil das vítimas de traumatismo atendidas num serviço de emergência? e Qual é o tipo de dor mais frequente nessas vítimas?

Para responder a esses questionamentos, este estudo teve como objetivo caracterizar as vítimas de traumatismo atendidas num serviço de emergência e identificar o tipo de dor mais frequente. Espera-se que a pesquisa contribua para despertar o interesse dos profissionais quanto à importância do controle da dor nos serviços de emergência.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de emergência do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), em Aracaju-SE, Brasil. O HUSE é um hospital público, geral, de ensino, de grande porte e alta complexidade, referência no atendimento às vítimas de traumatismo.

A casuística constituiu-se por vítimas de traumatismo atendidas no HUSE nos meses de junho e julho de 2011. A amostra foi probabilística por conveniência e consecutiva, constituída por 90 vítimas de traumatismo que atenderam aos critérios de inclusão descritos a seguir: vítimas de traumatismo com valor da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) igual a 15 pontos no momento da avaliação, maiores de 18 anos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo entrevistado ou representante legal nos casos de impossibilidade por parte da vítima.

O primeiro formulário de coleta de dados constou de dados sociodemográficos e relato de doenças pregressas, alergias, local do acidente, número de vítimas, tipo de colisão, uso de dispositivo de segurança, ingestão de álcool, perda da consciência e tipo de lesão.

O segundo instrumento de coleta de dados foi a sequência da avaliação da dor⁴, que contém informações sobre os valores dos sinais vitais, nível de consciência, presença de dor, escala numérica, diagrama corporal, analgesia administrada e consequências da dor. A escolha da escala numérica para avaliação da dor decorreu do seu fácil uso, objetividade, fácil compreensão e rapidez na hora da aplicação. Para avaliar a intensidade da dor utilizou-se a escala numérica, que consta dos seguintes escores: 0 – ausência de dor; 1 a 4 – dor leve; 5 a 7 – dor moderada; e 8 a 10 – dor intensa.

A sistemática da coleta de dados ocorreu

da seguinte forma: as vítimas de traumatismo atendidas no HUSE eram inicialmente avaliadas pelo cirurgião e depois de realizada a avaliação inicial e secundária do traumatismo, os pesquisadores informavam os objetivos da pesquisa e, depois, os devidos esclarecimentos e o aceite por parte do sujeito, foi solicitada a assinatura do TCLE pelo paciente e/ou responsável legal. Em seguida, realizou-se a entrevista semiestruturada com as vítimas de traumatismo que atenderam aos critérios de inclusão já descritos.

Para a identificação da intensidade dolorosa utilizou-se a escala numérica da dor e solicitava-se à vítima de traumatismo que indicasse de 0 a 10 pontos. Foi requisitado, ainda, que ela apontasse no diagrama ou no próprio corpo a região corpórea relacionada à dor. Realizou-se nova avaliação após uma hora da administração do analgésico de rotina prescrito pelo médico assistente da instituição para quem referira dor. Nas vítimas que não se queixavam de dor realizou-se avaliação da intensidade dolorosa somente após três horas.

Nesse estudo, não houve intervenção medicamentosa e/ou de qualquer natureza por parte dos pesquisadores, por não se tratar de estudo intervencionista. Realizou-se um

teste piloto para o refinamento do instrumento.

A coleta de dados ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob o CAAE 0008.0.107.107-11, atendendo o que preceitua a Resolução n. 196/96⁸ do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram armazenados em banco de dados computadorizado no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0, e apresentados sob forma estatística, por meio de tabelas. Utilizou-se o teste qui-quadrado, com o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliadas 90 vítimas de traumatismo, das quais 73,3% eram do sexo masculino, com média de idade $33,7 \pm 13,1$ e faixa etária predominante de 20 a 29 anos; em relação ao estado civil, 41,1% eram solteiras e, em sua maioria, procedentes da cidade de Aracaju (38,9%), conforme os dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das vítimas de traumatismo. HUSE. Aracaju-SE, 2011

Variáveis	n = 90	%	
Sexo	Feminino	24	26,7
	Masculino	66	73,3
Faixa etária	15-19 anos	04	4,4
	20-29 anos	38	42,2
	30-39 anos	29	32,2
	40-49 anos	09	10,0
	50-59 anos	05	5,6
	60-69 anos	01	1,1
	70-79 anos	03	3,3
Estado civil	>80 anos	01	1,1
	Solteiro/a	37	41,1
	Casado/a	36	40,0
	União consensual	13	14,4
Procedência	Viúvo/a	03	3,3
	Desquitado/a	01	1,1
	Aracaju	35	38,9
Procedência	Grande Aracaju	30	38,9
	Outros municípios	21	23,2
	Outros Estados	04	4,4

No que se refere ao local da ocorrência do traumatismo, a via pública ocupou posição de destaque com 67,8% das vítimas. Em relação ao meio utilizado para a remoção, 33,3% das vítimas foram transportadas até o hospital pelo Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU). Quanto às causas externas, a lesão com maior frequência foi ocasionada pelos acidentes de transporte em 50%, conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das vítimas quanto ao local do acidente, tipo de remoção e causa externa. HUSE. Aracaju-SE, 2011

Variáveis	n = 90	%	
Local do acidente	Domicílio	18	20,0
	Via pública	61	67,8
	Trabalho	11	12,2
	SAMU	30	33,3
Remoção da vítima	Ambulância/Prefeitura	24	26,7
	Carro próprio	29	32,2
	Ônibus	03	3,3
	Outros	04	4,4
	Acidente de transporte	45	50,0
Causa externa	Espancamento	05	5,6
	FAB	02	2,2
	PAF	01	1,1
	Quedas	14	15,6
	Queimaduras	03	3,3
	Exposição a forças mecânicas inanimadas	19	21,1
	Exposição a forças mecânicas animadas	01	1,1

A Tabela 3 demonstra que, em relação ao local do corpo, a região mais afetada foi a extremidade inferior e a cintura pélvica

(65,6%). A grande maioria das vítimas teve apenas uma área do corpo afetada (54,4%).

Tabela 3. Distribuição das vítimas quanto ao local do corpo afetado e ao número de regiões do corpo acometidas. HUSE. Aracaju-SE, 2011

Variáveis	n = 90	%	
Local do corpo mais afetado	Cabeça e pescoço	17	18,9
	Face	04	4,4
	Tórax	08	8,9
	Abdome e conteúdo pélvico	02	2,2
	Extremidade inferior e cintura pélvica	59	65,6
Número de regiões acometidas	Uma	49	54,4
	Duas	19	21,1
	Três	15	16,7
	Quatro	06	6,7
	Cinco	01	1,1

Neste estudo, identificou-se que 22,2% das vítimas tinham ingerido bebida alcoólica e 17,8% perderam a consciência no momento do acidente.

Ao relacionar o tipo de lesão com o meio de transporte que conduzia as vítimas até o hospital, verificou-se que existia associação estatisticamente significativa entre a gravidade da lesão e a chegada até o hospital

pelo SAMU: $p = 0,02$.

Verifica-se na Tabela 4 que, no momento da primeira avaliação, 50% das vítimas queixavam-se de dor intensa, 93,3% informaram que o início da dor foi no momento do acidente e que esta era do tipo contínua em 88,9% das vítimas pesquisadas. A movimentação foi o fator em destaque para o agravamento da dor em 60%.

Tabela 4. Avaliação da dor das vítimas de traumatismo atendidas no HUSE. Aracaju-SE, 2011

Variáveis	n = 90	%	
Presença de dor na admissão	Sim	87	96,7
	Não	03	3,3
	Ausência de dor	03	3,3
Intensidade da dor (1ª avaliação)	Dor leve	09	10,0
	Dor moderada	33	36,7
	Dor intensa	45	50,0
Início da dor	Momento do acidente	84	93,3
	Após o acidente	03	3,3
	Não sentiam dor	03	3,3
	Contínua	80	88,9
Tipo da dor	Intermitente	07	3,3
	Não sentiam dor	03	3,3
	Nenhum	31	34,4
Fatores agravantes ou atenuantes	Movimentação	54	60,0
	Tosse	02	2,2
	Imobilização	02	2,2
	Ventilar/aerar	01	1,1

Observou-se que, daquelas que receberam analgesia, parte das vítimas passou mais de 30 minutos sem receber analgesia (46,6%), chegando inclusive a períodos de até três horas entre o tempo inicial do atendimento e o uso do analgésico. Destaca-se, também, que 35 (38,9%) não receberam nenhum tratamento para controle da dor.

Quanto ao tipo de tratamento, 61,1% fizeram uso da analgesia, tendo sido observado que os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) foi a classe de analgésicos mais utilizada (30%), somente 2,2% utilizaram opioides fracos e nenhuma vítima utilizou opioides fortes.

Tabela 5. Distribuição das vítimas de traumatismo quanto ao tempo da admissão, uso de analgesia e tipo de intervenção analgésica. HUSE. Aracaju-SE, 2011

Variáveis	n= 90	%	
Tempo entre admissão e a analgesia	0-30 min	13	14,4
	31-60 min	20	22,2
	61-90 min	12	13,3
	91-120 min	06	6,7
	121-150 min	01	1,1
	151-180 min	02	2,2
	>180 min	01	1,1
Usaram analgésicos	Sim	55	61,1
	Não	35	38,9
Tipo de intervenção	Analgésico Simples	05	5,6
	AINES	27	30,0
	Analgésico e AINES	21	23,3
	Opioide fraco e AINES	02	2,2
	Sem intervenção	35	38,9

Do total das vítimas pesquisadas, 40 foram avaliadas em dois momentos (1ª e 2ª avaliação) e, destas, uma hora após o pico de ação do fármaco 45% permaneceram com dor intensa e 22,5% relataram sentir dor moderada, sendo que apenas 12,5% relataram ausência de dor. Observou-se diferença estatisticamente significativa em relação à 1ª e 2ª avaliação com $p = 0,004$.

Ao verificar os registros de dor no prontuário percebeu-se que em 74,4% não havia registro e que em somente 25,6% havia relato de dor por parte dos médicos. Nenhum registro foi realizado pela equipe de enfermagem.

DISCUSSÃO

Os resultados são corroborados por estudos⁹⁻¹¹ que afirmam que a maioria das vítimas era do sexo masculino, o acometimento de lesões traumáticas nesse gênero deve-se à maior exposição à violência e ao uso de bebidas alcoólicas.

Desde a infância, os conceitos sobre o que é permitido para o menino e a menina são bem claros, em especial em países ocidentais; isso leva à formação, muitas vezes, de perfis agressivos principalmente nos homens. Outro fato que merece ser destacado é o fácil acesso às bebidas alcoólicas associadas aos programas multimídia que incentivam a agressividade. Tais fatos podem tornar o homem mais propenso a envolver-se em acidentes e violência.

A distribuição das vítimas avaliadas quanto à faixa etária foi mais frequente em adultos

jovens. Esses dados são semelhantes aos estudos¹²⁻¹³ que apontam os jovens como as principais vítimas de traumatismo.

Quanto ao município de ocorrência do evento traumático, a maioria das vítimas era proveniente do município de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, no qual a via pública ocupou posição de destaque como local dos acidentes, corroborando estudo⁶ realizado na mesma cidade. Pesquisas¹⁴⁻¹⁵ afirmam que o tipo de ocorrência mais frequente está relacionado aos acidentes de transporte, em especial os motociclísticos, automobilísticos, atropelamentos e ciclísticos.

Quanto ao tipo de transporte utilizado para a remoção da vítima e a condução até o hospital, parte delas foi transportada pelo SAMU. Observou-se que houve associação estatisticamente significativa entre a gravidade da lesão e o tipo de transporte até o serviço de emergência, o que demonstra o uso adequado desse serviço pela população.

Evidenciou-se que, quanto às causas externas, as lesões com maior frequência foram os acidentes de transporte e que parte das vítimas havia ingerido bebida alcoólica. O consumo de bebida alcoólica é um fator preditivo em acidentes com vítimas de traumatismo.¹⁶

Verificou-se que, durante a primeira avaliação da dor, metade das vítimas queixava-se de dor intensa e, após uma hora do pico analgésico, 26,7% ainda estavam com dor intensa, 17,8% sentiam dor moderada e somente 5,6% encontravam-se sem dor. No momento da segunda avaliação, 26% das

vítimas referiram dor intensa, 38% dor moderada e apenas 7% obtiveram alívio completo da dor. Os dados são compatíveis com um estudo¹⁷ realizado na cidade de São Paulo em que se buscou conhecer a analgesia utilizada em pacientes que sofreram acidentes de transporte, o padrão analgésico e a intensidade da dor.

Desde a década de 1990, a dor é considerada o quinto sinal vital, cuja permanência pode produzir alterações fisiológicas e comprometer o quadro clínico do traumatizado. A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor estabelecem diretrizes para sua mensuração com a mesma importância dos padrões fisiológicos que são considerados no momento da anamnese.¹⁸ A permanência da dor em vítimas de traumatismo nos serviços de emergência é preocupante, em razão das alterações neurovegetativas e dos danos psicológicos provocados por ela.

Destaca-se que a dor física, emocional e psicológica decorrente da injúria traumática é comum em pacientes atendidos nas emergências, porém, não foi objeto deste estudo a avaliação dos aspectos multidimensionais da dor.

Cumprido ressaltar que parte das vítimas (38,9%) não recebeu nenhuma intervenção analgésica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, de acordo com a Escada Analgésica de Dor, o uso de aines e analgésicos simples para dores leves. Para dores moderadas, deve ser acrescido um opioide fraco e para dores intensas deve-se empregar opioide forte, combinado ou não a analgésico não opioide ou aines. Salienta-se que, pela OMS, em todos os graus e desde o início do tratamento devem ser utilizadas drogas adjuvantes para potencializar o efeito analgésico.¹⁹

Vários fatores podem interferir para o tratamento adequado do fenômeno doloroso, em especial a subestimação da dor da vítima, desconhecimento sobre as técnicas disponíveis para o manejo da dor por parte dos profissionais da saúde, medo em relação ao uso de opioides e a falta de protocolos institucionais para o controle do processo algico.²⁰

Neste estudo, algumas vítimas receberam analgesia que não contempla a recomendação da OMS¹⁹, fato preocupante, pois pode gerar na vítima de traumatismo, sofrimento desnecessário e o agravamento do quadro clínico. Estudo⁷ realizado em âmbito nacional

aponta que a subanalgesia da dor, bem como sua subavaliação é uma realidade nas unidades de emergências brasileiras.

Destaca-se que não houve nenhum registro da dor por parte da equipe de enfermagem no momento da avaliação das vítimas de traumatismo. Nesse contexto, estudos²⁰⁻²¹ relatam as dificuldades encontradas pela equipe quanto ao não registro das ações de enfermagem, em especial a dificuldade de compreensão do paciente em relação à dor, a falta de tempo e subestimação da dor por parte dos profissionais de saúde para avaliação adequada do fenômeno doloroso. Isso envolve questão ética por parte desses profissionais, pois o alívio da dor é um aspecto humanitário e um direito do paciente.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que as ações devem ser registradas no prontuário de forma clara, concisa e objetiva. Percebe-se a importância dos registros para a prática cotidiana desses profissionais, que, além de ser um dever previsto em lei, respaldam a assistência.²²

CONCLUSÃO

O estudo realizado com 90 vítimas de traumatismo demonstrou que 73,3% eram do sexo masculino, com a faixa etária de maior prevalência sendo a de adultos jovens, e 38,9% das vítimas sendo provenientes da cidade de Aracaju-SE. Realizou-se analgesia em 61,1% das vítimas, das quais 45% permaneceram com dor intensa, do tipo contínua em 88,9%. Após o pico analgésico, 22,5% sentiam dor moderada e somente 12,5% relataram completo alívio da dor.

A avaliação inadequada associada ao tratamento fora do padrão da escada analgésica de dor demonstrou que, apesar da dor ser considerada o quinto sinal vital, permanece sendo um parâmetro pouco explorado e com poucos registros. Percebe-se que no serviço pesquisado era dada ênfase à avaliação inicial da vítima traumatizada, porém, o tratamento fora do padrão recomendado sugere subestimação do controle da dor. Tais fatos evidenciam a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais que atendem em serviços de emergência.

Acredita-se ter contribuído com o despertar dos profissionais da área da saúde sobre a importância do controle da dor, em especial nos serviços de emergência, pois a dor decorrente das lesões traumáticas é algo inevitável, porém, o sofrimento do paciente não deve ser negligenciado.

Sugerem-se novos estudos em que os aspectos multidimensionais da dor sejam investigados, a fim de complementar os dados desta pesquisa e subsidiar a elaboração de protocolos de avaliação do fenômeno doloroso em vítimas de traumatismo.

REFERÊNCIAS

1. Calil AM. Dor e analgesia em vítimas de acidentes de transporte atendidas em um pronto-socorro [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
2. Helms JE, Barone CP. Physiology and treatment of pain. *Crit Care Nurse*. 2008;18:38-49.
3. Duingnan M, Dunn V. Perceived barriers to pain management. *Emerg Nurs*. 2009;16(9):31-5.
4. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e a adequação de analgesia. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(5):692-9.
5. Vranjac A. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):553-6.
6. Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro MCO, Santos ACFS. Characterization of victims of trauma treated in an emergency hospital. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2011 Nov [cited 2011 Nov 11];5(9):2136-2142. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2020>.
7. Calil AM, Pimenta CAM, Birolini D. The "oligoanalgesia problem" in the care. *Clinics*. 2007;62(5):591-598.
8. Brasil, Ministério da Saúde [Internet]. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996 [cited 2011 Nov 17]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>.
9. Hora EC, Souza RMC. Hanges in social roles: a consequence of traumatic brain injury for the family caregiver. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(2):183-189.
10. Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC, et al. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;304(5):527-35.
11. Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma*. 2007;62(2):461-70.
12. Gawryszewski VP, Coelho MMC, Scarpelini S, Zan R, Mello Jorge MHP, Rodrigues EMS. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):275-82.
13. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet; 2007.
14. Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Canini SRMS, Carvalho EC, Lourencini RR. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2009 Nov [cited 2011 Nov 11];11(4):811-19. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf>.
15. De Boni R, Benzano D, Leukefeld C. Uso de bebidas alcoólicas em postos de gasolina de Porto Alegre: estudo piloto. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(1):65-8.
16. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):839-48.
17. Calil AM, Pimenta CAM. Importance of pain evaluation and standardization of analgesic medication in emergency services. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):53-9.
18. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(3):446-7.
19. World Health Organization. Cancer pain relief. With a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996.
20. Oliveira RM, Silva LMS, Leitão IMTA. Analysis of knowledge and practice of nurses about assessment of pain in the hospital context. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2010 July/Sept [cited 2011 Nov 18];4(3):1392-400. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/995/pdf_139.
21. Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):50-4.
22. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen n. 311/2007. Rio de Janeiro 2007 [cited 2011 Oct 20]. Available from: http://www.portalcofen.gov.br/2007/materia_s.asp?ArticleID=7323§ionID=37.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/11/18

Last received: 2012/03/22

Accepted: 2012/03/24

Publishing: 2012/04/01

Corresponding address

Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
Núcleo de Pós-Graduação em Medicina
Universidade Federal de Sergipe
Rua Cláudio Batista, S/N, Bairro Sanatório
CEP: 49000-000 – Aracaju (SE), Brazil