

## Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco\*

Wandressa Letícia Viveiros<sup>1</sup>  
Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>1</sup>  
Cássia Regina Vancini Campanharo<sup>1</sup>  
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>1</sup>  
Gabiella Novelli Oliveira<sup>2</sup>  
Ruth Ester Assayag Batista<sup>1</sup>

**Objetivos:** correlacionar as categorias da classificação de risco com grau de dor dos pacientes em um serviço de emergência. **Método:** estudo transversal, realizado no Acolhimento com Classificação de Risco com 611 pacientes. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, comorbidades, duração da queixa, especialidade médica, sinais e sintomas, desfecho, cor atribuída na classificação de risco e grau da dor. Utilizou-se a Análise de Variância, teste Qui-Quadrado e teste da Razão de Verossimilhança. **Resultados:** a média de idade foi 42,1 anos (17,8), 59,9% eram mulheres, com classificação de risco verde (58,9%) e amarela (22,7%), e comorbidade prevalente a hipertensão arterial (18,3%). Intensidade de dor mais frequente foi moderada (25,9%). Na categoria vermelha, pacientes apresentaram maior percentual de ausência de dor; na azul, dor leve; e nas categorias verde, amarela e laranja, maior percentual de dor intensa ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** dos pacientes que apresentaram dor, a maioria referiu intensidade moderada. Em relação às categorias de risco, a maior parte dos pacientes da categoria vermelha não relatou dor; os que foram classificados como verde, amarela e laranja referiram, na maioria das vezes, dor intensa; já os pacientes da categoria azul mencionaram, predominantemente, dor leve.

**Descritores:** Triagem; Serviços Médicos de Emergência; Dor; Enfermagem em Emergência; Medição da Dor; Enfermagem.

\* Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 121915/2016-6.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Viveiros WL, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Oliveira GN, Batista REA. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3070. [Access \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>.

mês dia ano

URL

## Introdução

A situação dos serviços de emergência tem sido motivo de preocupação para a comunidade sanitária e para a sociedade. A demanda desses serviços tem aumentado devido aos elevados índices de violência urbana, acidentes e envelhecimento populacional, com aumento das doenças crônicas<sup>(1-2)</sup>. Além disso, muitos dos atendimentos realizados nos serviços de emergência são resultantes de doenças de baixa complexidade, encaminhados para esses serviços por falta de estrutura da rede básica de saúde e que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica, especializada ou em serviços de urgência de menor complexidade<sup>(3)</sup>. Esse perfil de demanda caracteriza o Serviço de Emergência (SE) como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde<sup>(1)</sup>.

O processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) foi implantado para melhorar o atendimento nos Serviços de Emergência e consiste em um sistema de avaliação inicial das queixas dos pacientes com o objetivo principal de fornecer atendimento imediato, conforme o nível de gravidade, e não mais por ordem de chegada, como era praticado o atendimento antigamente<sup>(1,4)</sup>.

O AACR, realizado por enfermeiros, é uma ferramenta para reconhecer pacientes que devem ser atendidos em menor intervalo de tempo possível. Nos anos 1990, diversos países adotaram e melhoraram escalas para classificar o risco dos pacientes. As escalas internacionais mais reconhecidas são: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) e o Manchester Triage System (MTS). Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa QualiSUS e a Política Nacional de Humanização (PNH), iniciando o AACR no Brasil, tendo como base o protocolo de Manchester. As escalas de AACR são diferentes entre si e, muitas vezes, adaptadas para os locais que as utilizam, mas a maioria delas classifica os pacientes em cinco categorias de risco, sendo que cada categoria representa um intervalo de tempo em que o paciente pode esperar para receber atendimento médico, de acordo com a gravidade de sua situação<sup>(1)</sup>.

Um dos profissionais da saúde autorizados para realizar o processo de Classificação de Risco é o enfermeiro, que deve ser capacitado. Em breve consulta de enfermagem, é realizada a avaliação da situação do paciente por meio do exame físico com enfoque nas queixas, antecedentes pessoais e aferição dos sinais vitais com base em protocolos estabelecidos. Após esse processo, o paciente deve ser orientado quanto à estimativa do tempo de espera. Quando a queixa for algica, a intensidade da dor deve ser avaliada conforme o protocolo adotado na instituição<sup>(5)</sup>.

A dor é uma resposta sintomática do organismo, sendo um sinal relevante na hora da avaliação, já a procura pelos serviços de emergência é motivada por queixa algica, esta que pode ser percebida de diferentes formas, por isso o enfermeiro deve estar atento na hora da sua avaliação para fornecer o melhor cuidado<sup>(6)</sup>.

Dor é definida pela Sociedade Americana de Dor como o quinto sinal vital, devendo ser avaliada assim como a temperatura, a frequência respiratória, o pulso e a pressão arterial, sendo que sua avaliação auxilia no diagnóstico do problema apresentado pelo paciente<sup>(6)</sup>. O enfermeiro deve investigar a dor e utilizar-se de instrumentos que auxiliem na sua mensuração, bem como na resposta à analgesia. O alívio da dor proporciona conforto e bem-estar ao indivíduo e promove saúde durante a internação hospitalar ou no domicílio<sup>(7)</sup>.

A dor no SE, na maioria das vezes, apresenta-se como dor aguda e pode estar relacionada a traumatismos ou processos inflamatórios<sup>(6)</sup>. O manejo não adequado da dor pode causar danos como o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, que resulta em uma piora do quadro do paciente<sup>(6)</sup>.

Alguns obstáculos foram identificados na avaliação da queixa algica desses pacientes na Classificação de Risco, por exemplo, o relato prejudicado dos pacientes devido à alteração do estado emocional, a ansiedade pelo estado físico e mental afetado e o tipo de abordagem do profissional, pois, muitas vezes, a linguagem técnica dificulta o entendimento do paciente. Além disso, nesses locais, há grande número de tarefas para serem realizadas em curto espaço de tempo em razão do fluxo excessivo de pacientes e maior rapidez no atendimento, o que pode ocasionar prejuízo da avaliação da dor como sinal vital<sup>(6)</sup>.

O manejo da dor no Serviço de Emergência é complexo em virtude da sua subjetividade e ainda continua sendo um desafio. A qualidade assistencial, segura e efetiva, evitará complicações secundárias ao prolongamento do período da dor, assim como proporcionará ao paciente maior conforto no atendimento nesses locais<sup>(8)</sup>.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi correlacionar as categorias da classificação de risco com grau de dor dos pacientes em um serviço de emergência, como também o grau da dor com as variáveis sociodemográficas, comorbidades, especialidade médica de atendimento e sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que procuraram por atendimento no Serviço de Emergência.

## Método

Trata-se de um estudo transversal com análise quantitativa, realizado no setor de Acolhimento com

Classificação de Risco do Pronto-Socorro do Hospital São Paulo (HSP), instituição pública, universitária, de alta complexidade e localizada na Zona Sul de São Paulo.

O AACR funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, sendo realizado por enfermeiro que faz uma breve consulta de enfermagem, na qual o paciente é classificando por cores de acordo com as categorias de gravidade. O protocolo de AACR utilizado no Hospital São Paulo foi desenvolvido na instituição com base no protocolo do Ministério da Saúde, porém utiliza cinco categorias de gravidade (cores)<sup>(1)</sup>. As cores utilizadas e os tempos preconizados são, respectivamente: vermelha (atendimento imediato), laranja (atendimento em até 10 minutos), amarela (atendimento em até 60 minutos), verde (atendimento em até 120 minutos) e azul (atendimento em até 240 minutos). Após a classificação, o paciente é encaminhado para as especialidades clínicas (clínica médica, neurologia e psiquiatria) ou cirúrgicas (cirurgia geral, ginecologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia e ortopedia). A pediatria e a oftalmologia têm classificação realizada por médicos especialistas. Essas informações são registradas na ficha de atendimento e armazenadas no sistema de informação institucional.

A amostra foi constituída por 611 fichas digitalizadas dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no AACR, durante os meses de abril a junho de 2014, como parte do projeto de mestrado aprovado sob o CAEE:05739412910015505. Critérios de inclusão foram todas as fichas dos pacientes maiores de 18 anos atendidos no período proposto. Foram excluídas as fichas incompletas ou ilegíveis. Considerando que este estudo foi observacional e a coleta de dados relacionados aos pacientes realizada por meio de prontuários eletrônico, não ocasionando nenhum tipo de interferência no setor ou no atendimento aos pacientes, o mesmo obteve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme aprovação do projeto. O acesso aos dados foi por meio do programa Sistema de Gestão Hospitalar do Departamento de Tecnologia da Informação – HSP, após sua autorização. Foram avaliados dados referentes aos pacientes, como a idade, o sexo, as comorbidades, a duração da queixa, a especialidade médica do atendimento, os sinais e sintomas, o desfecho do paciente, a cor atribuída na classificação de risco e o grau da dor segundo escala numérica (EN), sendo classificada sua intensidade em: sem dor (0); dor leve (1 – 4); dor moderada (5 – 7); e dor intensa (8 – 10)<sup>(9)</sup>.

O *software* utilizado para análise foi o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19. Utilizou-se a análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, cor atribuída na classificação de risco, duração da queixa e comorbidades. Para as variáveis contínuas, calcularam-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo; e para as variáveis categóricas,

frequência e percentual. Para comparar a intensidade da dor com idade, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA). A intensidade da dor foi relacionada ao sexo, sinais e sintomas, antecedente de neoplasia, categoria de classificação de risco e especialidade médica, por meio do teste Qui-Quadrado e quando necessário o teste da Razão de Verossimilhança. Foi utilizado um nível de significância de 5% ( $p$ -valor < 0,05).

## Resultados

Entre as 611 fichas dos pacientes analisados nesta pesquisa, a média de idade foi 42,1 (17,84) anos; a maioria era mulheres 366 (59,9%); a duração da queixa para procura do Serviço de Emergência variou de 1 a 365 dias; os pacientes foram classificados nas categorias de classificação de risco verde (58,9%), amarela (22,7%), laranja (7,9%), azul (5,9%) e vermelha (4,6%); a maioria deles foi atendida pelas especialidades médicas de clínica médica (37,3%), ortopedia (16%) e cirurgia (13,4%); tiveram alta hospitalar (91,5%); as comorbidades predominantes foram hipertensão (18,3%) e *diabetes mellitus* (7,1%); os sintomas mais frequentes foram os respiratórios (14,4%) e a dor (46,3%). Os pacientes quando questionados sobre a dor disseram não ter dor (37,6%), dor leve (12,1%), moderada (25,9%) e intensa (24,4%).

Os pacientes com escore ausência de dor tiveram idade significativamente maior que aqueles com dor moderada, sendo que os homens apresentaram maior percentual de ausência de dor enquanto que as mulheres, de dor intensa (Tabela 1).

Os pacientes classificados na categoria vermelha apresentaram maior percentual de ausência de dor ao passo que pacientes classificados nas categorias verde, amarela e laranja, de dor intensa, e os da categoria azul, dor leve (Tabela 1).

Os pacientes atendidos pela psiquiatria apresentaram maior percentual de ausência de dor e aqueles atendidos pela ortopedia, de dor intensa (Tabela 1).

Em relação aos sinais e sintomas, pacientes com sintomas respiratórios apresentaram maior percentual de ausência de dor, enquanto que aqueles sem esses sintomas, maior percentual de dor intensa (Tabela 2).

Pacientes sem incapacidade de movimentar parte do corpo e aqueles com sintomas psiquiátricos e neurológicos apresentaram maior percentual de escore ausência de dor, ao passo que os com incapacidade de movimentar parte do corpo apresentaram maior percentual de dor moderada e intensa (Tabela 2).

Pacientes que relataram náusea apresentaram maior percentual de dor intensa, sendo que aqueles sem náusea, maior percentual de ausência de dor e dor moderada (Tabela 2).

Os pacientes com neoplasias ( $n=25$ ), apresentaram maior percentual de ausência de dor ( $n=12$ , 48%) e de dor intensa ( $n=10$ , 40%) ( $p=0,0372$ ).

Tabela 1 – Comparação da intensidade da dor com a idade, o sexo, a categoria de classificação de risco e especialidade médica de atendimento da população estudada. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Intensidade da dor				Total n (100%)	p-valor
	Ausência n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Intensa n (%)		
<b>Idade (anos)</b>						
Média (DP)*	44,7 (19,1)	41,3 (18,0)	37,8 (16,1)	42,9 (16,5)	42,1 (17,8)	0,0020†
Total	230	74	158	149	611	
<b>Sexo</b>						
Feminino	125 (34,2)	37 (10,1)	100 (27,3)	104 (28,4)	366	0,0051‡
Masculino	105 (42,9)	37 (15,1)	58 (23,7)	45 (18,4)	245	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Classificação</b>						
Azul	16 (44,4)	14 (38,9)	3 (8,3)	3 (8,3)	36	<0,0001‡
Verde	115 (32,1)	49 (13,7)	108 (30,2)	86 (24,0)	358	
Amarela	63 (45,7)	9 (6,5)	25 (18,1)	41 (29,7)	138	
Laranja	18 (37,5)	1 (2,1)	14 (29,2)	15 (31,3)	48	
Vermelha	15 (53,6)	1 (3,6)	8 (28,6)	4 (14,3)	28	
Total	227 (37,3)	74 (12,2)	158 (26,0)	149 (24,5)	608	
<b>Especialidade</b>						
Cardiologia	17 (65,4)	3 (11,5)	3 (11,5)	3 (11,5)	26	<0,0001‡
Cirurgia	22 (26,8)	12 (14,6)	17 (20,7)	31 (37,8)	82	
Clínica médica	101 (44,3)	23 (10,1)	60 (26,3)	44 (19,3)	228	
Ginecologia	18 (36,0)	4 (8,0)	18 (36,0)	10 (20,0)	50	
Neurocirurgia	5 (45,5)	-	4 (36,4)	2 (18,2)	11	
Neuroclínica	16 (55,2)	2 (6,9)	7 (24,1)	4 (13,8)	29	
Ortopedia	11 (11,2)	14 (14,3)	35 (35,7)	38 (38,8)	98	
ORL§	21 (31,8)	14 (21,2)	14 (21,2)	17 (25,8)	66	
Psiquiatria	19 (90,5)	2 (9,5)	-	-	21	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	

\*DP – Desvio padrão; †Análise de Variância; ‡Razão de Verossimilhança; §ORL – Otorrinolaringologia

Tabela 2 – Comparação da intensidade da dor com os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no AACR\*. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variáveis	Intensidade da dor				Total n (100%)	p-valor
	Sintoma	Ausência n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)		
<b>Respiratório</b>						
Sim	49 (55,7)	9 (10,2)	20 (22,7)	10 (11,4)	88	0,0008†
Não	181 (34,6)	65 (12,4)	138 (26,4)	139 (26,6)	523	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>IMPC‡</b>						
Sim	12 (14,0)	12 (14,0)	31 (36,0)	31 (36,0)	86	<0,0001†
Não	218 (41,5)	62 (11,8)	127 (24,2)	118 (22,5)	525	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Psiquiátrico</b>						
Sim	22 (91,7)	2 (8,3)	-	-	24	<0,0001†
Não	208 (35,4)	72 (12,3)	158 (26,9)	149 (25,4)	587	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Neurológico</b>						
Sim	30 (68,2)	2 (4,5)	6 (13,6)	6 (13,6)	44	0,0003†
Não	200 (35,3)	72 (12,7)	152 (26,8)	143 (25,2)	567	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	
<b>Náusea</b>						
Sim	11 (26,8)	6 (14,6)	7 (17,1)	17 (41,5)	41	0,0427†
Não	219 (38,4)	68 (11,9)	151 (26,5)	132 (23,2)	570	
Total	230 (37,6)	74 (12,1)	158 (25,9)	149 (24,4)	611	

\*AACR – Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; †Qui-Quadrado; ‡IMPC - Incapacidade de movimentar parte do corpo

## Discussão

A procura por atendimentos de urgência tem aumentado e grande parte dos pacientes relata dor no momento do AACR. A partir dessa queixa, são utilizados recursos para classificar e organizar as prioridades desses pacientes. A dor é um dos principais motivos que podem gerar incapacidades e causar sofrimento humano, o que reflete na qualidade de vida, podendo gerar repercussões psicossociais e econômicas<sup>(10)</sup>.

Neste estudo, houve predomínio das mulheres pela procura do Serviço de Emergência em relação aos homens e alguns fatores podem explicar isso, como a resistência que os homens têm em procurar um serviço de saúde devido a tabus construídos pela sociedade e fatores socioculturais relacionadas ao gênero, em que a doença pode ser considerada sinal de fragilidade e a procura pelo serviço uma demonstração de fraqueza<sup>(11)</sup>.

Com relação às categorias da classificação de risco, a maioria dos pacientes foi classificada na categoria verde (58,9%), seguida das categorias amarela (22,7%), laranja (7,9%), azul (5,9%) e vermelha (4,6%), resultado semelhante a outro estudo nacional realizado em hospital público de Diamantina, MG, no qual os pacientes de baixa complexidade também foram a maioria<sup>(12)</sup>. Assim, como já descrito em outro estudo, a superlotação no SE tem como uma das causas a demanda de casos menos urgentes que poderiam ser resolvidos na atenção primária à saúde<sup>(1)</sup>.

A alta hospitalar (91,5%) foi o desfecho mais frequente neste estudo, assim como em outra pesquisa realizada em um hospital público mineiro, que observou a relação entre a classificação de risco, mortalidade e permanência hospitalar. Quando a categoria de classificação de risco atribuída ao paciente tinha menor gravidade, a chance de alta hospitalar se tornava maior<sup>(13)</sup>. Essa condição reforça a necessidade de potencializar estratégias gerenciais de modo a melhorar a assistência segundo os modelos de serviços em rede.

Quando analisadas as comorbidades, esta pesquisa identificou a hipertensão arterial (18,3%) e a diabetes *mellitus* (7,1%), o que pode ser reflexo da alta prevalência dessas doenças na população em geral<sup>(14-15)</sup>. Sabe-se que essas comorbidades são consideradas fatores de risco para diversas doenças, incluindo as cardiovasculares e, posteriormente, podem gerar agravos importantes à saúde, assim como aumentar a demanda nos Serviços de Emergência<sup>(16)</sup>.

No presente estudo, os sintomas que mais motivaram a procura pelo serviço foram a dor (46,3%) e os sintomas respiratórios (14,4%), resultado encontrado em outros dois estudos nacionais que avaliaram as queixas apresentadas pelos pacientes,

segundo protocolo de classificação de risco<sup>(3)</sup>. O elevado percentual de queixa de dor pode estar relacionado ao grande número de pacientes que procuraram atendimentos da especialidade da clínica médica, em que muitos apresentam doenças oncológicas, e da ortopedia. As doenças musculoesqueléticas, que configuram um problema de saúde mundial, comumente implicam em dor aguda e crônica<sup>(17)</sup>.

Em relação à intensidade da dor referida pelos pacientes desta investigação, a maioria relatou ausência de dor (37,6%) e o restante dor moderada (25,9%), intensa (24,4%) e leve (12,1%). Foi encontrado em estudo semelhante, realizado em hospital público de Aracajú, presença de dor intensa (53,7%) e moderada (36,6%), podendo concluir que a intensidade da dor esteve relacionada ao motivo principal da procura pelo Serviço de Emergência<sup>(10)</sup>. Apesar da dor ser um dos principais motivos que levam à procura pelo Pronto-Socorro e da existência de escalas para avaliar a sua intensidade, poucos profissionais utilizam essas ferramentas durante a assistência<sup>(7)</sup>. Estudo que avaliou o conhecimento dos enfermeiros sobre dor evidenciou que 73,3% nunca participaram de um treinamento e que seu conhecimento acerca do manejo da dor era moderado<sup>(18)</sup>. Isso mostra a importância do enfermeiro ter competências e habilidades para fazer a avaliação completa das queixas, sem desvalorizar a dor referida pelo paciente, que, muitas vezes, pode ser indicativa de gravidade do quadro<sup>(10)</sup>.

Os participantes desta pesquisa que não apresentaram dor tinham idade significativamente maior que aqueles com dor moderada. Um estudo realizado em um Serviço de Emergência, em Aracaju, mostrou que pacientes que apresentavam queixa de dor moderada tinham idade menor do que aqueles que não apresentavam dor, o que corrobora com os resultados deste estudo<sup>(10)</sup>. Estudos mostram que o fator idade pode modificar a experiência da dor no paciente e o efeito do envelhecimento pode torná-lo menos sensível aos estímulos dolorosos<sup>(19)</sup>.

Os pacientes do sexo masculino apresentaram maior percentual de ausência dor, enquanto que pacientes do sexo feminino apresentam maior percentual de dor intensa. A dor constitui-se em uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de características de lesão tecidual, mas que integra, também, fatores emocionais e culturais individuais<sup>(7)</sup>.

Os pacientes deste estudo classificados na categoria vermelha não apresentaram queixa de dor. Isso se deve, em parte, ao fato de que pacientes classificados na cor vermelha apresentam alto risco de morte e sua avaliação da dor pode ser prejudicada devido à priorização no atendimento, que pode ser

iniciado antes mesmo do paciente ser registrado no hospital<sup>(10,12)</sup>. Além disso, é comum pacientes graves apresentarem alterações da consciência, o que pode comprometer a avaliação da dor<sup>(20)</sup>.

Pacientes classificados nas categorias verde, amarela e laranja apresentaram maior percentual de dor intensa. O processo do reconhecimento da dor referida no momento da avaliação é subjetiva e individual, e sua avaliação pode influenciar na categoria de risco em que o paciente será classificado<sup>(21)</sup>. Neste estudo, pacientes classificados na categoria verde relataram dor intensa. Entretanto, os protocolos de classificação existentes colocam as queixas álgicas de maior intensidade como critérios de maior gravidade, visto que estas geram repercussões fisiológicas, como aumento da pressão arterial, taquipneia, taquicardia, náuseas, como foi observado neste trabalho, entre outros. Cabe ao enfermeiro detectar, por meio da sua percepção, a categoria e, sucessivamente, o tempo de espera para o atendimento<sup>(21)</sup>.

Como a dor é um sintoma comum apresentado no SE, embora seja, constantemente, subestimado, mal avaliado e tratado, o julgamento de prioridade, muitas vezes, pode não ser o adequado àquela situação. A capacidade do enfermeiro não interferir no relato da intensidade da dor, ainda, é um obstáculo a ser enfrentado. A aplicação de um protocolo para o manejo adequado da dor pelo enfermeiro pode evitar atrasos no tratamento com analgésicos e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente<sup>(21)</sup>.

Os pacientes atendidos pela especialidade médica da psiquiatria apresentaram maior percentual de ausência de dor. Esse resultado pode ser explicado, uma vez que a avaliação da dor envolve a identificação da doença, fator etiológico, início, duração, distribuição, fatores precipitantes e atenuantes, qualidade e intensidade da dor, além de testes sensoriais. Nesses pacientes, a alteração do estado mental pode influenciar na avaliação dos demais sinais e sintomas, exigindo avaliação diferenciada e tratamento individualizado, muitas vezes, difícil de ser realizado no SE devido à situação de risco iminente<sup>(22)</sup>. Já os pacientes da ortopedia apresentaram maior percentual de dor intensa, o que já era esperado, uma vez que as dores musculoesqueléticas constituem as principais causas de dor na população<sup>(17)</sup>.

Nesta pesquisa, pacientes com sintomas respiratórios apresentaram maior percentual de ausência de dor, enquanto que aqueles que não apresentaram sintomas respiratórios apresentaram maior percentual de dor intensa. Problemas respiratórios são motivos frequentes de procura pelos SE e, com frequência, não se associam a sintomas álgicos significativos e determinam situações de risco iminente de morte.

Nesses casos, a percepção da dor pelo paciente pode ser prejudicada pelo desconforto respiratório e, por vezes, pela necessidade de analgesia e sedação para obtenção de uma via área patente e tratamento com ventilação mecânica<sup>(23)</sup>.

A ausência de dor foi mais frequente nos pacientes que não tinham incapacidade de movimentar parte do corpo. Ao passo que aqueles com incapacidade apresentaram maior percentual de dor moderada e intensa. A dor persistente e a mobilidade e função prejudicadas são condições comumente associadas a problemas musculoesqueléticos. Existe estreita relação entre condições musculoesqueléticas dolorosas e incapacidade ou capacidade reduzida para movimentar-se ou realizar algum tipo de atividade física, o que resulta em declínio funcional, perda da independência e baixa qualidade de vida. Para esses indivíduos, não só o tratamento analgésico usual deve ser instituído, mas um programa de reabilitação individualizado<sup>(17)</sup>.

Pacientes com sintomas psiquiátricos e neurológicos apresentaram maior percentual de ausência de dor, enquanto indivíduos sem sintomas psiquiátricos e neurológicos apresentaram dor moderada e intensa. Problemas físicos, mentais, psicológicos, comportamentais e até sociais podem exercer papel importante na percepção da dor e em suas reações, interferindo na neuromodulação central dos estímulos aferentes. Diferentes abordagens, incluindo a psicológica, têm tido grande impacto no entendimento e tratamento desses indivíduos. Tais pacientes exigem, muitas vezes, avaliação e terapêutica adicional para a obtenção de melhores resultados, visto que esses distúrbios podem exacerbar ou afetar negativamente a percepção da dor e a resposta terapêutica<sup>(22)</sup>.

Os pacientes com náusea apresentaram, na maioria das vezes, dor intensa. Esse achado pode estar relacionado ao mal-estar que a náusea provoca levando, muitas vezes, ao vômito, que provoca a contração dos músculos da parede abdominal e do tórax, ocasionando dor. Esses sintomas, também, podem acompanhar uma complexa variedade de distúrbios orgânicos gastrointestinais e doenças sistêmicas que podem ter a dor como consequência<sup>(24)</sup>. Além disso, medicações comumente utilizadas para controle da dor, como os analgésicos opioides, têm como efeito colateral frequente a ocorrência de náuseas, associando esses sintomas<sup>(25)</sup>.

A dor em pacientes com neoplasia variou de ausência (48%) a dor intensa (40%). Essa queixa pode variar conforme o estágio da doença, sendo que estudos demonstram que 90% dos pacientes em estágios avançados de câncer sentem dor de maior intensidade<sup>(24)</sup>. O controle da dor oncológica pode ser

difícil e, muitas vezes, a dor é o produto final de um processo que envolve aspectos emocionais, espirituais, cognitivos e sensoriais. A dor, nesses casos, pode estar associada à progressão da doença e causar no paciente desesperança e medo, sendo necessário um olhar cuidadoso e diferenciado para o manejo da dor nesses indivíduos<sup>(26)</sup>.

As limitações deste estudo foram a realização em centro único, coleta de dados de prontuários, muitas vezes incompletos e ilegíveis, e utilização de protocolo de AACR com adaptações às necessidades da Instituição, o que pode limitar a comparação com outros estudos.

Esta pesquisa pode contribuir para a prática à medida que seus achados demonstram a importância dos profissionais que atuam no AACR serem capacitados para a utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor, uma vez que esse sintoma é uma experiência individual e subjetiva, e a sua identificação pode influenciar na categoria de gravidade atribuída e na experiência do paciente sobre a qualidade assistencial recebida.

Visto que a dor é um dos principais motivos de procura pelo SE, requer conhecimento do enfermeiro, que, em grande parte das vezes, é o profissional responsável pelo primeiro atendimento e define o fluxo do paciente no serviço. Todo paciente tem direito de expressar sua dor e receber tratamento para essa queixa, sendo que o enfermeiro e a equipe multiprofissional devem implementar estratégias eficazes para alívio da dor evitando-se efeitos deletérios decorrentes desse sintoma e propiciando aos pacientes assistência humanizada.

## Conclusão

Neste estudo, a intensidade da dor relatada pelo paciente mais frequentemente foi moderada. A associação da dor com as categorias de classificação de risco demonstrou que pacientes classificados na cor vermelha apresentaram-se, na maioria das vezes, com ausência de dor; na cor azul, com dor leve; e nas cores verde, amarela e laranja, com dor intensa.

## Referências

1. Saway R, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. Emergency department overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(2) 213-9. doi:http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-664-4-67
2. Mirandola AR, Bós AJG. Relationship between physical function and decision-making capacity in oldest-old. *Pajar*. 2015;3(2):53-9. doi:http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2015.2.22532
3. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet].2015 Jul/Aug [cited Feb 3, 2016];23(4):587-94. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-11692015000400587&Ing=en&nrm=iso&tIng=en
4. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the manchester triage system (MTS) protocol: A integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet].2015 [cited Feb 9, 2016];49(1):144-51. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0080-62342015000100144&Ing=en&nrm=iso&tIng=en
5. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet].2014 [cited Aug 1, 2016];22(2):218-25. Available from:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf
6. Butti L, Bierti O, Lanfrit R, Bertolini R, Chittaro S, Delli Compagni S, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res*. 2017; 10:2479-88. doi: 10.2147/JPR.S138850
7. Song W, Eaton LH, Gordon DB, Hoyle C, Doorenbos AZ. Evaluation of Evidence-based Nursing Pain Management Practice. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(4):456-63. doi: 10.1016/j.pmn.2014.09.001
8. Silva A, Reis AL. Triple aim: a strategy for health systems transformation. *Revista ACRED*. [Internet]. 2016 [cited Jan 7, 2017]; 6(11):109-23. Available from:http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/240/283
9. Daoust R, Beaulieu P, Manzini C, Chauny JM, Lavigne G. Estimation of pain intensity in emergency medicine: a validation study. *J Pain*. 2008;138:565-70. doi:10.1016/j.pain.2008.02.007
10. Silva JS, Cruz TAF, Ribeiro CJN, Santos VS, Alves JAB, Ribeiro MCO. Pain in patients attended at risk classification of an emergency service. *Rev Dor*. [Internet].2016 [cited Jan 2, 2017];17(1):34-8. Available from:http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n1/1806-0013-rdor-17-01-0034.pdf
11. Sederholm Lawesson S, Isaksson RM, Ericsson M, Ängerud K, Thylén I, SymTime Study Group. Gender disparities in first medical contact and delay in ST-elevation myocardial infarction: a prospective

- multicentre Swedish survey study. *BMJ Open*. 2018;8:e020211. doi:10.1136/bmjopen-2017-020211
12. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2018]; 68(1):40-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en\\_0034-7167-reben-68-01-0045.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0045.pdf)
13. Gonçalves PC, Junior DP, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification in emergency medical services, mortality and hospital length of stay. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Mar 6, 2016];33(3):424-31. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a05.pdf>
14. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Practice*. 2014; 103 (2): 137-49. doi: 10.1016/j.diabres.2013.11.002
15. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016; 134: 441-50. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912
16. Moura JRA, Guimaraes MR, Teixeira SEXM, Carvalho EL, Machado ALG, Silva ARV. Lipid profile of university and association with cardiovascular risk. *Rev Enferm UFPI*. [Internet]. 2017 [cited Jun 21, 2017];6(1):40-6. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/5841/pdf>
17. Briggs AM, Cross MJ, Hoy DG, Sánchez-Riera L, Blyth FM, Woolf AD, et al. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*. 2016; 56(2):43-55. doi:10.1093/geront/gnw002
18. Alzghoul BI, Abdullah NA. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Glob J Health Sci*. 2015;8(6):154-60. doi:10.5539/gjhs.v8n6p154
19. Sousa-Munõz RL, Nogueira GF, Filho ENF. Perception of pain in elderly and young adults: clinical diversity in multidimensional evaluation of painful experience. *Rev Bras Med*. 2014 [cited Jun 10, 2017];71(9). Available from: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5928](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5928)
20. Suzuki T. Does the combination use of two pain assessment tools have a synergistic effect? *J Intensive Care*. 2017; 5:1. doi: 10.1186/s40560-016-0195-7
21. Butti L, Bierti O, Lanfrit R, Bertolini R, Chittaro S, Delli Compagni S, et al. Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res*. 2017; 16(10):2479-88. doi: <https://doi.org/10.2147/JPR.S138850>
22. Perissinotti DMN, Portnoi AG. Psychobehavioral and psychosocial aspects of neuropathic pain patients. *Rev Dor*. 2016;17(1):79-84. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160055>
23. Mosier JM, Hypes C, Joshi R, Whitmore S, Parthasarathy S, Cairns CB. Ventilator strategies and rescue therapies for management of acute respiratory failure in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2015;66:529-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.04.030>
24. Stübe M, Cruz CT, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Perceptions of Nurses and Pain Management of Cancer Patients. *Rev Min Enferm*. 2015;19(3):704-10. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150053>
25. Kraychete DC, Garcia JBS, Siqueira JTT e Grupo de Especialistas. Recommendations for the use of opioids in Brazil: Part IV. Adverse opioid effects. *Rev Dor*. 2014; 15(3):215-23. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140047>
26. Yang Z, Yang R, Kwak MJ, Qdaisat A, Lin J, Begley CE, et al. (2018) Oncologic emergencies in a cancer center emergency department and in general emergency departments countywide and nationwide. *PLoS ONE*. 13(2): e0191658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191658>

Recebido: 20.08.2017

Aceito: 13.08.2018

Autor correspondente:

Cássia Regina Vancini Campanharo

E-mail: [cvancini@unifesp.br](mailto:cvancini@unifesp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-7688-2674>

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.