

Dor Aguda na Emergência: Avaliação e Controle com o Instrumento de MacCaffery e Beebe

Acute Pain in Emergency: Evaluation and Control through MacCaffery and Beebe Instrument

Kátia Cilene Godinho Bertoncello^{a*}; Luciana Bueno Xavier^a; Eliane Regina Pereira do Nascimento^a; Lúcia Nazareth Amante^a

^aUniversidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Multidisciplinar em Saúde.

*E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

Resumo

A dor aguda é um dos principais motivos da busca pelos serviços de emergência, configurando-se em um verdadeiro problema de saúde pública e caracterizando-se como um sintoma valioso na investigação e definição do diagnóstico do paciente. Dessa forma, este estudo objetivou conhecer a evolução da dor aguda, do paciente internado na Unidade de Emergência, de um Hospital de Ensino do Sul do País, com a utilização da Escala Numérica Verbal de Dor, bem como avaliar e controlar a dor aguda do paciente, utilizando o instrumento proposto por *McCaffery* e *Beebe*. Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa, tipo transversal, descritivo. A coleta ocorreu na Unidade de Emergência de um Hospital de Ensino do Sul do Brasil, entre julho a setembro de 2012, com uma amostra por conveniência, de 24 pacientes adultos, internados na emergência com queixas álgicas (Parecer nº 2023/2012). As dores, de forte intensidade foram o motivo principal na procura da emergência. Os analgésicos simples foram os mais utilizados, seguidos pelos opióides e por anti-inflamatórios não hormonais. O instrumento auxiliou a enfermeira, no registro das ocorrências e evolução relacionada à dor. Contudo, observaram-se fragilidades na sua utilização. Espera-se que essa investigação incentive enfermeiros a elaborarem e a validarem, instrumentos brasileiros, viáveis para a dinâmica da realidade presente, mas que controle e avalie a dor aguda de pacientes, em unidades de emergência, bem como de protocolos que otimizem o cuidado de enfermagem, prestado ao indivíduo com problema álgico em emergência.

Palavras-chave: Medição da Dor. Enfermagem em Emergência. Dor Aguda.

Abstract

Acute pain is one of the main reasons for seeking the emergency services being considered a true public health problem and featuring a valuable symptom in research and definition of the patient's diagnosis. Thus this study aimed to understand the acute pain evolution, the patient hospitalized at the Emergency Unit, a South Teaching Hospital of the country, using the Verbal Numeric Pain Scale; and to evaluate and control acute pain patients using the instrument proposed by McCaffery and Beebe. This was a study with a quantitative, cross-sectional, descriptive approach. The collection was held at the Emergency Unit from the South Teaching Hospital in Brazil, from July to September 2012, with a convenience sample of 24 adult patients admitted to the emergency room with pain complaints (Opinion nº. 2023/2012). The high intensity pain was the main reason in the emergency demand. Simple analgesics were the most used, followed by opioids and nonsteroidal anti-inflammatory hormone. The instrument helped the nurse concerning the record of the events and the evolution of the clinical signals regarding the pain. However, there were weaknesses in their use. It is hoped that this research encourage nurses to develop and validate the Brazilian instruments, feasible for the dynamics of our reality, but also that they monitor and evaluate the acute pain patients in emergency units and protocols that optimize care nursing, which is provided for the individual with painful problem in the emergency departments.

Keyword: Pain Measurement. Emergency Nursing. Acute Pain.

1 Introdução

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública. Assim, a dor aguda é um dos principais motivos da busca pelos serviços de emergência, configurando-se em um verdadeiro problema de saúde pública e caracterizando um sintoma valioso na investigação e definição do diagnóstico do paciente¹.

Os estudos frente ao fenômeno doloroso vêm ganhando destaque na última década, denotando a importância da temática frente ao processo assistencial realizado pela equipe de enfermagem. Contudo, o atendimento adequado ao paciente com queixas álgicas ainda se configura um desafio,

resultando no subtratamento da dor, uma vez que, o ato de medir o fenômeno álgico está intimamente relacionado em observar e ouvir atentamente e, sobretudo, acreditar na queixa dolorosa que o paciente refere².

O controle ineficaz da dor ocorre devido à falta de conhecimento por parte dos profissionais médicos e enfermeiros que, frequentemente, demonstram concepções inadequadas em relação à avaliação, mensuração e manejo adequado da dor. A dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desta lesão³.

O tema proposto, de dor aguda, vem sendo discutido com maior ênfase a partir de 1996, quando o Presidente da Sociedade Americana de Dor, *American Pain Society*,

introduziu a frase dor como o quinto sinal vital, enfatizando a importância de avaliar a dor tanto quanto os outros quatro sinais vitais⁴.

No Brasil, o interesse das instituições na acreditação e certificação de qualidade de serviços hospitalares por programas como os propostos pela Organização Nacional de Acreditação - ONA e pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO, evidenciou a importância da segurança e qualidade nos cuidados oferecidos aos pacientes, incluindo aqueles relativos ao controle efetivo da dor⁵.

Considera-se que a dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde, que atua nos serviços de emergência. Logo, o manejo da dor é tarefa complexa nas diversas instituições de saúde nacionais e internacionais. A completa avaliação serve para guiar a conduta terapêutica apropriada, o que permite um tratamento eficaz e um seguimento do paciente de forma confiável².

Ao observar a dinâmica de atendimento da Unidade de Emergência Adulto do Hospital de Ensino do Sul do País foram identificadas algumas fragilidades existentes no processo de identificação e de manejo e avaliação da dor aguda de pacientes, que procuravam este serviço.

Estas dificuldades se caracterizavam, pela subavaliação da queixa de dor, julgada pelo profissional de saúde, bem como a não valorização desta queixa, por tabus, que envolvem o paciente queixoso, como também o pensamento do cuidador que o acompanha, de que o mesmo deseja chamar a atenção familiar, e que muitas vezes é insistente, ou até mesmo hipocondríaco, e mesmo por medo de viciá-lo em analgésicos.

Somadas a estas situações, vivenciadas, com o fato de muitas medidas analgésicas utilizadas serem parcimoniosas, e de não encontrar, na literatura, instrumentos de construção nacional, que avaliem este fenômeno, do paciente com dor na emergência. Buscou-se a resposta para a seguinte questão: é possível o enfermeiro utilizar instrumentos de identificação, avaliação e controle da dor na Unidade de Emergência? Estes instrumentos podem melhorar a assistência do enfermeiro, para o paciente com dor aguda na Unidade de Emergência?

Diante desta problemática, o presente estudo visou contribuir na assistência ao paciente, com queixas álgicas, através da identificação da dor aguda, com a utilização da Escala Numérica de Avaliação da Dor e um instrumento para avaliação e controle da dor aguda em emergência, proposto por *McCaffery e Beebe*⁶. Estes instrumentos foram escolhidos por ter acreditado, ser de fácil, entendimento e aplicabilidade por enfermeiros, no setor de emergência, com vistas a aperfeiçoar a assistência.

Desta forma, considerando o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional e que desempenha papel fundamental, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes em Unidades de Emergência, inclusive no manejo

da dor, realizou-se este estudo, que objetivou: conhecer a evolução da dor aguda, do paciente internado na Unidade de Emergência, de um Hospital de Ensino do Sul do País, com a utilização da Escala Numérica Verbal de Dor; e avaliar e controlar a dor aguda do paciente, utilizando o instrumento proposto por *McCaffery e Beebe*.

2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, descritivo, com pacientes da Unidade de Emergência Adulto, do Hospital de Ensino do Sul do País. Este serviço de emergência adulto possui uma demanda de atendimento, em média de 250 pacientes ao dia, 178 internações por mês e atende, principalmente, casos clínicos e em menor proporção casos cirúrgicos.

O setor é dividido em duas áreas de assistência: Serviço de Emergência Interno - SEI e Repouso. No SEI são atendidos os pacientes encaminhados e referenciados das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento, bem como aqueles que chegam por meio de serviços móveis de urgência, tais como: Serviço de Atendimento Médico de Urgência -SAMU e Bombeiros. Na área do Repouso estão dispostos 13 leitos, sendo um de isolamento, em que os pacientes aguardam liberação de vagas nas unidades de internação ou a própria alta.

A amostra foi por conveniência, desta forma, foram convidados a participar deste estudo 24 pacientes com dor aguda, que deram entrada no repouso da emergência, no período de coleta de dados, que foi entre os meses de julho a setembro de 2012, e que atenderam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão, para participação, foram os pacientes terem dor aguda como queixa principal, idade igual ou superior a 18 anos, estarem conscientes, conforme avaliação da Escala de Coma de *Glasgow*, estarem internados na emergência há mais de 24 horas e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o critério de exclusão foram os pacientes que obtiveram alta da emergência, com menos de 24 horas de observação da dor aguda. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 2023/2012.

Para o início da coleta de dados foi utilizado o censo diário do setor, para identificação do paciente e do seu leito. Durante a visita diária do enfermeiro, realizou-se o histórico e exame físico completo, aplicou-se o instrumento de avaliação e controle da dor aos pacientes, internados no repouso da há mais de 24 horas na Emergência.

As intervenções medicamentosas analgésicas foram investigadas, junto à prescrição médica, diária do paciente, por meio da observação da checagem da administração, nas últimas 24 horas de internação, de acordo com seu prontuário.

Portanto, para quantificar o sintoma álgico junto ao paciente, utilizou-se a Escala Numérica Verbal (ENV)

graduada de zero a 10, na qual a dor é classificada em dor leve (0 a 2), dor moderada (3 a 7) e dor intensa (8 a 10), e o instrumento proposto por *McCaffery e Beebe*⁶, denominado diário da dor.

Este instrumento propõe avaliar o impacto da dor na rotina do indivíduo, por meio de registros, em colunas, iniciando pela mensuração da dor, medicação em uso, sinais vitais, medidas não farmacológicas associadas e avaliação da efetividade das intervenções antálgicas, condizentes com o pico de ação das drogas administradas. Nesta ferramenta há espaço para o registro de dados de identificação do paciente, das medicações, dose e vias utilizadas, permitindo a equipe de enfermagem comparar a evolução e ou alívio da dor referida pelo paciente, com a resposta ao analgésico administrado.

Para aplicação dos instrumentos, seguiram-se 11 etapas: 1) identificação dos pacientes com queixas álgicas durante a passagem de plantão e a visita diária da enfermeira; 2) identificação do local, início e duração do fenômeno álgico à beira do leito, seguido de exame físico; 3) mensuração da intensidade da dor, através da escala numérica verbal - ENV de dor; 4) aferição dos sinais vitais do paciente no momento da queixa; 5) verificação de medicações analgésicas nas últimas 24 horas, junto à prescrição médica; 6) escolha da melhor analgesia, conforme escada analgésica para alívio da dor; 7) administração da analgesia, seguindo as cinco certezas para administração de medicamentos, sendo estas: o paciente certo; a medicação certa; a dose certa; a via certa e o horário certo; 8) espera do tempo de ação da medicação, conforme a classe medicamentosa e com reavaliação da queixa álgica; 9) aplicando novamente da escala numérica verbal de dor; 10) após estabilização do fenômeno doloroso, o paciente era informado e orientado quanto à investigação do controle e avaliação da dor aguda em emergência, propondo a participação do mesmo para a coleta de dados; 11) apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise dos resultados, os dados foram inseridos em uma planilha do programa *Excel 12.0 Office 2010*, descritos em números absolutos e percentuais e os resultados representados em Tabelas.

3 Resultados e Discussão

Este estudo compreendeu um total de 24 (100%) pacientes com dor aguda, internados no repouso da Unidade de Emergência, sendo 13 (54%) do sexo feminino e 11 (46%) do sexo masculino. A faixa etária dos pacientes avaliados variou de 18 a 95 anos, portanto com média de 56,5 anos e a predominância de dor em região lombar, representado por cinco pacientes (20,8%) e em membros inferiores (MMII), principalmente nos pés, igualmente constatado em 5 (20,8%) pacientes.

Tabela 1: Caracterização dos pacientes com dor aguda na emergência (n=24). Florianópolis-SC, 2013

Sexo	N %	Idade	N %	Local da dor	N %
Feminino	13 (54%)	18-35	6(25)	Lombar	5(20,85)
Masculino	11(46%)	36-55	13(54,18)	Membros inferiores	5(20,85)
		56-75	4(16,66)	Abdominal	4(16,66)
		75-95	1(4,16)	Cefaléia	4(16,66)
				Torácica	1(4,16)
				Nasal	1(4,16)
				Membros superiores	1(4,16)
				Testículos	1(4,16)
			Região anal	1(4,16)	
			Odontalgia	1(4,16)	
Total	24 (100)		24(100)		24(100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 2 que na primeira avaliação, 15 (62,5%) dos pacientes apresentavam dor intensa, nove (37,5%) dor moderada e nenhum paciente referiu dor leve.

Na segunda avaliação, observa-se a predominância de dor moderada, representada por 13 (54,17%) dos pacientes e o aumento importante, de pacientes que pontuaram a dor como leve.

Tabela 2: Distribuição percentual dos pacientes com dor aguda, na emergência, no primeiro e segundo momento de avaliação, conforme escore de dor (n=24). Florianópolis-SC, 2013

Classificação	Escore de dor	Primeira Avaliação		Segunda Avaliação	
		N	%	N	%
Leve	0-2	-	-	8	33,3
Moderada	3-7	9	37,5	13	54,1
Intensa	8-10	15	62,5	3	12,5
Total		24	100%	24	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

As prescrições analgésicas foram categorizadas em três grupos, de acordo com os analgésicos encontrados: analgésicos simples (dipirona e paracetamol); antiinflamatório não hormonal (tenoxicam) e opióides (tramadol/morfina).

Tabela 3: Distribuição percentual dos pacientes com dor aguda, na emergência, de acordo com analgesia prescrita e recebida durante atendimento inicial e escore de dor (n=24). Florianópolis-SC, 2013

Analgésia	Com efeito		Efeito parcial		Sem efeito		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analgésico simples	7	46,6	2	66,6	4	66,6	13	54,1
Analgésico não hormonal	2	13,3	-	-	1	16,6	3	12,4
Opióides	6	40	1	33,3	1	16,6	8	33,3
Total	15	100	3	100	6	100	24	100

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme as classes analgésicas, observou-se que os analgésicos simples foram as medicações mais utilizadas, no tratamento inicial da dor aguda, sendo aplicadas para 13 pacientes (54,1%), e correspondeu a sete (29,1%) das drogas

de primeira escolha, que surtiram efeito satisfatório, seguido dos opióides, no qual oito (33,3%) dos pacientes receberam a medicação e seis (25%) pacientes obtiveram alívio da dor, com o opióide administrado.

Tabela 4: Distribuição percentual dos pacientes, com dor aguda, na emergência de acordo com escore de dor e alteração de níveis pressóricos durante o tratamento inicial (n=24). Florianópolis-SC, 2013

Classificação	Escore de dor	Hipotenso* N %	Normotenso* N %	Hipertenso* N %	Total N %
Leve	0-2	-	-	-	-
Moderado	3-7	-	5 (41,6)	2 (28,5)	7 (29,1)
Intenso	8-10	5 (100)	7 (58,3)	5 (71,4)	17 (70,8)
Total		5 (100)	12 (100)	7 (100)	24 (100)

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação às alterações dos níveis pressóricos, em pacientes com dor, na emergência, observou-se que dos sete (100%) pacientes que apresentaram elevação da pressão arterial, cinco (71,4%) tinham dor intensa e dois (28,5%) dor moderada.

Identificou-se também que, em contrapartida, todos os

cinco (100%) pacientes que apresentaram hipotensão, também referiam dor de forte intensidade.

Notou-se que dos 24 pacientes examinados, 17 (70,8%) queixaram-se de dor intensa, porém mantiveram-se normotensos.

Tabela 5: Distribuição percentual dos pacientes com dor aguda, na emergência, de acordo com escore de dor e alteração da frequência cardíaca durante atendimento inicial (n=24). Florianópolis-SC, 2013

Classificação	Escore de dor	Bradicardia N %	Normocardia N %	Taquicardia N %	Total N %
Leve	0-2	-	-	-	-
Moderado	3-7	1 (20)	6 (33,3)	1 (100)	8 (33,3)
Intenso	8-10	4 (80)	12 (66,6)	-	16 (66,6)
Total		5 (100)	18 (100)	1(100)	24 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os parâmetros normais e alterados da frequência cardíaca dos pacientes correspondem a bradicardia, quando o pulso apresentar batimento menor que 60 batimentos por minuto (bpm), normocardia entre 60 e 100 bpm e taquicardia, quando maior que 100 bpm¹².

As evidências vêm surgindo nos últimos 20 anos, a respeito das diferenças na percepção da dor entre os dois sexos, porém as diferenças exatas e a relevância destas não estão claras. Entretanto, grande parte dos estudos fortalece o resultado encontrado, demonstrando que mulheres apresentam maior frequência de episódios de dor, visto que comparadas aos homens as mesmas correm maior risco de desordens nas quais a dor é um sintoma frequente⁷.

A maior parte da demanda de atendimento do serviço de Emergência deste Hospital é configurada por pacientes adultos, acima de 30 anos e também por pacientes idosos, principalmente, em cuidados paliativos, sendo que nos últimos anos se vêm observando o crescimento no atendimento aos pacientes idosos, com doenças oncológicas. Em estudo sobre a prevalência da dor, autores afirmam que a incidência da dor também merece destaque na faixa etária mais elevada⁸.

A Sociedade Americana de Geriatria estima que cerca de 25% a 50% dos idosos referem dor, e que este índice se estende aos idosos de instituições de longa permanência, em que a presença de dores significativas, não tratadas adequadamente, nestes residentes, atinge de 40% a 80%. Destaca-se, ainda,

que entre os idosos com câncer, internados em casas de saúde, 40% queixam-se diariamente de dor, e cerca de 25% não recebem nenhum tipo de analgésico⁹.

Os resultados vão ao encontro da realidade, do perfil destes pacientes, atendidos nesta emergência do estudo, que chegam com queixas renais importantes e representadas por dor lombar. Outro aspecto relevante é a confirmação das queixas, relacionada ao acometimento vascular, principalmente, devido à trombose venosa profunda, gangrenas úmidas e linfangites, o que caracteriza o setor de emergência, muitas vezes, como porta de entrada de pacientes com complicações de doenças pré-existentes, levando a reflexão sobre as possíveis fragilidades das redes de apoio, que trabalham com a prevenção dessas complicações.

Um estudo, frente à dor, como principal queixa de entrada, no serviço de pronto atendimento também, de um hospital da região Sul do Brasil, mostrou que de todos os pacientes que referiram a dor como queixa principal, as mais frequentes estavam localizadas nos membros superiores e inferiores, relacionadas a fraturas e/ou contusão, apresentadas por 64 pacientes (22,7%), seguidas de dor lombar, que foi apresentada por 52 pacientes (18,5%)⁹. Ressaltando que a emergência estudada não é referência de atendimento a pacientes vítimas de trauma, logo, não foi verificada a incidência da dor em

membros inferiores por esta causa.

A emergência estudada possui profissionais médicos clínicos gerais e de especialidade de cirurgia geral plantonistas, o que representa uma das dificuldades do controle analgésico, para os pacientes admitidos com dor, no setor da emergência, já que muitas prescrições são realizadas por médicos especialistas que não atuam constantemente neste serviço, fazendo com que estes pacientes fiquem em espera, por uma terapia antálgica rápida, que em determinadas situações deveriam ser de imediato.

Portanto, foi frequente a permanência destes pacientes com dor aguda no setor aguardando, respectivamente, um leito definitivo de internação e de seu prescritor responsável. Contudo, diante do desconforto álgico, referido pelo paciente, entende-se que a terapia farmacológica é essencial, ao manejo imediato, para o alívio da dor, pois além de minimizar o desconforto, facilita o processo de recuperação e, por isso, não são recomendáveis às interrupções indevidas, e torna o tratamento economicamente compensador para pacientes e instituições⁸.

Os resultados analisados corroboram com estudos, que indicam que, no contexto atual, a dipirona sódica é considerada um dos principais analgésicos, cuja eficácia clínica, principalmente, em dor pós-operatória é relatada em vários trabalhos, especialmente, como adjuvante em cirurgias como hemorroidectomia; a qual em altas doses assemelha-se a administração de opióides como Tramadol e Meperidina¹.

Verificou-se alta utilização dessa classe medicamentosa, para o alívio do processo álgico no setor de emergência do estudo, principalmente, no que se refere à opióides fracos, como o Tramadol, esses têm sido frequentemente utilizados no tratamento da dor em todo mundo, primeiramente, pela crença de que eles causam menos dependência, do que os chamados opióides fortes e também pelo fato de sua prescrição, em alguns países, não exigir o uso de receituário especial¹¹.

Estes autores constataram ainda, que as principais preocupações ao prescrever opióides se vinculam à preocupação de depressão respiratória, dependência psicológica, dependência física, desconhecimento dos efeitos colaterais, medo de tolerância ao opióide e não saber como tratar os efeitos colaterais e as complicações dos mesmos. Apontam, que a baixa e inconstante utilização de analgésicos opióides no setor de emergência é a principal causa da permanência da dor moderada e intensa, em vítimas de trauma e dor aguda em geral¹².

De acordo com os dados apresentados na Tabela 5, os resultados que divergem com a literatura, no que diz respeito às alterações de sinais vitais, no momento da dor são atribuídos, nesta questão, com o fato de ser a área do repouso, um espaço utilizado para a assistência ao paciente internado no setor de emergência, e que este está na maior parte das vezes, mais de 24 horas no serviço, presume-se que o fenômeno doloroso nestes pacientes esteja mais controlado, embora haja aqueles

que dão entrada no setor com picos de dor extremas.

Ressaltando que a dor extrema pode causar, no organismo, diversas alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrintestinais e urinárias, além de prejudicar a movimentação e a deambulação precoces e interromper o sono, gerando cansaço, fadiga e menor motivação para colaborar com o tratamento. Portanto, deve ser interrompido o quanto antes¹³.

Em um estudo frente à avaliação da dor aguda, em pós-operatório de cirurgia cardíaca, as autoras verificaram que mesmo com a predominância de dor leve, entre os pacientes avaliados, no estudo, houve associação e correlação entre a dor e a presença de alterações dos sinais vitais, o que pode ser explicado pela fisiopatologia da dor e nos dados aqui encontrados.

A informação dolorosa leva ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios, que quando liberados de forma intensa e prolongada, produzem alterações no organismo, tais como: taquicardia, vasoconstrição periférica, aumento do consumo de oxigênio e da pressão arterial, taquipnéia, alterações na coagulação e redução da resposta imune. Logo, os pacientes internados na emergência necessitam de avaliação e intervenções constantes no seu processo álgico¹⁴.

4 Conclusão

Observou-se que a dor aguda é um dos principais motivos de busca ao serviço de emergência, sendo as dores de forte intensidade prevalentes nas queixas referidas pelos pacientes.

Dentre as causas que desencadeiam o processo álgico, as dores em região lombar, abdominal, membros inferiores e cefaléia aparecem como fatores principais na procura por atendimento na unidade de emergência, dentre as quais são aliviadas, em sua maioria, por medicações analgésicas simples, que apresentam um bom efeito, no controle da dor, seguido pelos opióides e, por fim, por anti-inflamatórios não hormonais.

Destacou-se a discreta alteração dos sinais vitais investigados, nos quais a maior parte dos pacientes que apresentavam dor moderada à intensa mantiveram pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca dentro dos parâmetros de normalidade.

A utilização das escalas numéricas visuais para mensuração da queixa álgica foi importante e auxiliou, positivamente, na interação entre paciente e enfermeiro, no momento da pontuação da sua dor, apesar de alguns destes pacientes ainda apresentarem alguma dificuldade para quantificá-la.

O instrumento proposto, por *McCaffery e Beebe*, para avaliação e controle da dor auxiliou no registro das ocorrências relacionado à dor que o paciente referia. Contudo, perceberam-se algumas fragilidades, no momento de utilização pela enfermeira da emergência, principalmente, pela dinâmica de atendimento do serviço de emergência, que dispõe de rotatividade intensa de pacientes, com altas transferências e

óbitos, interrompendo, muitas vezes, a conclusão da avaliação e controle da dor aguda.

Justificado, pelo perfil de assistência da enfermeira brasileira, na emergência, em que múltiplas atividades são realizadas ao mesmo tempo, como dividir a assistência direta ao paciente, com o gerenciamento do setor, possibilitou encontrar barreiras relacionadas à continuidade, para preencher todas as variáveis contidas no instrumento, e acompanhar a evolução algíca dos pacientes.

Todavia, entendeu-se como uma limitação desta investigação, a amostra por conveniência de apenas 24 pacientes com queixas de dor aguda na emergência, bem como a escolha e a utilização de um instrumento internacional, já traduzido para a língua portuguesa, mas sem validação transcultural, para uma emergência brasileira.

Espera-se que essa investigação incentive enfermeiros a elaborar e a validarem, instrumentos brasileiros, viáveis para a dinâmica da realidade, mas que controle e avalie a dor aguda de pacientes, em unidades de emergência, bem como de protocolos que otimizem o cuidado de enfermagem, prestado ao indivíduo com problema algíco em emergência.

Referências

1. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(2):283-90.
2. Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves SA, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *J Health Sci Inst* 2010;28(1):35-41.
3. Oliveira RM, Silva LMS, Leitão IMTA. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. *Rev Enferm UFPE* 2010;4(3):53-6.
4. Bertonecello KCG, Sávio B, Ferreira JM, Nascimento ERP. Revisão integrativa dos diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2015;17(1):57-62.
5. Santos SVM, Motta ALC, Miranda RPR, Domingues AL, Sousa Junior DI, Silva Junior SI. Dor e sofrimento na doença crônica: reflexão a partir da “morte de Ivan Ilitch”. *Rev Enferm UFPE* 2016;10(Supl.2):859-66.
6. McCaffery M, Beebe A. Myths & facts: about pain in children. *Nursing* 1990;20(7):81-5.
7. Cavalcanti CDK, Ilha P, Bertonecello KCG. O Cuidado de Enfermagem a Vítimas de Traumas Múltiplos: Uma Revisão Integrativa. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2013;15(1):81-8.
8. Barros SR, Albuquerque AP. Conduas de enfermagem no diagnóstico da dor e a classificação dos Resultados. *Rev Dor* 2014;15(2):107-11.
9. Pereira CA, Mohallem AGC, Guastelli RL. Alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca devida a dor causada pela punção venosa periférica. *Rev Dor* 2010;11(2):140-4.
10. Andrade KM, Okuno MFP, Campanharo CRV, Batista REA. Tradução e adaptação transcultural do “Jones Dependency Tool” para o português brasileiro. *Rev Eletr Inf* 2014;16(4):754-8.
11. Vieira AC, Bertonecello KCG, Girondi JB, Nascimento ERP, Hammerschmidt KSA, Zefeino MT. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *Texto Contexto Enferm* 2016;25(1):1-7.
12. Gatti MFZ, Ferraz MB, Leão ER. Custos hospitalares do diagnóstico e tratamento da cólica renal em um serviço de emergência privado brasileiro. *Rev Dor* 2013;14(1):12-6.
13. Azevedo FMF, Soares MM, Soares SR, Gomes Fazendeiro P, Tanferri de Brito Paranagua T, Queiroz Bezerra AL. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. *Enferm Global* 2012;6(4):70-85.
14. Faria Filho GS, Caixeta LR, Stival MM, Lima LR de. Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pósoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Min Enferm* 2012;16(3):400-9.