



ARTIGO DE PESQUISA

PRESENÇA DA QUEIXA DE DOR EM PACIENTES CLASSIFICADOS SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER

*PRESENCE OF COMPLAINT OF PAIN IN PATIENTS CLASSIFIED ACCORDING TO THE MANCHESTER PROTOCOL
PRESENCIA DE LA QUEJA DE DOLOR EN PACIENTES CLASIFICADOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE MANCHESTER*

Ana Paula da Silva¹, Aline Santos Diniz¹, Francielli Aparecida Araújo², Cristiane Chaves de Souza³

RESUMO

A dor é apontada como principal queixa de pacientes que procuram serviços de urgência, onde a classificação de risco, guiada pelo protocolo de Manchester, tem sido adotada como estratégia de organização do serviço. Este estudo teve por objetivo identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, realizado em unidade de pronto-atendimento. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2011, através de análise de prontuários. A amostra foi de 364 prontuários, calculada considerando o total de pacientes classificados em cada nível de risco. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva. Os resultados mostraram que a dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis 2, 3, 4 e 5 do protocolo de Manchester, sendo que 27,75% dos pacientes apresentaram dor como queixa principal, e 42,86% dor associada à queixa principal. Notou-se ausência de dados importantes como a avaliação da intensidade, duração e localização da dor. Concluiu-se que a dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis II, III, IV e V do protocolo de Manchester. Faz-se necessário capacitar os enfermeiros para avaliação e registros mais acurados da dor. **Descritores:** Dor; Enfermagem; Serviços médicos de emergência; Triage.

ABSTRACT

The pain is identified as the main complaint of patients seeking emergency services where the risk classification, guided by the Manchester protocol, has been adopted as a strategy for the service organizing. This study aimed to identify the presence of pain complaints in different priority levels set in Manchester protocol. It is a descriptive study, quantitative, developed in the emergency care unit. Data were collected between April-May 2011, through analysis of medical records. The sample of 364 records was calculated considering the total number of patients classified into each risk level. For data analysis, descriptive statistics were used. The results showed that pain was present in patients classified at levels 2, 3, 4 and 5 of the Manchester protocol, and 27.75% of patients had pain as the primary complaint, and 42.86% pain associated with primary complaint. It was noted the absence of important data such as the evaluation of the intensity, duration and location of pain. It was concluded that the pain was present in patients classified at levels II, III, IV and V of the Manchester protocol. It is necessary to empower nurses to more accurate pain evaluation and registration. **Descriptors:** Pain; Nursing; Emergency medical services; Screening.

RESUMEN

El dolor es identificado como la principal queja de los pacientes que buscan servicios de emergencia, donde la clasificación de riesgo, guiada por el protocolo de Manchester, ha sido adoptada como una estrategia para la organización del servicio. Este estudio tuvo como objetivo identificar la presencia de las quejas de dolor en diferentes niveles de prioridad establecidos en el Protocolo de Manchester. Es un estudio descriptivo, cuantitativo, realizado en la unidad de cuidados de emergencia. Los datos fueron recogidos entre abril y mayo de 2011, a través del análisis de archivos. La muestra de 364 registros fue calculada considerando el número total de pacientes clasificados en cada nivel de riesgo. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva. Los resultados mostraron que el dolor estaba presente en pacientes clasificados en los niveles 2, 3, 4 y 5 del protocolo de Manchester, y 27,75% de los pacientes tenían dolor como síntoma principal, y 42,86% dolor asociado con la queja principal. Se observó la ausencia de datos importantes, tales como la evaluación de la intensidad, duración y localización del dolor. Se concluyó que el dolor estaba presente en pacientes clasificados en los niveles II, III, IV y V del Protocolo de Manchester. Es necesario capacitar enfermeros para evaluación y registros más precisos del dolor. **Descritores:** Dolor; Enfermería; Servicios médicos de urgencia; Triage.

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São João Del-Rei. ²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São João Del-Rei ³Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro Oeste Dona Lindu.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência devem ser estruturados para prestar assistência a indivíduos em situações de urgência e emergência, que representam, respectivamente, situações em que não há risco iminente de morte, mas requerem atendimento rápido, e situações que requerem atendimento imediato e há risco de morte para o indivíduo⁽¹⁾.

Os pacientes procuram os serviços de urgência com diferentes queixas, dentre as quais se destaca a queixa de dor, que, seja aguda ou crônica, tem sido apontada por estudiosos como o principal motivo de busca dos usuários nos serviços de urgência⁽²⁻⁴⁾.

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão⁽⁵⁾. Apesar de ser reconhecida como um problema, estudo aponta que as repercussões orgânicas do processo algico intenso são subestimadas ou ignoradas por grande parte de médicos e enfermeiros. A subestimação da dor do indivíduo e a não administração de medicamentos para tratá-la são problemas encontrados na prática clínica, sobretudo em serviços de urgência⁽⁶⁾.

Reconhece-se a importância da avaliação da dor nestes serviços e a necessidade de avaliação de todo paciente com queixa algica. Entretanto, por ser um fenômeno subjetivo, frequentemente há dificuldade em sua avaliação⁽⁷⁾. Além disso, o tipo e gravidade da lesão, a intensidade e local da dor, a quantidade e classe de medicamentos utilizados para tratamento desta queixa, o número de funcionários disponíveis para atendimento, a alta demanda de pacientes e de serviço, e poucos recursos materiais disponíveis, contribuem para tornar

mais complexa a avaliação do fenômeno doloroso e seu tratamento⁽⁸⁾.

A partir do ano de 2004, o Ministério da Saúde brasileiro adotou a estratégia do acolhimento com classificação de risco como dispositivo de humanização e de organização das portas de entrada dos serviços de urgência brasileiros. A estratégia prevê que o enfermeiro faça a avaliação inicial do paciente que procura o serviço de urgência e atribua, mediante a orientação de um protocolo direcionador, um grau de risco ao paciente. Desta forma, o atendimento é priorizado de acordo com a gravidade do paciente, o que contribui para diminuição de óbitos e redução de prognósticos ruins decorrentes no atraso no tratamento⁽⁹⁾.

Dentre os diferentes protocolos direcionadores existentes, destaca-se o protocolo de Manchester, que vem sendo amplamente utilizado no Brasil. Este protocolo classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 - pacientes com demandas emergentes de cuidado e que necessitam de avaliação médica imediata; nível 2 - pacientes com demandas muito urgentes e que necessitam de atendimento em até 10 minutos; nível 3 - pacientes com demandas urgentes que devem ser atendidos em até 60 minutos; nível 4 - pacientes com problemas pouco urgentes que podem ser atendidos em até 120 minutos, e nível 5 - pacientes que não possuem demandas urgentes, e que podem aguardar até 240 minutos para atendimento⁽¹⁰⁾.

No que se refere à avaliação de queixas algicas, o protocolo de Manchester reconhece que esta é uma queixa que deve ser incluída na avaliação de um paciente. Segundo esse protocolo, as queixas de dor podem ser avaliadas como queixa principal do doente em fluxogramas específicos (como os fluxogramas de dor abdominal, cefaleia e dor torácica), ou

como queixas secundárias, mediante a utilização da “régua da dor”⁽¹⁰⁾.

A régua da dor é uma escala que classifica em 10 os níveis de dor, sendo que zero representa ausência de dor e 10 a pior dor já sentida pelo indivíduo. Esse instrumento parece ser aplicável aos serviços de urgência e apresenta algumas vantagens: mensura a intensidade da dor e os seus efeitos nas funções normais do indivíduo; combina o uso dos descritivos verbais com uma escala visual analógica; é rápida e fácil de usar e é facilmente ponderada para permitir que a avaliação da dor faça parte do processo de classificação de risco⁽¹⁰⁾.

Embora haja estudos que avaliem as principais queixas de pacientes atendidos em serviços de urgência, desconhecem-se estudos que avaliem como a queixa de dor se manifesta em pacientes classificados nos diferentes níveis de risco do protocolo de Manchester. Sendo assim, delineou-se este estudo, que teve por objetivo identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester.

Este estudo se justifica na medida em que a dor tem sido apontada como um dos principais motivos de busca por atendimento em serviços de urgência e o atendimento a esses pacientes tem, em sua maioria, sido ordenado de acordo com a classificação de risco orientada pelo protocolo de Manchester. Desta forma, conhecer como a queixa de dor se manifesta nos diferentes níveis de classificação poderá orientar os enfermeiros sobre o planejamento da assistência para adequar a avaliação e manejo da dor em serviços de urgência, de acordo com o nível de prioridade do atendimento estabelecido pelo protocolo de Manchester.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de pronto-atendimento (UPA) de um município mineiro. A classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester foi implantada nesse serviço no ano de 2009.

A população do estudo foi composta pelos prontuários de todos os pacientes atendidos na classificação de risco no período de 1º de setembro de 2009 (data da implantação da classificação de risco no serviço) a 30 de setembro de 2010, totalizando 38370 prontuários. A amostra do estudo foi casual, estratificada por cores, calculada considerando o total de pacientes classificados em cada nível de risco. Utilizou-se o cálculo para estimar proporção, estabelecendo 4% como margem de erro e 10% como estimativa de erro, totalizando 364 prontuários, sendo: três prontuários de pacientes classificados na cor vermelha, 32 laranja, 92 amarela, 222 verde, cinco azul e 10 branca. Cabe ressaltar que a cor branca não tem a finalidade de atribuir um nível de prioridade de atendimento aos pacientes, mas sim de quantificar os casos que, por problemas de ordem administrativa e clínica, procuram indevidamente os serviços de urgência para que sejam gerenciados, de forma a diminuir a superlotação desses serviços.

No local de estudo, os prontuários estavam arquivados de acordo com o mês de atendimento. Para escolha dos prontuários da amostra, realizou-se para cada nível de classificação e para os que receberam a cor branca, sorteio manual do mês do ano delimitado para este estudo em que cada prontuário deveria ser buscado. Após o sorteio, os mesmos eram eleitos nas caixas de acordo com a ordem em que estavam

arquivados, obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2011 e consistiu na análise dos prontuários dos pacientes atendidos na classificação de risco, utilizando instrumento de coleta de dados contendo as variáveis de interesse do estudo: sexo e idade do paciente, horário do atendimento, queixa apresentada no momento da classificação de risco, fluxogramas e discriminadores que definiram o nível de prioridade, e nível de prioridade estabelecido. Fizeram parte da amostra os prontuários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: apresentou com letra legível o nome do paciente (excluindo os nomes que deixavam dúvidas em relação ao sexo), descreviam o número de registro do prontuário, a queixa principal apresentada pelo paciente no momento da classificação de risco, o discriminador geral ou específico da classificação e a classificação de risco obtida ao final da avaliação do enfermeiro. Foram excluídos do estudo os prontuários dos pacientes que não passaram pela classificação de risco e os que foram atendidos fora do período de coleta de dados delimitado.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 11.5, utilizando estatística descritiva simples e bivariada, por meio de tabelas de distribuição de frequência.

Este estudo cumpriu com a resolução 196/96 do CONEP sobre pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus/ CEP-HSJD (Parecer nº 14/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados revelou que, dos 364 pacientes estudados, 209 (57,4%) eram do sexo feminino e 155 (42,6%) do sexo

masculino. Com relação à faixa etária, a maioria (294 - 80,8%) dos prontuários analisados não descrevia a idade do paciente. Dos casos descritos, a maioria (20 - 28,6%) pertencia à faixa etária entre 10 a 19 anos, seguida dos pacientes com idade entre 30 a 39 anos (15 - 21,4%), entre 20 a 29 anos (12 - 17,1%), com 60 anos ou mais (11 - 15,7%), com 40 a 49 anos (7 - 10,0%) e 50 a 59 anos (5 - 7,1%).

A presença e localização da dor foram analisadas nos diferentes níveis de classificação de risco estabelecidos pelo protocolo de Manchester e naqueles que receberam a cor branca. Dos 364 pacientes analisados, 101 (27,75%) apresentaram dor em alguma localização corporal como principal queixa para a busca por atendimento na UPA em estudo. Em estudo realizado no Pronto-Socorro Cirúrgico do município de São Paulo, a dor foi encontrada em 90,0% da população estudada, sendo que as dores de média e forte intensidade foram as mais frequentes⁽⁸⁾.

O protocolo de Manchester traz uma régua para avaliação da intensidade da dor que permite várias opções de mensuração de acordo com as características do paciente, como idade e nível de compreensão do mesmo. Esse instrumento combina aspectos da escala verbal descritiva, da escala numérica e descritores referentes à influência da dor nas atividades da vida diária do indivíduo, o que auxilia na avaliação realizada pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco.

A escala verbal descritiva consiste em uma escolha de descritores ordenados numericamente, como: sem qualquer dor, dor moderada e dor severa. O número que corresponde ao descritor é usado para determinar a intensidade da sensação dolorosa em nível ordinal. É uma escala pequena, sendo fácil para o paciente relatar e para o enfermeiro analisar, bem como aplicável para qualquer tipo de dor. A escala

numérica é mais utilizada para a criança graduar sua dor em intervalos de 0 a 10, em que zero significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável⁽¹¹⁾.

Neste estudo, no primeiro nível de classificação, correspondente à cor vermelha, a dor não representou a queixa principal do paciente, o que pode ser explicado pelo fato de que este nível de prioridade classifica pacientes com risco eminente de morte, que normalmente apresentam algum rebaixamento do nível de consciência, que pode afetar a avaliação da dor. O mesmo ocorreu com os pacientes que receberam a cor branca (10 - 2,74%). Estes procuraram o serviço para retorno médico e apresentação de resultados de exames, o que poderia ser realizado em serviços ambulatoriais ou nas unidades básicas de saúde do município.

No segundo nível de classificação, correspondente à cor laranja, foram analisados 32 pacientes, dos quais 10 (31,25%) apresentaram algum tipo de dor. Esses pacientes apresentaram “dor torácica” (7 - 70%), “dor abdominal” (2 - 20%) e “cefaleia” (1 - 10%) como queixas principais.

No terceiro nível de classificação, representado pela cor amarela, dos 92 pacientes analisados, 36 (39,13%) apresentaram a dor como principal motivo para a busca por atendimento. Neste nível, os pacientes apresentaram “dor abdominal” (19 - 52,78%), “cefaleia” (7 - 19,44%), “dor torácica” (7 - 19,44%), “dor lombar” (2 - 5,56%) e “dor cervical” (1 - 2,78%).

Na cor verde, quarto nível de classificação, dos 222 pacientes classificados, 53 (23,87%) apresentaram dor: “cefaleia” (24 - 45,28%), “dor abdominal” (13 - 24,53%), “dor lombar” (5 - 9,43%), “dor torácica” (5 - 9,43%), “dor cervical” (4 - 7,55%) e “dor de garganta” (2 - 3,78%).

Já no nível cinco (cor azul), cinco pacientes foram analisados, sendo que dois

(40,0%) apresentavam “dor torácica” como principal queixa.

Cabe ressaltar que há escassez de estudos publicados que abordem a identificação da queixa de dor nos diferentes níveis de classificação estabelecidos pelo protocolo de Manchester, o que dificultou a discussão dos achados deste estudo com dados da literatura. Sendo assim, recomenda-se que estudos com objetivo semelhante sejam realizados.

Segundo o protocolo de Manchester, cada queixa principal está associada a sinais e sintomas (discriminadores) que definem o nível de risco atribuído ao paciente. A análise deste estudo evidenciou que 156 (42,86%) pacientes tiveram sua classificação atribuída através de resposta positiva ao discriminador “dor”, seguido por “problema recente” (46 - 12,64%), “dor moderada” (40 - 10,99%) e outros (122 - 33,51%). Qualquer tipo de dor que não seja intensa nem moderada classifica o paciente como tendo “dor”, sendo-lhe atribuída a cor verde de classificação. Uma “dor moderada” classifica o paciente no nível III de prioridade (cor amarela), e uma “dor intensa” classifica-o no nível II de prioridade (cor laranja). Um “problema recente” é aquele que o paciente apresenta há menos de sete dias, ou que se agravou dentro deste prazo. A “dor moderada” é referida como uma dor intensa, significativa, mas suportável⁽¹⁰⁾.

O estudo demonstra que a queixa de dor foi a prevalente na UPA referida, tanto como queixa principal (27,75%) ou como queixa associada a outros problemas (42,86%), o que confirma o achado de estudos que apontam que a dor esteve presente na maioria dos casos atendidos em serviços de urgência, sendo descrita inclusive como a principal queixa dos pacientes^(2,4,12).

Nota-se neste estudo que nos casos em que a dor esteve presente como queixa principal, estava localizada em seis regiões do

corpo: cabeça (cefaleia), cervical, garganta, torácica, abdominal e lombar. Foram analisadas em cada uma dessas queixas o discriminador definitivo da classificação de risco e a intensidade da dor apresentada pelo paciente, mensurada pela régua da dor.

Os discriminadores encontrados para a queixa de “cefaleia” foram “dor” (23 - 71,88%), “dor moderada” (4 - 12,50%), “dor severa” (1 - 3,13%), “problema recente” (1 - 3,13%), “história de perda de consciência” (1 - 3,12%), “novos sinais ou sintoma neurológicos” (1 - 3,12%) e “couro cabeludo doloroso” (1 - 3,12%), totalizando 32 pacientes. A “dor severa” se refere a uma dor significativa e insuportável, frequentemente referida como a pior dor sempre. “História de perda de consciência” é presumida quando o doente não se recorda do incidente ou se existir a possibilidade de uma testemunha de confiança que possa dizer se o paciente esteve inconsciente e durante quanto tempo. Caracteriza “novos sinais ou sintoma neurológicos” a alteração ou perda de sensibilidade, enfraquecimento dos membros ou alterações do funcionamento da bexiga ou intestino. E “couro cabeludo doloroso” se refere à dor à palpação da região temporal, especialmente sobre uma artéria⁽¹⁰⁾.

A queixa de cefaleia tem importante significância nos atendimentos de urgência e emergência⁽¹³⁾. Estudo realizado mostrou que a cefaleia esteve entre as principais queixas de pacientes atendidos em serviços de urgência. Entretanto, esta é uma queixa que, na maioria dos casos, poderia ser resolvida em serviços de menor complexidade, como atendimentos ambulatoriais e unidades básicas de saúde⁽¹⁴⁾. Este achado permite inferir que se faz necessário o esclarecimento da população quanto à finalidade do atendimento dos serviços de urgência, minimizando desta forma a superlotação dos mesmos.

Dos 32 pacientes com “cefaleia”, apenas em 21 (65,63%) a intensidade da dor utilizando a régua da dor foi avaliada. Dos casos em que houve mensuração, os pacientes apresentaram nível de dor dois (3 - 14,29%), três (4 - 66,66%), seis (3 - 14,29%) e oito (1 - 4,76%). Estudo relata que a maioria dos profissionais de enfermagem desconhece instrumentos para identificação, quantificação e tratamento da dor⁽¹⁵⁾. Assim, os profissionais de saúde devem receber durante a formação acadêmica conhecimentos sobre farmacologia, técnicas no alívio da dor e a possibilidade de avaliação algica com instrumentos que sejam objetivos e viáveis nos atendimentos prestados⁽⁸⁾.

Em um hospital geral na cidade de Aracaju - SE, os enfermeiros foram questionados acerca do conhecimento e da utilização dos instrumentos de avaliação da dor e observou-se que 59,3% dos enfermeiros desconheciam a existência desses instrumentos. Dentre os que conheciam (40,7%), 72,7% relataram compreender a escala numérica e 54,5% referiram não utilizar os instrumentos de avaliação da dor na prática assistencial⁽⁷⁾. Desta forma, reforça-se a necessidade de as instituições formadoras de enfermagem abordarem de forma mais ampla a avaliação da dor, sobretudo em serviços de urgência, no intuito de formar profissionais que saibam utilizar os instrumentos de avaliação desta queixa disponíveis na literatura.

Foram encontrados cinco pacientes com queixa de “dor cervical”, os quais apresentaram “problema recente” (3 - 0,15%), “dor” (1 - 0,05%) e “traumatismo direto da região cervical” (1 - 0,05%) como discriminadores definitivos da classificação. Quatro deles (80%) tiveram o nível de dor avaliado, sendo classificados em dois (2 - 50%) e três (2 - 50%). Vale ressaltar que se desconhecem estudos publicados que

identificaram a presença desta queixa nos atendimentos realizados em serviços de urgência.

“Dor” (1 - 50%) e “subfebril” (1 - 50%) foram os discriminadores definitivos da classificação nos dois pacientes que apresentaram “dor de garganta” como queixa principal. Diz-se que um paciente está “subfebril” quando apresenta temperatura entre 37,5° e 38,5°⁽¹⁰⁾. Em um caso (50%), não se avaliou o nível de dor e o outro apresentava dor de nível dois (1 - 50%). Estes achados são semelhantes à literatura da área. Estudo realizado mostrou que “dor de garganta” foi a sexta principal queixa de pacientes atendidos em um serviço de urgência, estando presente em 8,89% dos indivíduos avaliados⁽²⁾. Chama a atenção o fato de esta ser uma queixa que não se configura como uma demanda de serviço de urgência, o que pode traduzir uma dificuldade de acesso do paciente ao atendimento em serviços de menor complexidade, ou um entendimento equivocado por parte dos pacientes da finalidade do atendimento em serviços de urgência.

Na queixa de “dor torácica” os discriminadores definitivos da classificação foram “dor precordial” (6 - 28,57%), “dor pleurítica” (6 - 28,57%), “problema recente” (5 - 23,81%), “problema recente: não” (2 - 9,53%), “dor moderada” (1 - 4,76%) e “pulso anormal” (1 - 4,76%), totalizando 21 pacientes. Segundo o protocolo de Manchester, “dor precordial” é classicamente uma dor constritiva no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço. “Dor pleurítica” é uma dor aguda no peito que piora quando se respira, tosse ou espirra. Um “problema recente: não” é aquele que acontece há mais de sete dias e “pulso anormal” refere-se à bradicardia, taquicardia ou ritmo irregular⁽¹⁰⁾.

Entre os 21 pacientes com “dor torácica”, 14 (66,7%) não foram avaliados quanto à intensidade da dor. Nos sete casos em que foi avaliada, dois pacientes (28,57%) apresentaram nível dois de dor, três pacientes (42,85%) apresentaram nível três de dor, um paciente (14,29%) apresentou nível cinco de dor, e um paciente (14,29%) nível seis de dor.

Neste estudo, não houve o acompanhamento dos pacientes com dor torácica até a alta hospitalar. Entretanto, a literatura aponta que muitos pacientes com dor torácica são liberados após uma avaliação inadequada por parte dos profissionais, o que ocasiona um aumento no índice de mortalidade relacionado a doenças cardíacas. Este achado reforça a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam em serviços de urgência acerca da avaliação rápida e execução de intervenções para tratamento da dor torácica, uma vez que essas medidas podem diminuir as complicações relacionadas a doenças cardíacas e aumentar a chance de sobrevivência do paciente⁽¹⁶⁾.

Nos sete pacientes com queixa de “dor lombar”, os discriminadores definitivos da classificação foram “problema recente” (4 - 57,14%), “dor moderada” (2 - 28,57%) e “dor” (1 - 14,29%). Em quatro pacientes (57,15%) o nível de dor foi avaliado. Três pacientes (75%) apresentaram nível de dor três, e um paciente (25%) apresentou nível seis de dor. A queixa de “dor lombar” esteve entre as principais queixas de pacientes atendidos em serviços de urgência em estudos realizados^(2,4,14). Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, a lombalgia se refere a uma queixa crônica, cujo tratamento poderia ser feito no nível de atenção ambulatorial⁽¹⁴⁾. Sendo assim, reforça-se a necessidade de estruturação da rede assistencial no município estudado, com estabelecimento de fluxos contínuos de

atendimento, de acordo com o nível de complexidade demandado pelos pacientes.

Para os pacientes que apresentaram a queixa de “dor abdominal” os discriminadores definitivos da classificação foram “dor moderada” (18 - 52,94%), “dor” (13 - 38,24%), “dor severa” (2 - 5,88%) e “possibilidade de gravidez” (1 - 2,94%), totalizando 34 pacientes. Em 10 (29,41%) dos 34 casos de “dor abdominal” não houve avaliação do nível de dor. Nos casos em que houve mensuração (24 - 70,59%), os níveis de dor variaram de dois a nove, sendo: nível dois (2 - 8,33%), três (7 - 29,17%), cinco (3 - 12,5%), seis (8 - 33,33%), sete (1 - 4,17%), oito (2 - 8,33%) e nove (1 - 4,17%). A “dor abdominal” foi a segunda queixa mais incidente entre os pacientes atendidos em um serviço de urgência, sendo superada apenas pela queixa de “cefaleia”⁽⁴⁾. Neste estudo, a maioria (18 - 52,94%) dos pacientes apresentou “dor abdominal” moderada, o que os classifica no nível III de prioridade segundo o protocolo de Manchester. Assim, o enfermeiro da classificação de risco deve estar atento à avaliação desta queixa, de modo a identificar rapidamente o nível da dor e iniciar as medidas para tratamento da mesma, o que pode interferir na satisfação do usuário com o atendimento recebido.

Observou-se nos prontuários analisados que havia descrição apenas da localização e intensidade da dor, faltando dados relativos ao seu início, duração e irradiação. Além disso, a intensidade não estava descrita em todos os casos. É importante que o enfermeiro explore a queixa de dor, colete dados sobre fatores agravantes, atenuantes e concomitantes, explore indicativos de desconforto causado pela dor e utilize-se de instrumentos que possam auxiliar na sua mensuração e avaliação⁽¹⁷⁾. Por ser o profissional que presta grande parte do cuidado ao paciente que sente algum tipo de

dor, faz-se necessário que o enfermeiro seja dotado do conhecimento de técnicas para alívio da dor e observe a eficácia de suas estratégias. O conhecimento desses profissionais sobre as escalas de dor é fundamental para uma adequada avaliação do processo algico do paciente⁽⁷⁾.

Uma variedade de estratégias para avaliação da dor pode ser utilizada, sendo que cada modo de avaliação fornece informações qualitativas e quantitativas. Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser mensurada por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso, e ainda não existe um instrumento padrão que permita ao enfermeiro mensurar essa experiência tão complexa e pessoal. Porém estão disponíveis algumas escalas que permitem avaliá-la, complementando o processo de análise semiológica do enfermeiro relativo a esta experiência⁽¹⁷⁾.

Como a dor é uma experiência subjetiva, o sujeito é o protagonista de seu próprio diagnóstico, e só pode ser quantificada por quem a sente⁽⁸⁾. Cabe ao enfermeiro respeitar esta condição, interpretar e intervir. Dessa forma, em relação à humanização no cuidado ao paciente com dor, percebe-se que, a partir do momento em que se inicia a aplicação de uma escala junto aos pacientes, o atendimento torna-se mais humanizado, tendo em vista que o paciente passa a ter voz ativa e direito de expressão⁽¹⁷⁾.

No que diz respeito à documentação da avaliação da dor, estudo aponta que este é um problema, mesmo quando da utilização de instrumentos padronizados para registro. No entanto, ressalta-se que registros são importantes para comunicar a evolução do paciente entre equipes de diferentes turnos de trabalho, além de tornarem fonte de dados para pesquisas e para avaliação da qualidade do cuidado⁽¹²⁾.

Desta forma, fica clara a necessidade de capacitação dos enfermeiros no uso de instrumentos que estratifiquem a dor para avaliá-la, além de registrá-la adequadamente, pois esta queixa é definitiva para a atribuição do risco do paciente, e interfere diretamente na satisfação do usuário com o atendimento realizado. Assim, destaca-se a importância da atuação do gerente de enfermagem, que pode planejar ações voltadas ao desenvolvimento de competências clínicas junto à equipe de enfermagem por meio de grupos educativos, e sistematizar a assistência de enfermagem⁽¹⁸⁾, possibilitando assim a construção de indicadores para avaliação da qualidade do cuidado, sobretudo relacionado à avaliação e tratamento da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se com este estudo que a dor esteve presente nos pacientes classificados nos níveis II, III, IV e V do protocolo de Manchester, sendo que 27,75% dos pacientes apresentaram dor em alguma localização corporal como queixa principal e 42,86% apresentaram dor associada à queixa principal, o que nos permite inferir que o objetivo do estudo foi alcançado. Evidenciou-se ainda que a UPA estudada atende a pacientes com quadros urgentes e não urgentes, sendo que alguns poderiam procurar atendimento em unidades de menor complexidade.

A ausência de dados importantes como a avaliação da intensidade, duração e localização da dor limitou a análise dos dados. Deste modo, ressalta-se a importância de o enfermeiro avaliar de forma completa o paciente com queixa de dor, o que permitirá a realização de ações que irão direcionar as atividades para o atendimento das reais necessidades do paciente, além de aumentar a qualidade dos serviços prestados. Dados

relativos ao início, duração, irradiação, fatores desencadeantes e agravantes auxiliam o enfermeiro na melhoria da assistência, proporcionando maior confiança no tratamento prestado, visto que a queixa passa a ser considerada. Desta forma, torna-se imperativo que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, se conscientizem da importância de registrar os problemas que identificam nos pacientes, as intervenções realizadas e o resultado destas sobre o estado de saúde dos indivíduos, de forma a dar visibilidade ao saber da enfermagem.

Embora disponíveis, as escalas de avaliação da dor em serviços de urgência apresentam algumas limitações. No entanto, a utilização desses instrumentos confere maior objetividade ao fenômeno subjetivo da dor, o que justifica o seu uso na classificação de risco. Por combinar diferentes métodos de observação, a régua da dor apresentada pelo protocolo de Manchester facilita a avaliação desse fenômeno pelo enfermeiro. Reforça-se ainda que a avaliação acurada da dor feita pelo enfermeiro na classificação de risco é imprescindível para definição correta do nível de prioridade do atendimento do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1- Oharal R, Melol MRAC, Lausl AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. Rev. Bras. Enferm. 2010 set-out;63(5):749-54.
- 2- Ponte ST, Machado A, Dutra APG, Cardoso J, Lima R. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul- RS. Rev. dor. [Internet]. 2008 [acesso em 2012 maio 28];9(4):1345-9. Disponível em: http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2008/volume_9/n%C3%BAmero_4/pdf/Volume_9_n_4_pags_1345_a1349.pdf

- 3- Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007;36(4):18-27.
- 4- Souza CC, Chianca LM, Diniz AS, Machado TCC. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2012 [acesso em 2012 maio 28];6(3):540-8. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2207/pdf_1013
- 5- International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *Accid. Emerg. Med.* 1994;6(3): 491-292.
- 6- Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005;39(3):325-32.
- 7- Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011;45(1):146-52.
- 8- Calil AM. Avaliação da dor aguda. "In": Calil AM, Paranhos WY, organizadores. *O enfermeiro e as situações de emergência.* São Paulo: Atheneu; 2007. p.149-58.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. 2009 [acesso em 2012 maio 27]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
- 10- Grupo de Triagem de Manchester. *Triagem do serviço de urgência.* 2ª ed. Freitas P, editor. Portugal: BMJ Publishing Group; 2009.
- 11- Rigotti M, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq. Ciênc. Saúde.* [Internet]. 2005 jan-mar [acesso em 2012 outubro 30];12(1):50-4. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>
- 12- Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* [Internet]. 2007 [acesso em 2012 maio 28];15(1):[aproximadamente 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf
- 13- Silva MJ, Figueiredo TGB, Silva VB, Figueiredo FCA, Rodrigues MIS, Pinto JMAG, Brant NDC, Marotta RG. Etiologia da cefaleia nos serviços de urgência: breve revisão. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2010;20(2): 30-33.
- 14- Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Filho MAC. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 fevereiro 8];19(3):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf
- 15- Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LM, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev. dor.* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 fevereiro 8];12(3):221-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000300005&script=sci_arttext
- 16- Ferreira AMC, Madeira MDA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP.* 2011;4(1): 50-6.
- 17- Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital

geral. Texto & Contexto enferm. [Internet]. 2010 Abr-Jun [acesso em 2012 outubro 30];19(2):283-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf>

18- Mendes RF, Gama BMBM, Brito MJM, Vianna MS. Significados e possibilidades que tecem a gerência em enfermagem - o compromisso com a assistência. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 2011 Abr-Jun [acesso em 2012 dezembro 22];1(2):176-189. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/67/138>

Recebido em: 18/12/2012
Versão final em: 10/03/2013
Aprovação em: 10/04/2013

Endereço de correspondência
Cristiane Chaves de Souza
Endereço: Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400.
CEP 35501-296 - Chanadour
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
E-mail: souzac.cris@gmail.com