
CONTROLO DA DOR NO DOENTE URGENTE/EMERGENTE

CAROLINA NUNES MARINI

Tese de Mestrado Integrado em Medicina

2013

CAROLINA NUNES MARINI

CONTROLO DA DOR NO DOENTE URGENTE/EMERGENTE

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Pedro Vita

Categoria – Especialista em Medicina Interna. Professor convidado ICBAS-UP

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Conteúdo

Resumo.....	1
Abstract.....	2
Introdução.....	3
Materiais e Métodos.....	5
Resultados.....	7
Discussão.....	19
Referências.....	25
Anexos.....	30

Resumo

Introdução: A dor é dos sintomas mais comuns que leva os doentes ao Serviço de Urgência. Os estudos na área revelam que este continua a ser dos sintomas mais subtratados neste contexto.

Objectivos: Avaliar a eficácia do controlo da dor no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar do Porto e a satisfação dos doentes.

Metodologia: Entrevista telefónica a doentes que assinaram consentimento informado, num período de 2 semanas, após darem entrada no Serviço de Urgência com dor no discriminador da Triagem de Manchester feita por enfermeiros treinados.

Resultados: Quarenta e dois doentes aceitaram participar do presente estudo. A mediana de dor à entrada pelos registos da triagem foi de 5/10 e referida pelos doentes 7/10, sem diferença estatisticamente significativa. Treze doentes foram analgesiados e 18 medicados pela sua doença de base; nos analgesiados, a medicação mais vezes utilizada foi o paracetamol e o controlo da dor foi eficaz tanto com analgésicos como com terapêutica da causa. A dor mais grave estava associada com menos tempo de espera. A automedicação de 35,48% dos doentes não teve qualquer efeito na dor à entrada ou na evolução à espera de atendimento. Houve controlo da dor em 71,3% dos doentes, tendo alta sem dor ou com dor leve. Quanto à satisfação, 73,8% dos doentes ficou satisfeito com o atendimento nas urgências e o mau controlo da dor foi a principal razão de insatisfação, sendo que os insatisfeitos tinham mais dor à saída. Medicação e tempo de espera não influenciaram a satisfação.

Conclusão: A maior parte dos participantes ficou satisfeita com o atendimento na urgência; a satisfação é multifactorial e o controlo da dor é um desses factores. O controlo da dor neste contexto poderá ter aspectos a melhorar como criação de protocolos de abordagem da dor em urgência e registo sistematizado destes dados.

Palavras-chave: dor aguda, serviço de urgência, satisfação, controlo da dor, analgesia

Abstract

Introduction: Pain is one of the most common symptoms that patients present at the emergency department. Several studies in emergency departments reveal that it still is one of the most undertreated symptoms.

Objectives: Evaluate pain control in the emergency department of Centro Hospitalar do Porto and patient satisfaction.

Methods: Telephone interview to patients who signed informed consent in a 2-week period after presenting in the emergency department with pain on the Manchester's Triage discriminator evaluated by specially trained nurses.

Results: Forty-two patients participated on this study. Pain on arrival was median 5/10 on records and mentioned on interview 7/10; this difference was not statistically significant. Thirteen patients were given analgesics while 18 received medication for their disease; paracetamol (acetaminophen) was more often administered and pain control was effective either with analgesics or cause treatment. Severe pain was correlated with less waiting time. Selfmedication of 35,48% of patients had no effect on level of pain on arrival or during waiting time. There was pain control in 71,3 % of patients who reported none or mild pain on discharge. About satisfaction, 73,8% of patients were satisfied with medical care and bad pain management was the most important complaint of dissatisfaction, with most dissatisfied patients having more pain on discharge. Medication and waiting time did not influence satisfaction.

Conclusion: Most patients were satisfied with medical care on this emergency department. Satisfaction is multifactorial and pain management is one of those factors. Improvements on pain management are necessary, namely on creation of guidelines for acute pain treatment and systematic recordings of this data.

Key-words: acute pain, emergency department, satisfaction, pain management, analgesia

Introdução

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Não é um simples reflexo neurológico, é uma experiência perceptual com componentes emocionais e motivacionais importantes ^[1]. A classificação da dor mais importante deve-se à sua etiopatogenia (somática, visceral ou neuropática) e duração (aguda vs crónica). Neste trabalho, irá falar-se da dor aguda, que se trata de dor por menos de 3 meses e está normalmente associada a lesão tecidual ^[2].

A dor é dos sintomas mais comuns de recurso à urgência hospitalar ^{[2] [3] [4] [5] [6]}. É também dos sintomas mais subvalorizados e submedicados na emergência médica ^[MOTOV]. Apesar de não pôr imediatamente em risco de vida, a dor tem múltiplos efeitos fisiológicos sistémicos significativos que condicionam comorbilidades e alterações do bem-estar físico e mental, e tem impacto sócio-económico; a dor aguda é o início da dor crónica, da qual não se percebe a perpetuação do fenómeno doloroso ^{[7] [8] [9] [10]}.

O impacto do subtratamento da dor levou a que em 1996 a American Pain Society definisse a dor como o quinto sinal vital, sistematizando o seu registo ^[11]; foi adaptado em Portugal em 2003 ^[12], baseado no direito fundamental do tratamento da dor e na existência de meios para esse efeito; e em 2004, a IASP, EFIC (European Federation for IASP Chapters) e OMS (Organização Mundial de Saúde) declaram que o tratamento da dor é um direito humano ^[13].

A avaliação da dor a nível objectivo tem limitações. As escalas podem ser unidimensionais simples e complexas ou multidimensionais. Qualquer escala, aplicada correctamente, permite resultados fidedignos ^[14]. As mais utilizadas são unidimensionais simples pela facilidade de aplicação, sendo as mais habituais: as numéricas, que se baseiam numa gradação da dor por números; as verbais, por palavras pré-definidas de intensidade; e as visuais analógicas, na representação de imagens ^[14]. Há adaptações destas escalas para populações especiais, como crianças e pessoas com alterações cognitivas ^{[15] [16]}. Além da dor referida, a avaliação de manifestações físicas de dor como o esgar de dor ou sinais de desconforto são importantes e muitas vezes o único sinal da dor.

O tratamento da dor não altera o diagnóstico ou impossibilita o tratamento da causa, no entanto denota-se um importante fenómeno de “oligoanalgesia” em urgência ^{[9] [17]}.

Tem havido uma melhoria progressiva na rapidez do tratamento e na sua eficácia, no entanto as lacunas na abordagem da dor em urgência ainda são significativas em todos os estudos publicados a nível internacional.

Existem vários indicadores de qualidade do Serviço de Urgência (SU) ^[18], havendo algum debate de quais serão os mais fiáveis visto as particularidades associadas a este serviço, tal como a exigência de diagnóstico rápido com informações incompletas, a grande afluência de doentes e a falta de privacidade consequente a uma necessidade de vigilância e monitorização ^[19]. A satisfação dos doentes e o controlo da dor são alguns destes indicadores ^[20].

O objectivo deste estudo será primariamente avaliar a capacidade do SU do CHP de fornecer controlo da dor adequado e avaliação da satisfação dos doentes que a este SU recorreram num período de 2 semanas. Como objectivos secundários, irá ser avaliada qual a eficácia da medicação utilizada para esse controlo, qual a influência da precocidade do tratamento e qual a influência da automedicação analgésica antes da entrada no SU.

Apesar do crescente interesse nesta área a nível internacional e nacional, a ausência de estudos publicados em Portugal e da realidade portuguesa sobre a dor aguda foi o impulsionador para a escolha deste tema.

Materiais e Métodos

Realizou-se um estudo prospectivo com análise estatística não paramétrica. Para tal, foram feitas entrevistas via telefone a doentes que deram entrada no SU do CHP entre a última semana de Março e a primeira de Abril em 6 dias por 4-6 horas por dia.

A colheita de dados, aprovada pela Comissão de Ética do CHP (Anexo I), foi feita em dois momentos: inicialmente, através do programa ALERT®, identificaram-se os doentes que deram entrada com discriminador de dor na Triagem de Manchester. A estes doentes foi pedida a participação voluntária e anónima, com assinatura do consentimento informado escrito (Anexo II) para acesso aos seus dados clínicos e pessoais. Numa segunda fase, aos doentes que assinaram o consentimento informado, foram realizadas entrevistas (Anexo III) via telefone com duração de 8 minutos.

Aos doentes que entram no SU, o primeiro passo é a Triagem de Manchester, feita por um enfermeiro, formados para o efeito, que determina a razão de entrada do doente, a orientação para a especialidade mais indicada pelo quadro apresentado e a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade pelo sistema de cor (por ordem crescente de prioridade: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho). Estas decisões baseiam-se em fluxogramas pré-determinados pela queixa principal.

Os critérios para inclusão foram: (1) ter dor no discriminador da Triagem de Manchester efectuada pelos enfermeiros à entrada do SU, (2) serem doentes triados para ser atendidos por Medicina Interna, (3) terem idade acima de 18 anos e (4) terem alta do SU para internamento, outra entidade prestadora de cuidados ou domicílio.

Os critérios de exclusão foram: (1) doentes com comprometimento neurológico (de percepção da dor) ou da consciência (Escala Coma de Glasgow <15), (2) analfabetos, (3) com comprometimento da comunicação (auditiva ou verbal), (4) falecidos no SU e (5) sem contacto telefónico válido no processo clínico.

Irá utilizar-se a escala da dor numérica 0 a 10, em que 0 é dor nenhuma e 10 é a pior dor imaginável. A intensidade da dor é dividida em leve, moderada e grave para propósitos de tratamento na escada analgésica da OMS publicada em 1986. Será assumida a equivalência desta escala de 1 a 3 para dor leve, 4 a 6 para dor moderada e 7 a 10 para dor grave.

Considerou-se que dor 0 a 3 na saída do SU seria um controlo aceitável da dor, visto que apesar de ser considerado dor, até esse valor não se deve alterar medicação instituída, sendo então um valor estável de dor ^[21].

A entrevista foi dividida em 3 partes: antes da entrada do SU, à entrada do SU e evolução e à saída do SU e satisfação. Aplicou-se a escala da dor à entrada do SU, em procedimentos efectuados e à saída do SU. Perguntou-se se o doente automedicou-se com analgésicos e qual medicação utilizou, qual foi a evolução da dor enquanto esperava atendimento e por fim se ficou satisfeito com o controlo da dor e, se não, qual a razão, das quais apresentaram-se três: mau controlo da dor, muito tempo de espera ou outro.

A análise dos dados colhidos foi feita com o software Excel® (Microsoft Office 2010) e SPSS® v21.0 (SPSS Inc.), através de testes não paramétricos. Nestes testes, determinou-se um intervalo de confiança de 95% e assim sendo como significativo um $p < 0,05$.

Resultados

Foram identificados 150 doentes com discriminador de dor na triagem de Manchester (TM). Destes, 54 doentes aceitaram a participação no estudo e assinaram o consentimento informado. Após o contacto telefónico, 42 participantes responderam à entrevista, com uma taxa de resposta de 28%.

A amostra deste estudo tinha 64,3% (n = 27) dos participantes que eram do sexo feminino e 35,7% (n = 15) do sexo masculino (Figura 1), com idades compreendidas entre 25 e 90 anos, sendo a média 59,7 anos e o desvio padrão 15,25 anos (Tabela I).

Figura 1. Distribuição da amostra pelo género.

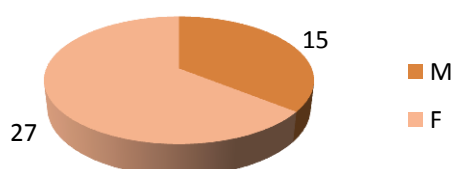


Tabela I. Distribuição da amostra pela idade.

	Média	Mínima	Máxima	Desvio-padrão
Idade	59,7	25	90	15,25

A distribuição do fluxograma-discriminador e prioridade adquiridas através da TM estão abaixo apresentadas nas Tabelas II e III.

Tabela II. Distribuição da amostra pela prioridade atribuída na Triagem de Manchester.

Prioridade	Frequência	Percentagem
Verde	1	2,4%
Amarelo	35	83,3%
Laranja	6	14,3%
Total	42	100,0%

Tabela III. Distribuição da amostra por fluxograma-discriminador efectuado na Triagem de Manchester à entrada do SU.

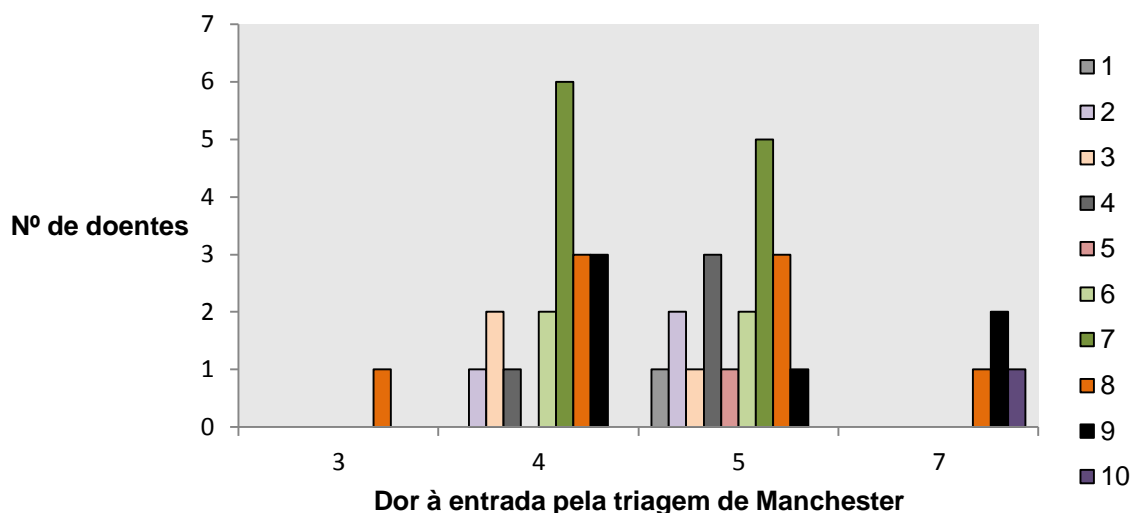
	Frequência	Percentagem
Cefaleia - dor moderada	2	4,8%
Diarreia - dor moderada	3	7,1%
Dispneia - dor pleurítica	11	26,2%
Dor torácica - dor moderada	6	14,3%
Dor torácica - dor pré-cordial	2	4,8%
Dor torácica - dor severa	2	4,8%
Indisposição - dor moderada	5	11,9%
Indisposição - dor severa	1	2,4%
Membros – dor	1	2,4%
Membros - dor moderada	3	7,1%
Queda - dor moderada	1	2,4%
Queixas urinárias - dor moderada	2	4,8%
Vómitos - dor moderada	3	7,1%
Total	42	100,0%

Quanto à aplicação da escala da dor à entrada do SU, existem dois resultados: a dor registada pelos enfermeiros na TM e a referida pelos doentes na entrevista telefónica (Tabela IV). Esta diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,674$, teste de Fisher). Um participante triado com dor leve referiu dor grave à entrevista.

Tabela IV. Escala da dor à entrada do SU.

	Mediana	Mínima	Máxima
Dor pela Triagem de Manchester	5,0	3	7
Dor pela entrevista	7,0	1	10

Figura 2. Distribuição de dor à entrada pela entrevista pelo valor da escala atribuído na Triagem de Manchester.



Na espera pelo atendimento, a maioria dos doentes (85,7%) refere que a dor manteve-se com a mesma intensidade (Tabela V). A mediana da dor à saída do SU foi de 1,5 com 71,4% de participantes com dor controlada (Tabela VI e VII).

Tabela V. Evolução da dor enquanto à espera de atendimento.

Evolução	Frequência	Percentagem
Melhorou	3	7,1%
Manteve-se	36	85,7%
Piorou	3	7,1%
Total	42	100,0%

Tabela VI. Escala da dor à saída do SU.

	Mediana	Mínima	Máxima
Dor	1,50	0	8

Tabela VII. Distribuição qualitativa da dor à saída do SU.

		Frequência	Percentagem
Sem dor		16	38,1%
Dor	Leve	14	33,3%
	Moderada	4	9,5%
	Grave	8	19%
Total		42	100%

Medicação

Nem todos os participantes foram medicados. Dos não medicados, 3 doentes tiveram alta sem receita e 4 com receita, 2 foram internados e 2 foram transferidos. Já os medicados, 18 tiveram medicação pela causa dos seus sintomas, 10 tiveram medicação analgésica e 3 foram concomitantemente medicados com analgésicos e pela causa (Tabela VIII).

Tabela VIII. Distribuição da amostra de acordo com a toma de medicação no SU.

	Frequência	Percentagem
Tratamento de causa	18	42,9%
Analgesia	10	23,8%
Causa + Analgesia	3	7,1%
Alta sem receita	3	7,1%
Alta com receita	4	9,5%
Internamento	2	4,8%
Transferência	2	4,8%
Total	42	100,0%

A primeira questão que se pôs foi a relação da intensidade de dor à entrada e medicação em contexto de SU (Tabela IX).

Tabela IX. Medicação de acordo com escala da dor à entrada do SU.

Dor	Medicação no SU		Total
	Não	Sim	
Leve	1	0	1
Moderada	8	29	37
Grave	2	2	4
Total	11	31	42

Outro ponto importante foi definir qual a medicação escolhida de acordo com a intensidade de dor à entrada (Tabela X). O analgésico mais vezes escolhido foi o paracetamol. Denota-se o uso de paracetamol num caso de dor grave como primeiro analgésico.

Tabela X. Medicação escolhida de acordo com escala de dor como nos registos pela Triagem.

Dor	Diazepam	Diclofenac	Ibuprofeno	Morfina	Paracetamol	Não medicado	Total
Leve	0	0	0	0	0	1	1
Moderada	1	1	1	0	8	26	37
Grave	0	0	0	1	1	2	4
Total	1	1	1	1	9	29	42

Treze doentes foram medicados especificamente com analgésicos para a sua dor. Cinco destes não tiveram a sua dor controlada com uma medicação, necessitando de mais 1 ou 2 analgésicos, reflectido nas tabelas XI e XII.

Tabela XI. Segundo analgésico administrado de acordo com dor da triagem.

Dor	Aspirina	Cetorolac	Morfina	Tramadol	Não medicado	Total
Leve	0	0	0	0	1	1
Moderada	1	1	0	1	34	37
Grave	0	0	1	0	3	4
Total	1	1	1	1	38	42

Tabela XII. Terceiro analgésico administrado de acordo com dor da triagem.

Dor	Diclofenac	Morfina	Paracetamol	Não medicado	Total
Leve	0	0	0	1	1
Moderada	1	0	1	35	37
Grave	0	1	0	3	4
Total	1	1	1	39	42

Quanto à eficácia da medicação e analgesia feitas, analisou-se a escala de dor à saída referida na entrevista telefónica com os registos da medicação nos relatórios de urgência.

Como visto na Tabela XIII, os doentes que foram medicados no SU parecem ter menos dor à saída do que os restantes ($n = 25$). Há uma leve evidência de associação significativa entre estas variáveis ($p = 0,049$, teste de Fisher), e pelo residual ajustado

das células observa-se que $2,2 > 1,96$, mostrando que existe uma associação entre as categorias 'fazer medicação no SU' e 'ter menos dor à saída'.

Tabela XIII. Relação da dor à saída do SU e fazer medicação no SU, com valores absolutos e residuais ajustados.

		Dor à saída do SU		Total
		0-3	>4	
Não fez medicação no SU	Valor	5	6	11
	Residual ajustado	-2,2	2,2	
Fez medicação no SU	Valor	25	6	31
	Residual ajustado	2,2	-2,2	
Total		30	12	42

Medicar é importante para controlo da dor mas procurou-se saber se a analgesia ou a medicação de causa seriam mais relevantes para esse controlo. Para isso analisou-se a dor à saída do SU de acordo com medicação de causa ou analgesia, por um ou mais analgésicos. Ao analisar a mediana e o intervalo interquartil (Tabela XIV), observa-se no grupo que não fez medicação analgésica uma mediana de dor à saída 0,5 e intervalo interquartil de 2 unidades. No grupo com medicação analgésica, a mediana de dor à saída foi 3 e o intervalo interquartil de 3 unidades. Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos medicados ($p = 0,275$, teste de Mann-Whitney).

Tabela XIV. Mediana e intervalo interquartil da dor à saída do SU dos grupos medicados com analgésicos e medicados pelo tratamento de causa.

		Doentes medicados com analgésicos	Doentes medicados pela causa
Dor à saída do SU	Mediana	3	0,5
	Intervalo interquartil	3	2

Procurou-se saber também se o facto de se usar mais do que um analgésico contribuiu para um controlo adequado da dor (Tabela XV). Existe associação significativa entre as variáveis de fazer medicação única ou combinada e a dor à saída do SU ($p = 0,035$, teste de Fisher). Como se vê pelo residual ajustado $2,5 > 1,96$ a relação existe entre fazer medicação única e ter menos dor à saída.

Tabela XV. Relação da dor à saída do SU e fazer analgesia única ou combinada, com valores absolutos e residuais ajustados.

		Dor à saída do SU		Total
		0-3	>4	
Medicação analgésica única	Valor	8	0	8
	Residual ajustado	2,5	-2,5	
Medicação analgésica combinada	Valor	2	3	5
	Residual ajustado	-2,5	2,5	
Total		10	3	13

Tempo de espera

A média do tempo de espera para atendimento foi de 68,90 minutos com desvio padrão de 46,139 minutos e para a toma de medicação foi de 121,59 minutos (Tabela XVI). Estas diferenças de tempo foram baseadas no registo do relatório do episódio de urgência, podendo haver alguma variação com menos diferença porque a prescrição dá-se antes da administração da medicação.

Tabela XVI. Distribuição da amostra pelo tempo de espera para atendimento e toma da medicação.

	Média	Mediana	Mínima	Máxima	Desvio-padrão
Tempo de espera para atendimento	68,90	52,00	16	211	46,139
Tempo de espera para toma	121,59	80,00	18	376	96,721

Para verificar a relação entre a intensidade da dor e o tempo de espera utilizou-se a correlação de Spearman que mostrou-se negativa entre as variáveis ($r = -0,486$), em que ter mais dor implica que será mais rapidamente atendido. Esta correlação é estatisticamente significativa para $p = 0,001$. Verifica-se que esta correlação entre a dor referida e o tempo de espera que mantém-se negativa ($r = -0,013$) mas que não é estatisticamente significativa.

Para determinar se mais tempo de espera para controlo da dor implica pior controlo, ou seja, se mais tempo de espera para a toma da medicação influencia mais dor à

saída, aplicou-se a Correlação de Spearman constatando-se que a correlação é negativa e fraca ($r = -0,160$), mostrando que possivelmente a espera pelo atendimento não influenciará grandemente o controlo à *posteriori* da dor. Não se pode dizer que a correlação é diferente de zero ($p = 0,407$).

Quanto à prioridade e tempo de espera, avalia-se se o tempo de espera para atendimento pelo médico corresponde às normas estabelecidas na Triagem de Manchester dos objectivos de acordo com a cor da pulseira (Objectivos até: vermelho 0'; laranja 10'; amarelo 60'; verde 120'; azul 240') (Tabela XVII). Observa-se que somente em 47,6% dos doentes foram atendidos dentro do tempo objectivo pela prioridade.

Tabela XVII. Distribuição da amostra pela prioridade e tempo de espera para atendimento.

			Tempo de espera (minutos)			Total
			11-60	61-120	121-240	
Prioridade	Verde	Valor	0	0	1	1
		Percentagem	0%	0%	100%	100%
	Amarelo	Valor	20	10	5	35
		Percentagem	57,1%	28,6%	14,3%	100%
	Laranja	Valor	5	1	0	6
		Percentagem	83,3%	16,7%	0%	100%
Total		Valor	25	11	6	42
		Percentagem	59,5%	26,2%	14,3%	100%

Automedicação

Planeava-se avaliar o efeito a auto-medicação em casos que os doentes dão entrada no SU pelo INEM ou recorrem ao médico assistente antes do SU, mas como a amostra não teve participantes nestas circunstâncias, avaliou-se apenas o efeito da automedicação. Assim, observa-se na tabela XVIII que 11 indivíduos da amostra automedicaram-se antes de dar entrada no SU. Todos tomaram esta medicação menos de 8 horas antes de recorrer ao SU. De notar que todos os doentes tomaram paracetamol.

Tabela XVIII. Doentes que se automedicaram e analgésicos utilizados.

	Frequência	Percentagem relativa
Paracetamol	9	90%
Tramadol+Paracetamol	1	10%
Subtotal (automedicados)	10	100%
Não automedicados	32	-
Total	42	-

A análise da mediana e intervalo interquartil da dor à entrada (referida na entrevista) dos doentes automedicados e não-automedicados mostra alguma semelhança (tabela XIX). Conclui-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,553$, teste de Mann-Whitney), ou seja, automedicação antes de recorrer ao SU não diminui valores de dor à entrada do SU.

Tabela XIX. Mediana e intervalo interquartil da dor à entrada do SU dos grupos automedicados e não-automedicados.

		Doentes automedicados	Doentes não-automedicados
Dor à entrada do SU	Mediana	7	7
	Intervalo interquartil	2	4

Quanto à evolução da dor durante a espera pelo atendimento médico, observou-se que não há diferença estatisticamente significativa ($p = 0,173$, teste de Fisher) entre automedicar-se ou não (Tabela XX).

Tabela XX. Distribuição da amostra entre automedicados e não-automedicados na evolução da dor à espera pelo atendimento médico.

		Evolução da Dor			Total
		Piorou	Manteve-se	Melhorou	
Automedicados	Valor	1	28	2	31
	Percentagem	3,2%	90,3%	6,5%	100%
Não-automedicados	Valor	2	8	1	11
	Percentagem	18,2%	72,7%	9,1%	100%
Total	Valor	3	36	3	42
	Percentagem	7,1%	85,7%	7,1%	100%

Apesar de a mediana e o intervalo interquartil parecerem mostrar que a automedicação parece melhorar a dor à saída (tabela XXI), essa diferença não é estatisticamente significativa ($p = 0,756$, Mann-Whitney).

Tabela XXI. Mediana e intervalo interquartil da dor à saída do SU dos grupos automedicados e não-automedicados.

		Doentes automedicados	Doentes não- automedicados
Dor à saída do SU	Mediana	1	2
	Intervalo interquartil	3	6

Satisfação

Nesta amostra, observou-se uma taxa de satisfação com o controlo da dor de 73,8% e insatisfação (total e parcial) de 26,2% (Tabela XXII). Quanto às razões de insatisfação na tabela XXIII, 63,6% dos insatisfeitos apontaram o mau controlo da sua dor no momento do SU, que corresponde somente a 7 de 42 participantes.

Tabela XXII. Distribuição pela amostra da satisfação com controlo da dor.

Satisfação	Frequência	Percentagem
Sim	31	73,8%
Parcialmente	9	21,4%
Não	2	4,8%
Total	42	100%

Tabela XXIII. Razões de insatisfação.

	Frequência	Percentagem relativa
Logística	1	9,1%
Mau controlo	7	63,6%
Muito tempo de espera	3	27,3%
Subtotal (insatisfeitos)	11	100%
Satisfeitos	31	-
Total	42	-

Sendo o mau controlo da dor a maior razão de insatisfação, será importante avaliar se o controlo da dor contribuiu para a satisfação. Quando se compara a dor à saída do

SU com a satisfação, denota-se a nível absoluto que uma grande parte dos doentes satisfeitos tinham sido medicados (tabela XXIV), no entanto conclui-se que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p = 0,120$, teste de Fisher).

Tabela XXIV. Distribuição da satisfação dos participantes de acordo com se foram medicados no SU (quer analgésica ou pela causa) ou não.

		Satisfação		Total
		Sim	Não	
Não-medicado no SU	Valor	6	5	11
	Percentagem	54,5%	45,5%	100%
Medicado no SU	Valor	25	6	31
	Percentagem	80,6%	19,4%	100%
Total	Valor	31	11	42
	Percentagem	73,8%	26,2%	100%

Ainda sobre medicação, procurou-se saber se os doentes que tomaram analgésicos especificamente teriam diferença na satisfação em relação aos outros participantes que também fizeram medicação mas para tratamento de causa (tabela XXV). Não há diferença estatisticamente significativa na satisfação destes dois grupos medicados ($p = 0,208$, teste de Fisher).

Tabela XXV. Distribuição da satisfação dos participantes de acordo com se foram medicados no SU com analgésicos ou pela causa da sua patologia.

		Satisfação		Total
		Sim	Não	
Tratamento de causa	Valor	16	2	18
	Percentagem	88,9%	11,1%	100%
Analgésia	Valor	9	4	13
	Percentagem	69,2%	30,8%	100%
Total	Valor	25	6	31
	Percentagem	80,6%	19,4%	100%

Avaliou-se também se o tempo de espera teve influência na satisfação dos participantes. A maior parte de satisfeitos está no grupo de doentes que esperou menos de 120 minutos ($n = 36$) (Tabela XXVI) mas a mediana tanto dos satisfeitos

como dos insatisfeitos é semelhante (51' vs 55') (Tabela XXVII). E de facto, não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,955$, teste de Mann-Whitney).

Tabela XXVI. Distribuição da satisfação dos participantes de acordo com tempo de espera para atendimento pelo médico.

			Satisfação		Total
			Sim	Não	
Tempo de espera (minutos)	11-60	Valor	18	7	25
		Percentagem	72,0%	28,0%	100%
	61-120	Valor	9	2	11
		Percentagem	81,8%	18,2%	100%
	121-240	Valor	4	2	6
		Percentagem	66,7%	33,3%	100%
Total		Valor	31	11	42
		Percentagem	73,8%	26,2%	100%

Tabela XXVII. Mediana e intervalo interquartil do tempo de espera para atendimento pelo médico pelos participantes satisfeitos e insatisfeitos.

		Satisfeitos	Insatisfeitos
Tempo de espera	Mediana	51	55
	Intervalo interquartil	42	48

Outro factor que se estudou para avaliar a influência na satisfação foi a relação com a intensidade de dor à saída do SU. Como se pode ver na tabela XXVIII, na leitura dos dados parece que os participantes insatisfeitos tiveram mais dor à saída do SU do que os satisfeitos. Comprova-se que houve diferença significativa na satisfação de acordo com dor à saída do SU ($p < 0,001$, teste de Mann-Whitney), ou seja, os doentes insatisfeitos ficaram significativamente com mais dor do que os satisfeitos.

Tabela XXVIII. Mediana e intervalo interquartil da dor à saída do SU de acordo com a satisfação dos participantes.

		Satisfeitos	Insatisfeitos
Dor à saída do SU	Mediana	0	7
	Intervalo interquartil	3	4

Discussão

A taxa de resposta foi de 28% foi aquém do que está descrito numa meta-análise americana ^[60] que menciona 65% de adesão de doentes do Serviço de Urgência (SU) em estudos neste contexto. O pedido de consentimento deu-se na sala de espera ou nos corredores do SU, muitas vezes com o doente ainda em dor antes do atendimento ou dor não controlada após medicação, por isso é provável que esse fosse um factor para menor adesão. Outras alternativas de pedido de consentimento – no momento da Triagem de Manchester (TM) ou no momento da alta administrativa – não seriam apropriadas porque são momentos de maior ansiedade. Escolheu-se esse momento de espera por atendimento, por exames auxiliares de diagnóstico ou pela reavaliação pelo médico para falar com os doentes na expectativa de que estivessem mais receptivos e que se pudesse abranger os mais diferentes doentes (como os que foram transferidos ou internados).

A maior parte teve dor classificada como dor pleurítica devido a dispneia (26,2% dos doentes, n = 11), o que nem sempre os doentes associavam a dor propriamente dita, mas a desconforto. Esta definição de dor pleurítica no fluxograma da dispneia da TM define a prioridade da pulseira amarela mas é possível que tenha havido um viés no tratamento da dor porque a dor não é a queixa mais significativa, mas sim a dispneia. A dor classificada em segundo lugar foi a dor torácica com dor moderada (14,3%) e a terceira foi indisposição no adulto com dor moderada (11,9%). É uma amostra bastante heterogénea, na possível etiologia de dor mas bastante homogénea na prioridade de atendimento em que 83,3 % dos participantes foi atribuída pulseira amarela na TM.

Quanto à intensidade da dor à entrada, existem duas tabelas de distribuição devido a discrepâncias nos registos de dor na TM e posteriormente referidos pelos participantes na entrevista telefónica, em que a mediana é nitidamente inferior da TM em relação à mediana da dor referida pelos participantes. Este fenómeno é visto em outros estudos, atribuindo-se à sobrevalorização da dor pelos doentes ^[22] e/ou à sua subvalorização pelos profissionais de saúde ^[23]. Outra questão, é que se observa uma menor variação do valor mínimo e máximo na TM que na dor referida. Uma possível explicação para este resultado é a maneira como os fluxogramas da TM atribuem prioridade, que é de acordo com categorias de dor leve-moderada-intensa ^[24], não reflectindo o valor exacto da escala. É possível que os enfermeiros, para agilização do processo de triagem, valorizem a determinação da prioridade e não a intensidade da dor. Essa

agilização não prejudica a avaliação da dor, já que verifica-se que o registo pelos enfermeiros e a dor referida pelos doentes é equivalente.

A maioria dos doentes foi medicada (n = 31). É de salientar que 2 doentes com dor grave atribuídos pela TM não foram medicados em contexto de urgência, nem com analgesia nem com medicação pela causa. Isto talvez se deva aos doentes transferidos/internados/com alta que têm o controlo da sua dor fora do contexto de urgência. Salienta-se que a classificação de dor tem outros factores além da dor em si que influenciam a auto-percepção, sendo dependente da percepção que o doente tem da sua saúde e doença, e suas expectativas [25].

Destes 31 doentes medicados, 41,9% dos doentes recebeu medicação analgésica (n = 13), e 18 receberam medicação para a causa. Estes números são sobreponíveis ao que está descrito em publicações internacionais [22] [26] [27]. Na área médica, o tratamento da doença de base condiciona o controlo dos sintomas, mesmo que não seja administrada a medicação dirigida ao sintoma. Exemplo disto é o caso da dor pleurítica associada à dispneia, em que o tratamento da dispneia com broncodilatadores condiciona a diminuição da polipneia e alívio consequente da dor e desconforto associadas. A “oligoanalgesia” em contexto de urgência está documentada pela literatura internacional [22] [28] [29] [30] [31]. Este fenómeno transversal a tantos departamentos de urgências deve-se a inúmeros factores: (1) formação insuficiente dos vários profissionais de saúde na abordagem da dor, (2) opiofobia, (3) preconceitos relativos a sexo e raça que não permitem uma avaliação correcta da dor, (4) défices educacionais aos doentes e (5) complexidade do tratamento da dor [32] [33] [34].

Não existindo protocolo de actuação para a dor no SU do CHP, as linhas orientadoras de prática clínica que serão consideradas são as dadas pela OMS com a Escada Analgésica [35], sendo utilizada actualmente no controlo da dor oncológica e dor em ambulatório em Portugal [36] [37]. O pressuposto deste guia prático é a escalação da medicação conforme o agravamento/persistência da dor, em que dor leve deve ser tratada com paracetamol e AINEs, dor moderada com opióides minor e dor grave com opióides major, sempre com a ressalva em qualquer degrau de adjuvantes. Actualmente, tem-se posto em causa a eficácia desta escada analgésica relativamente ao degrau II de actuação (opióides minor na dor moderada) [38] e aos fármacos e

procedimentos considerados ^[39]. Na relação com este trabalho, o importante é avaliar o tratamento da dor de acordo com a classificação dada pela TM.

Assim, paracetamol e AINEs foram administrados na dor moderada e morfina foi administrada na dor grave. Um doente com dor grave foi medicado com paracetamol, o que não corresponde às indicações pela OMS. Um doente foi medicado com Diazepam, o que se considerou um adjuvante da analgesia, não só pelo seu efeito orgânico de controlo da dor mas também porque está comprovado que o controlo da ansiedade ajuda ao controlo da dor ^[40] ^[41]. A persistência da dor implicou a administração de mais do que um analgésico para controlo da dor em 5 doentes, com uso de AINEs e opióides, todos doentes com dor moderada e grave. A administração de paracetamol como terceiro analgésico dado está em conformidade com a escada analgésica que prevê a associação de não opióides em qualquer momento da escada, no entanto era um doente com dor moderada persistente que já teria tomado analgésicos antes e que não teriam controlado a dor, por isso provavelmente este doente teria beneficiado de um analgésico mais forte.

Quando se avalia a eficácia da medicação no controlo da dor, analisa-se a relação entre fazer medicação e a dor à saída. Verifica-se que quem faz medicação, quer seja analgesia ou para tratamento da causa de dor, sai de facto com menos dor do SU em relação a quem não faz medicação, mas dentro do grupo medicado a diferença entre ser medicado pela causa ou com analgesia não é estatisticamente significativa. Ou seja, é importante ser medicado no SU para controlo da dor, mas não parece ser tão importante se com analgesia ou com medicação para a causa desde que esse controlo seja alcançado. Salienta-se que esta amostra tem somente doentes com patologia médica, não podendo ser extrapolados dados para patologia cirúrgica. Outra razão também é o efeito placebo da actuação médica que promovem diminuição da ansiedade e dor referida ^[42].

Após avaliar a eficácia da medicação que foi administrada, procurou-se saber se a medicação combinada que foi dada fez diferença no melhor controlo da dor, colocando-se a hipótese que talvez mais doentes beneficiariam da polimedicação. Verifica-se, que além de não haver diferença, os doentes que tomaram mais do que um analgésico tiveram pior controlo da dor à saída do que doentes que só fizeram um. Este resultado, além de dever-se a um pequeno tamanho da amostra (n = 13), poderá também significar que o controlo da dor dos doentes com dor mais intensa que

justifique medicação combinada seja mais difícil e por isso estes doentes referiram mais dor à saída do SU.

Não houve doentes que fizessem procedimentos dolorosos no SU, por isso a classificação de dor durante os procedimentos não teve respostas e nenhuma análise poderá ser feita.

O tempo de espera entre atendimento e toma da medicação é indicador de qualidade do SU ^[51]. Não existem dados publicados em Portugal de qual será o tempo de espera médio em Serviço de Urgência. Sabe-se no entanto que muito tempo de espera foi a principal razão de reclamações do Sistema Nacional de Saúde deste serviço em 2009 ^[43]. Neste estudo, a mediana entre o tempo de entrada e o atendimento foi de 52 minutos. E para a administração de medicação, este intervalo é ainda maior, sendo que a mediana de espera chega a 1 hora e 20 minutos quando a referência nos indicadores de qualidade indica analgesia em <30 minutos. Apesar disto, quem tem mais dor é mais rapidamente atendido, como seria de esperar, apesar de não se cumprir os tempos objectivo pela TM. Uma revisão americana sobre o tema refere que a dor referida não tem influência no tempo de espera ^[45], o que corresponde aos resultados desta amostra, sendo mais importante a avaliação pelos enfermeiros. O tempo de espera para atendimento não parece influenciar o controlo da dor à saída apesar de que essa correlação não é linear; talvez uma amostra maior permitisse avaliar melhor este resultado.

Quanto à automedicação, 35,48% dos doentes automedicou-se com analgésicos antes de recorrer ao SU. Não se conhecem dados da realidade portuguesa, mas num estudo francês este dado é de 44% ^[44] e num estudo americano este valor sobe para 57% ^[46]. A automedicação não teve efeito na dor à entrada, o que seria esperado já que é persistência da dor que leva o doente a procurar auxílio médico. Também não teve efeito na evolução da dor enquanto esperava atendimento. Na dor à saída, apesar da mediana e intervalo interquartil serem menores, comprovou-se que não há diferença estatisticamente significativa.

Quanto à satisfação, a maioria dos doentes ficou satisfeito com uma taxa de 73,8%, o que é concordante com a literatura internacional publicada, mas bastante melhor do que os dados de 2009 em Portugal que mostram 45% de satisfeitos. Já nos insatisfeitos, a maioria menciona o mau controlo da dor como razão de insatisfação, e

de facto confirma-se que há diferença estatisticamente significativa na dor à saída entre satisfeitos e insatisfeitos, tendo estes últimos valores mais altos com mediana de 7 e os satisfeitos uma mediana de dor 0 à saída. Na literatura, a satisfação está relacionada com o controlo da dor, mas não é este o único factor ^{[47] [48] [49] [50]}. Está largamente documentado que controlo da dor é um dos 5 factores mais importantes para satisfação no SU, sendo os restantes (1) pouco tempo de espera para atendimento, (2) empatia, (3) competência técnica e (4) informação fornecida ^[51] por isso o SU do CHP não diverge do que acontece em vários departamentos de urgências por todo o mundo.

Não houve influência na satisfação entre ser medicado ou não no SU. Este resultado parece contraditório, porque medicar está relacionado com melhor controlo da dor e este por sua vez está relacionado com melhor satisfação, por isso seria de esperar que ser medicado no SU significasse mais satisfação. Tal não acontece porque (1) medicar nem sempre implica bom controlo da dor, como visto na comparação entre os grupos uni- e polimedicados; (2) existem vários factores para controlo da dor além da medicação em si, como a actuação médica e métodos não farmacológicos de controlo da dor que não foram analisados e que poderão influenciar o controlo da dor nos não medicados, implicando assim boa satisfação apesar de não medicados; e (3) existem vários factores para a satisfação, como descrito acima, que poderão ter mais valor na satisfação do que ser medicado e até mesmo do que o controlo da dor, quer seja por medicação ou não, que não foram contabilizados. A amostra pequena também é relevante neste resultado, já que os não medicados perfazem 11 participantes.

Em vários estudos, a satisfação está relacionada com o tempo de espera ^{[52] [53]}, o que não se verifica nesta amostra. Provavelmente devido às expectativas dos doentes – a maioria dos participantes tinham pulseira amarela, por isso já sabiam que sendo doentes de urgência intermédia teriam que esperar mais pelo atendimento.

Este SU teve 71,3% dos doentes a terem alta com dor < 3, ou seja, doentes com a sua dor controlada. Este valor mostra controlo da dor bastante melhor do que o descrito em variados artigos avaliados para esta análise, que indicam valores entre 32-74% de doentes que têm alta com dor moderada/grave ou analgesia inadequada ^{[22] [23] [26] [27] [44] [49]}. Apesar desta comparação com outros países, é difícil dizer se esta taxa de 28,7% de doentes sem dor controlada é significativa porque desconhecem-se dados nacionais, no entanto poderá ser um resultado passível de melhoria.

A educação e formação dos profissionais de saúde é um ponto importante a desenvolver, visto que num estudo português recente ^[54] desvendou que apesar de haver alguma formação pré-graduada sobre a dor, a integração clínica dos conhecimentos está a falhar e provavelmente influencia a perspectiva dos clínicos sobre a dor. Num estudo canadiano ^[55], esta falha de formação ia mais longe e denotou que Medicina Veterinária tinha mais preparação clínica para avaliação de dor do que Medicina; apesar de ser um resultado interessante, não deixa de ser uma comparação algo injusta porque esse incremento de horas que Medicina Veterinária tem poderá não ter a ver com o estudo da complexidade da dor mas sim da grande abrangência de espécies animais que essa área estuda.

A criação de linhas orientadoras de prática clínica do tratamento da dor aguda na urgência médica seria um próximo passo a dar de forma a otimizar o tratamento destes doentes, como já descrito em outros estudos sobre a problemática do controlo da dor no doente urgente/emergente ^{[10] [58]}, sendo já o próximo passo da OMS ^[56] e estando já documentado que o uso destas melhora de facto o tratamento da dor ^{[10] [57]}.

No SU do CHP têm sido tomadas medidas para melhorar progressivamente o atendimento no SU através de: (1) um relatório final de 2004 do Grupo de Trabalho das Urgências ^[58], ao qual o CHP pertence, para registo de indicadores de qualidade, em que o controlo da dor não está incluído, e criação de protocolos, mas sem especificação neste momento para quais condições urgentes; (2) obtenção em 2009 do ISO 9001/2008 de acreditação europeia da qualidade do serviço, que na sua definição inclui a satisfação dos utentes.

Este estudo, com uma amostra relativamente pequena, demonstrou resultados interessantes que teriam outra dimensão se houvesse acesso a uma base de dados mais alargada. Registo sistematizado destes dados e auditorias programadas ^[59] poderiam ajudar a definir melhor quais os pontos fracos deste SU no controlo da dor e permitir a criação de protocolos de forma a minimizá-los, ajudando a definir metas e melhorando o atendimento e satisfação dos utentes que recorrem a este SU.

Referências

1. Vierck CJ, Hansson PT, et al. (2008) Clinical and pre-clinical pain assessment: Are we measuring the same thing? *Pain* 135;1-2:7-10.
2. Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD (2008) Programa Nacional de Controlo da Dor. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde
3. Cordell WH, Keene KK, et al. (2002) The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 20:165–9.
4. Curtis LA, Morrell TD (2006) Pain Management in the Emergency Department. *EBMedicine.net* 8;7
5. National Institute of Clinical Studies (2011) Emergency Care Acute Pain Management Manual. National Health and Medical Research Council. Canberra.
6. National Institute of Clinical Studies (2011) Emergency Care Acute Pain Management Manual. National Health and Medical Research Council. Canberra.
7. Middleton C (2003) Understanding the physiological effects of unrelieved pain. *Nurs Times* 99:37-28.
8. Gaaker MI, Leishout JM, et al. (2010) Pain management in emergency departments: a review of present protocols in the Netherlands. *European Journal of Emergency Medicine* 17:286-289.
9. Macintyre PE, Schug SA, et al; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2010) *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (3rd edition), ANZCA & FPM, Melbourne.
10. Cantrill S, Brown M, et al (2012) Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department. American College of Emergency Physicians.
11. Fernandes C (2010) The fifth vital sign. *Fed Pract* 27(12):26-28.
12. Circular Normativa N.º 09/DGCG (2003) A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde
13. Cousins MJ, Lynch ME (2011) The Declaration Montreal: Access to pain management is a fundamental human right. *Pain* 152;12:2673-2674
14. Hjermstad MJ, Fayers PM, et al. (2011) European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in

- adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* Jun;41(6):1073-93.
15. Jain AA, Yeluri R, et al. (2012) Measurement and assessment of pain in children--a review. *J Clin Pediatr Dent* Winter;37(2):125-36.
 16. Andrade DC, Faria JW, et al. (2011) The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. *Arq Neuropsiquiatr* 69(2B):387-94.
 17. Walid MS, Donahue SN, et al. (2008) The fifth vital sign--what does it mean? *Pain Pract* Nov-Dec;8(6):417-22.
 18. Schull MJ, Hatcher CM, et al. (2010) Development of a Consensus on Evidence-Based Quality of Care Indicators for Canadian Emergency Departments. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.
 19. International Federation for Emergency Medicine (2012) Framework for Quality and Safety in the Emergency Department. ISBN: 978-0-9873901-1-0
 20. Schull MJ, Guttman A, et al. (2011) Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *CJEM* Sep;13(5):300-9
 21. Tratamento da dor em contexto de poucos recursos (2010) IASP
 22. Kosiński S, Siudut B (2011) [Pain treatment in the emergency department: what do patients think?]. *Anestezjol Intens Ter* Oct-Dec;43(4):234-8.
 23. Guru V, Dubinsky I (2000) The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med* 18:7-12.
 24. Manual do Formando: Grupo Português de Triagem (2002) Triagem no Serviço de Urgência – Grupo de Triagem de Manchester – Manual do formando. BMJ Publishing Group 1997. 2ª edição.
 25. Perrot S, Allaert FA, et al. (2009) “When will I recover?” A national survey on patients’ and physicians’ expectations concerning the recovery time for acute back pain. *Eur Spine J* 18(3):419–429.
 26. Todd KH, Ducharme J, et al; PEMI Study Group (2007) Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* Jun;8(6):460-6.
 27. Fathil SM, Soong NS, et al. (2011) Audit of pain management in the emergency department. *Med J Malaysia* Jun;66(2):89-91.
 28. Stalnikowicz R, Mahamid R, et al. (2005) Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care* Apr;17(2):173-6.

29. Gaakeer MI, Veugelers R, et al. (2011) Acute pain at the emergency department: better treatment required. *Ned Tijdschr Geneesk* 155:A2241.
30. Ware LJ, Epps CD, et al. (2012) Do ethnic differences still exist in pain assessment and treatment in the emergency department?. *Pain Manag Nurs* Dec;13(4):194-201.
31. Oguzturk H, Ozgur D, et al. (2012) Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief - a prospective, randomized, placebo controlled double blind study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* Dec;16(14):1983-8.
32. Rupp T, Delaney KA (2004) Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* Apr;43(4):494-503.
33. Interventions on Acute Pain: Benefits and Barriers (2010) International Association for the Study of Pain.
34. Angela Mailis-Gagnon (2010) Influências Etnoculturais e de Género na Dor. In: Tratamento da dor em contexto de poucos recursos. IASP.
35. Tratamento da dor oncológica (1986) Organização Mundial de Saúde.
36. Dor oncológica e unidades de dor (1999) Unidade do Tratamento da dor do Hospital Distrital do Fundão, Fundão, Portugal.
37. Núcleo de Cuidados Paliativos, Associação portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007) Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Rev Port Clín Geral* 23:457-64
38. Freynhagen R, Zenz M, et al. (1994) [WHO step II-clinical reality or a didactic instrument?]. *Schmerz* Dec;8(4):210-5.
39. Balding L (2013) The World Health Organisation analgesic ladder: its place in modern Irish medical practice. *Ir Med J* Apr;106(4):122-4.
40. Godwin S, et al (2005) Clinical Policy: Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 45:177-196.
41. Craven P, Cinar O, et al. (2013) Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *Am J Emerg Med* Feb;31(2):313-8.
42. Finset A, Mjaaland TA (2009) The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns* Mar;74(3):323-30.
43. Direcção-Geral da Saúde (2010) Direcção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde - Relatório do Sistema SIM-Cidadão.
44. Karwowski-Soulié F, Lessenot-Tcherny S, et al. (2006) Pain in an emergency department: an audit. *Eur J Emerg Med* Aug;13(4):218-24.

45. Wheeler E, Hardie T, et al. (2010) Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs Jun*;11(2):108-14.
46. Heard K, Sloss D, et al. (2006) Overuse of over-the-counter analgesics by emergency department patients. *Ann Emerg Med Sep*;48(3):315-8.
47. Stahmer SA, Shofer FS, et al. (1998) Do quantitative changes in pain intensity correlate with pain relief and satisfaction? *Acad Emerg Med Sep*;5(9):851-7.
48. Downey LV, Zun LS (2010) Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction. *J Emerg Trauma Shock Oct*;3(4):326-30.
49. Jao K, McD Taylor D, et al. (2011) Simple clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management. *Emerg Med Australas Apr*;23(2):195-201.
50. Shill J, Taylor DM, et al. (2012) Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Acad Emerg Med Oct*;19(10):1212-5.
51. Welch SJ (2010) Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual Jan-Feb*;25(1):64-72.
52. Taylor C, Bengler JR (2004) Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J Sep*;21(5):528-32.
53. Pitrou I, Lecourt AC, et al. (2009) Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France. *Eur J Emerg Med Aug*;16(4):177-82.
54. Observdor (2010) Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal - relatório final, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
55. B Sessle (2011) Unrelieved pain: A crisis. *Pain Res Manage* 16(6):416-420.
56. Neeta Kumar (2007) Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO. WHO Normative Guidelines on Pain Management. Geneva.
57. Decosterd I, Hugli O, et al. (2007) "oligoanalgesia" in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 50:462-471.
58. Grupo de Trabalho das Urgências. Reorganização das Urgências Hospitalares. Hospitais EPE.

59. Principles of Emergency Department Pain Management for Patients with Acutely Painful Medical Conditions (2011) International Association for the Study of Pain.
60. Limkakeng AT Jr, Glickman SW, et al. (2012) Are patients with longer emergency department wait times less likely to consent to research? Acad Emerg Med Apr;19(4):396-401.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto

ANEXO II – Consentimento informado

ANEXO III – Entrevista via telefone

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exmo(a).

Carolina Nunes Marini

Aluno(a) do ICBAS

ASSUNTO: Trabalho Académico de MIM - **“Abordagem da dor no doente urgente/emergente”** - N/ REF.^a
377/12(257-DEFI/315-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Urgência, sendo Investigador(a) Principal, o(a) aluno(a) do ICBAS, Carolina Nunes Marini. O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

AutORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. SOLLAMI ALLEGRO

Presidente

Dr.ª ÉLIA GOMES

Vogal Executiva

Dr. PAULO BARBOSA

Director Clínico

Dr. PORTO GOMES

Vogal Executivo

Enf.º EDDUARDO ALVES

Enfermeiro Director

Anexo II – Consentimento informado

Informação ao doente para participação em questionário telefónico

Investigadora: Carolina Marini, Aluna da Disciplina Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio, 6º Ano do MIM do ICBAS/UP.

Venho por este meio solicitar a sua participação no estudo 'Controlo da dor no doente urgente/emergente', realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto e do Centro Hospitalar do Porto.

O objectivo deste estudo é avaliar vários aspectos relacionados com os cuidados prestados no Serviço de Urgência relativamente à dor, pelo que solicitamos a sua participação num inquérito que será realizado por telefone nos próximos dias. Responder ao questionário demora menos de 5 minutos. Os dados recolhidos serão tratados respeitando a confidencialidade e serão divulgados de forma anónima. Os resultados obtidos ficarão disponíveis no acervo da Universidade do Porto após publicação da tese.

A sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento. A aceitação ou recusa de participação no estudo não tem qualquer implicação nos cuidados de saúde que lhe são prestados e visa uma melhoria da assistência no Serviço de Urgência no futuro.

- PARA O UTENTE -

Consentimento Informado para participação em questionário telefónico

Eu, _____,
nascido em ___/___/____, concordo em participar no questionário telefónico e no estudo
'Controlo da dor no doente urgente/emergente', após informação escrita relativamente
ao estudo.

Poderei ser contactado através do número telefónico: +351 _____, num horário
preferencial: _____

Além disso, foi-me dada uma cópia da folha de informação e que a minha participação é
voluntária.

Data: ___/___/____

Assinatura do participante: _____

[Número de episódio do Serviço de Urgência ou anexar colante]:

URG 13 _____

Anexo III – Entrevista via telefone

INQUÉRITO

Participante: _____

1. Dor 0-10 na entrada do SU. Local/tipo de dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2. Auto ou alo medicação para dor antes da chegada no SU?

Sim Não

a. Se sim, qual tipo, dose e frequência?

3. Melhorou, piorou ou igual enquanto esperava atendimento?

Melhorou Piorou Manteve-se

4. Tomou medicação no SU?

Sim Não

a. Se não, levou receita?

Sim Não

5. Dor 0-10 em procedimentos efectuados no atendimento (se aplicável).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

6. Dor 0-10 à saída do SU.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

7. Em geral, satisfeito com a maneira como foi tratada a dor?

Sim Não Não totalmente

a. Razão do descontentamento:

Muito tempo de espera para controlo

Mau controlo

Outro descrição: