

## O ENFERMEIRO DIANTE DA DOR NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

**Janaína Souza de Lira<sup>1</sup>**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil

**Jenifer Rocha de Sousa Campana<sup>2</sup>**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil

**Raquel de Abreu Barbosa de Paula<sup>3</sup>**

Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil. Licenciatura em Enfermagem. Pedagogia. Especialista em UTI - Unidade de Terapia intensiva. Especialista em Estomaterapia. Especialista em Educação em Saúde. Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria. Mestranda em Inovação no Ensino Superior - USCS

**Resumo:** No contexto hospitalar e especialmente na situação de emergência, a doença coloca a pessoa em situação de vulnerabilidade, onde a visão do enfermeiro deve contemplar a organização, implementação e capacitação contínua da equipe. O objetivo geral é identificar o perfil dos pacientes em condições de dor em situações de emergência. O objetivo específico é caracterizar e analisar a atuação do enfermeiro nos pacientes em situação de emergência e o adequado manejo da dor. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura, onde foi identificada a bibliografia potencial, artigos científicos e livros selecionados pela relevância e adequação aos objetivos propostos. Conclui-se que a atuação do profissional enfermeiro frente aos protocolos da dor, necessita de conhecimentos específicos prevenindo consequências indesejadas, utilizando instrumentos para melhor avaliação e intervenção do manejo da dor promovendo a saúde e bem-estar do paciente, em situação de emergência.

**Palavras-Chave:** Dor. Emergências. Medição da Dor. Enfermagem.

**Abstract:** In the hospital context and especially in the emergency situation, the disease puts the person in a vulnerable situation, where the nurse's vision should contemplate the organization, implementation and continuous training of the team. The overall objective is to identify the profile of patients in pain conditions in emergency situations. The specific objective is to characterize and analyze the performance of nurses in patients in emergency situations and the appropriate management of pain. This is an integrative literature review research, which identified the potential bibliography, scientific articles and books selected for their relevance and adequacy to the proposed objectives. It is concluded that the performance of professional nurses in the face of pain protocols needs specific knowledge to prevent unintended consequences, using tools for better evaluation and intervention of pain management, promoting health and well-being of patients in emergency situations.

**Keywords:** Pain. Emergencies. Pain measurement. Nursing

<sup>1</sup> EMAIL: lirasoler14@gmail.com

<sup>2</sup> EMAIL: jenifer.campana@outlook.com

<sup>3</sup> EMAIL: pesquisa.raquel@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A Associação Internacional do Estudo da Dor define a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. (*IASP- International Association for the Study of Pain, 2018*).

O envolvimento do enfermeiro e sua equipe, auxiliares e técnicos de enfermagem, no manejo da dor em unidades de urgência e emergência, deve contemplar organização, implementação e capacitação contínua da equipe. A anamnese e triagem, realizada pelo enfermeiro, e que se abordem o histórico familiar, a frequência com que essa dor ocorre, além de dar a oportunidade ao paciente medir sua dor e desconforto para que haja a melhor escolha da terapia, já que um tratamento inadequado pode trazer maiores complicações.

As unidades que possuem triagem, como um pré-atendimento, podem conduzir o manejo da dor com medidas não medicamentosas, apoiando emocionalmente o paciente, proporcionando um ambiente confortável, tranquilo, onde ele sinta se acolhido até o atendimento com o médico e medicamentoso. (OLIVEIRA, 2016)

A Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, informa, em seu Art. 11, II, c, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

A Resolução do COFEN nº 195/1997, dispõe sobre a legalidade da solicitação de exames de rotina e complementares pelo profissional enfermeiro, como uma atividade complementar à competência do enfermeiro prescrever medicamentos.

As normas atuais permitem a prescrição de medicamentos, inclusive antibióticos, por enfermeiros, dentro de protocolos de programas de Saúde.

A prescrição de medicamentos por Enfermeiros é uma tendência Mundial, assim como no Brasil, já existem muitos países em que os Enfermeiros estão legalmente autorizados a prescrever medicamentos, a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Inglaterra, Irlanda, Suécia, Nova Zelândia, África do Sul, França, Argentina e mais recentemente a Espanha. E para finalizar é importante destacar

que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames é uma prática realizada por Enfermeiros, há mais de vinte anos, o que evidencia que a medida agilizou, dinamizou e rentabilizou os serviços de saúde (COFEN, 2015)

Observa-se que não há o conhecimento da enfermagem sobre as escalas de avaliação de dor, a equipe monitora a dor pela agitação em que o cliente se apresenta, fáceis de dor e a aferição dos sinais vitais após a medicação (SOUZA *et al*, 2013).

As dificuldades relatadas pela equipe na falta de conhecimento estão voltadas a sobrecarga sofrida pela profissão. Concluímos assim que a enfermagem como um todo necessita de capacitação através da educação permanente para a humanização na assistência e responsabilidade do atendimento no manejo da dor nas unidades de urgência e emergência. (OLIVEIRA, 2016)

Tendo em vista a gravidade do paciente na situação de emergência e a intensidade de dor que esse tipo de paciente apresenta, é de extrema importância que as medicações algícas sejam feitas.

O desafio para o enfermeiro é a sua possível contribuição em episódios de dor aguda na emergência, sem a eficácia necessária nos casos atendidos sejam de pacientes que vem ao pronto atendimento com dor crônica porque que estão em busca dos medicamentos e nos casos de dor aguda em que o manejo da dor é desproporcional à sua ocorrência. E por fim, se instala o problema da negligência à realidade da dor em situação de emergência.

Para tanto, cabe a definição das intervenções de enfermagem a serem realizadas para minimizar esta dor.

Este estudo justifica-se pela alta incidência de pacientes atendidos na emergência com dor intensa e inadequada visão e avaliação por parte do enfermeiro no manejo da dor. Estudos mostram grande número de pacientes não sendo atendidos adequadamente na questão da dor.

O objetivo geral é identificar ao perfil dos pacientes nas condições de dor em situações de emergência, e o objetivo específico é caracterizar e analisar a atuação do enfermeiro nos pacientes em situação de emergência e o adequado manejo da dor.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A maioria dos pacientes (90%) foram identificados com dor nos serviços de emergência, com grau de intensidade da dor de média e forte intensidade, sendo que em 48% das prescrições avaliadas não foram encontrados medicamentos para dor (CALIL, 2010).

Os medicamentos para alívio da dor em pacientes com trauma, são pouco utilizados, o controle da dor deve ser feito imediatamente para a assistência do traumatizado, tendo em vista que a dor é o quinto sinal vital, considerado assim desde 2001 pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, sendo de extrema importância ser tratado como prioridade também, visando manter as funções fisiológicas básicas (SOUSA, 2002)

Todos os profissionais de saúde envolvidos com esse perfil de pacientes, são responsáveis e devem pontuar a dor e a intensidade que cada paciente apresenta.

Atualmente, de acordo com o estudo abordado, os profissionais de saúde estão inferiorizando e até negligenciando a dor do paciente e suas intensidades.

Empatia, é um sentimento que não se adota nas escolas técnicas, nas universidades e tão pouco no ensino médio, é questão de caráter, empoderamento e visão empírica. O questionamento principal é: o que é ético para mim, é certo e moral para o outro?

O profissional de saúde, muitas vezes, acaba esquecendo de estar e ser neutro no que diz respeito aos sinais e sintomas deste paciente, o poliqueixoso, em especial, porque existe referências, escalas e medicações adequadas para cada tipo de dor.

Abrangendo todos os tipos de dor e manejo, a enfermagem precisa estar mais alerta, no sentido clínico/físico, mas também na literatura do que se aprende.

Ainda com base nisto, vamos realçar a autonomia deste paciente de referir estas dores, mesmo que em reflexos e duvidoso aos olhos pessoais de muitos, haja visto que, cada um sente de uma maneira.

Na beneficência, destacamos a parte clínica com o comprometimento em aliviar sejam quais forem, física, psicológica e de alma; a não maleficiência atribuída aos profissionais de não sintetizam e/ou causarem dano algum a este

paciente e a justiça, por fim, que visa em especial todas estas essências em uma junção de tudo isto, sempre tendo o foco, o paciente e a sua dor, não cabendo a nós julgar, apenas a adequar as escalas e medidas medicamentosas ou não, para tal. (SOUZA, 2013)

*"Quanto ao não tratamento ou tratamento inadequado da dor, observou-se que a autonomia do paciente é seriamente comprometida quando não lhe é dado o direito de escolher entre as opções de tratamento disponíveis ou ser esclarecido sobre a experiência dolorosa e seu manejo, impedindo participação ativa em seu tratamento. Neste aspecto, ainda há paternalismo entre os profissionais da saúde quando negligenciam a autonomia do paciente, propondo terapêuticas com base em seus próprios pressupostos de adequação, ignorando a opinião daqueles que sentem dor" (SOUZA, 2013).*

Os profissionais da saúde seguem a prescrição à risca, por vezes negligenciando que há alguém que se conhece muito mais do que nós: o próprio paciente. Ele deve ser visto e ouvido para que efetivamente possa colaborar e nos dar apoio frente à sua própria dor, opinando, referindo experiências anteriores ou simplesmente pelo fato de não impor e ouvir, já tornam a ligação médico - paciente - equipe de saúde, agradáveis e de melhor contribuição para todos e com um único objetivo: alívio do sofrimento e da dor do paciente.

Em relação aos medicamentos de uma maneira geral, a analgesia é feita de acordo com o grau apresentado pela paciente, seu nível de consciência em relação a isto e a meia vida desta medicação.

De acordo com os dados apresentadas, é seguro sintetizar que metade dos pacientes entre dor leve e dor severa, obtiveram alguma melhora significativa com o uso de analgesia simples, como Novalgina e Paracetamol, nos levando a acreditar que quando mais inicial e menor a intensidade a dor for perceptível, maior o sucesso de uma medicação simples fazer efeito, logo de início, do que retardando mais, para inutilização dos opioides que por sua vez são mais fortes, e podem ainda de associação medicamentosa.

Então, a fisiologia da dor e anatomia da distribuição não só podem, como estão ligadas com o manejo do profissional da saúde e suas atribuições em relação ao alívio e enfrentamento frente a dor deste paciente.

O que chama atenção no caso das tabelas, são suas vias de aplicação e dosagem; o uso de analgesia simples e apenas quando necessário também é um tabu a se quebrar, porque de acordo com a prescrição médica tanto os analgésicos simples, quanto os opioides podem e em alguns casos devem estar associados afetivamente na prescrição, não sendo apenas uma possibilidade futura, mas sim uma prevenção da dor e suas intensidades.

Embora atualmente existem várias escalas de score da dor, sejam em escala intra hospitalar como a emergencial propriamente dita, ainda é um tabu frente a sociedade da saúde/enfermagem.

Muito se diz que isto é por falta de conhecimento empírico sobre a dor e suas fases, sobre a real identificação da mesma, por parte do profissional de enfermagem, em especial na urgência e emergência. Porém, o questionamento é:

Se o profissional de saúde com sua sensibilidade aguçada para identificação não é realmente habilitado para tal?!

Um grande item para este questionamento é o reconhecimento real dos sinais vitais, saber quais os parâmetros ligados a dor que rebaixam este paciente levando ao óbito; a temperatura, tanto a elevada quanto baixa, são sinais de que o nível de consciência deste paciente pode estar alterado devido a tal; hipotensão e hipertensão, são indicativos de dores decorrentes, tais como cefaleia, algia na região da nuca, tórax, dor epigástrica entre outros, um clássico deste evento como um exemplo, é o paciente que dá entrada no Pronto Atendimento/Socorro com algia intensa em região torácica e a mesma é confundida com flatulências e até mesmo estafa, todos nós conhecemos uma história de infarto fulminante em que o cliente sentiu apenas uma dor súbita e morreu, como também em casos que os sinais e sintomas ficaram velados.

É fundamental tanto quanto a anamnese o primeiro contato com os sinais e sintomas que o paciente apresenta, porque conhecendo isto com propriedade, a identificação de cada dor, posteriormente irá dar o domínio e autonomia a este profissional.

Falando sobre conhecimento, felizmente e pela segurança do paciente, a enfermagem assim como muitas outras, está em uma constante evolução e conhecimento, logo, é de extrema importância de que seus adeptos e profissionais

estejam rigidamente atualizados perante aos aspectos sobre lidar diretamente com a vida.

A tomada de decisão em relação ao enfrentamento da dor na urgência e emergência, requer destreza e rapidez, para agir de forme coerente, justa e técnica. Ao manejo deste paciente, desde que, em escala de prioridade no atendimento seja eficaz e proativa, sabendo lidar com frequentes questionamentos, o paciente que espera, embora empático, encontra-se em um momento de fragilidade emocional devido a dor, o que pode causar até certas decisões e atitudes precipitadas, o profissional de enfermagem também tem que lidar com isto, acalmando sua equipe, distribuindo desde a triagem até a consulta médica as prioridades, levando calma e conforto ao paciente na hora de identificar e levantar dados, do score 0 ao 3 -7.

Falando do paciente mais grave, o manejo deve-se ao alívio imediato da dor, juntamente com a equipe médica, é um paciente delicado, por diversos motivos, mas principalmente pela intensidade em que esta dor irá estar presente, porque em muitos casos, é uma dor persistente.

A Portaria 2048/02, que institui a lei de urgência e emergência nos estados brasileiros tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências do País, tanto pela criação de mecanismos para implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos. (BRASIL, 2002).

De forma geral foi visto que os estudos até aqui levantados apontam que a análise da dor do cliente quando se trata de intervir é restrito a administração de drogas, conforme prescrito, o que há déficits no atendimento ao paciente neste caso.

É importante entender que se trata de dificuldades entre relação paciente e profissional de enfermagem. Ao profissional pela grande demanda de pacientes e quadro reduzido de funcionários, insegurança, falta de empatia etc; do cliente tem a ver com o quadro clínico, não entendimento das escalas aplicadas e aceitação medicamentosa. Devemos ressaltar que por trás de um processo de falha em procedimento, o atendimento está ligado intimamente com a gestão, educação, comunicação e organização.

A falta de avaliação adequada da dor foram levantadas, indicando que a equipe de enfermagem não avalia a dor de forma concisa como indicado, sendo assim não há avaliação na região da dor, frequência, nível da dor, indicadores de piora como posição, respiração; levando complicações até mesmo na evolução do quadro do paciente. A metodologia comumente utilizada para classificar a dor são as escalas de categoria numérica, verbal e visual contudo os colaboradores não as utilizam, o que inviabiliza e prejudica o processo. (SOUSA e col, 2002)

Os estudos conferidos alegam que há uma divergência em otimizar as escalas por parte da equipe de enfermagem, no processo de realizar as escalas e como funcionam. Sendo assim, a falta de utilização de tal ferramenta ou a não importância para tal intervém diretamente para o processo e alívio da dor do paciente. Uma vez que a avaliação é realizada de forma correta irá fortalecer o tratamento. Com base no tratamento que iremos avaliar a necessidade de novas condutas para o manejo da dor em questão, viabilizando inclusive o êxito do tratamento já em andamento.

É perceptível o distanciamento do enfermeiro no processo de consideração do manejo da dor, a não concordância estabelecida e o não entendimento pleno da equipe pode fazer com que não seja empregado de forma correta a avaliação. Dentre as principais queixas feitas pelos profissionais de enfermagem está a sobrecarga de trabalho, a jornada cansativa dos profissionais, demanda alta de pacientes. Contudo a avaliação da dor para o manejo eficaz do paciente é um processo importantíssimo para melhorar esta prática e consequentemente otimizar de forma eficaz e benéfica o manejo deste paciente. Nos países desenvolvidos os pacientes já podem sofrer intervenções medicamentosas ainda na triagem, de acordo com os devidos protocolos nacionais de cada um. Em território brasileiro este processo é exclusivamente realizado pelos médicos. Ainda que a lei que expõe a execução do profissional enfermeiro diz que é também de direito de o mesmo prescrever visando melhorar a analgesia do paciente. É necessário haver mudanças nas políticas de saúde para com tal, para readequar o exercício do enfermeiro, o que está ligado diretamente com a grade curricular das instituições capacitadas de enfermagem. (SOUSA e col, 2002)



Diminuir a dor do paciente é também uma questão de ética e humanização. Uma vez que capacitado para tal, o enfermeiro pode contribuir para a diminuição mais rápida da dor; melhorando inclusive a percepção que o cliente tem do enfermeiro, como já citado anteriormente há uma percepção de falta de empatia e isso também contribui para melhor concomitância entre paciente e enfermagem.

Observa-se que nas unidades de urgência e emergência pediátrica, alguns processos de alívio de dor são não farmacológicos. Bem como, calor, frios, manejo na sucção não nutritiva, pegar no colo etc. Na unidade adulta há métodos sem que não precisam de intervenção de fármacos inicialmente, bem como mudança de decúbito, diálogo, retirar fraldas/roupas sujas, realizar massagens de conforto, banhos, compressas para alívio da dor, atender o paciente e forma autônoma, orientar, aliviar a tensão hospitalar etc. contudo não há uma prevalência maior destas ações nas UUEs. Não há dúvidas da importância do manejo adequado da dor, sendo assim a forma mais eficaz para empregar este processo é a capacitação dos profissionais, através de métodos de educação continuada. É de suma importância a monitorização dos pacientes após analgesias, para avaliar o êxito do tratamento e também se há sofrimento. Ao procurar as Unidade de Urgência e Emergências, os pacientes buscam o alívio rápido da dor, fato que poderia ocorrer precocemente se as políticas públicas permitissem que o enfermeiro realizar analgesia precoce.

Há fatores que impedem ainda o manejo eficaz do paciente com dor, a falta de capacitação e/ou interpretação dos pacientes e a sobrecarga dos profissionais de enfermagem em rotinas cansativas de trabalho.

É de suma importância a capacitação em meio ao empoderamento de toda equipe e conscientização da importância do processo no que diz respeito o manejo da dor. (OLIVEIRA, 2016).

Recomenda-se a classificação da dor dos pacientes atendidos na emergência, em forma de triagem em unidades de pronto atendimento, visando então categorizar a prioridade no atendimento, para que seja atendido de maior para menor complexidade. No SUS temos o acolhimento visado pela Política Nacional de Humanização (PNH), onde ocorre a triagem classificadora para tal. Objetivando

então o contentamento do usuário, atendimento por especificidade correta e diminuição no fluxo de espera.

É determinante o papel do enfermeiro realizar a triagem classificatória, de acordo com a Resolução nº 4423/2012. Onde o mesmo tem que está habilitado para tal, tendo ciência dos deveres. (SILVA, et al 2014 ; COFEN.2012).

O Parecer do COREN-SP 024/2013, institui a Competência para aplicação e avaliação de escalas da dor, considerando a legislação do exercício profissional de Enfermagem e as características das escalas de dor, quando se tratar de escala categórica numérica/verbal ou escala analógico-visual. O Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem podem realizar sua aplicação, observando sempre o disposto na prescrição de Enfermagem, respectivamente: anotação de Enfermagem e comunicação ao Enfermeiro. No entanto, quando do uso de escalas multidimensionais, somente competem ao Enfermeiro a sua aplicação e avaliação.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dor, a dor entra como o quinto sinal vital; o mesmo quesito de avaliação dos outros 4 (temperatura, respiração, pulso e pressão arterial). Resposta sintomática do organismo quando há algo irregular, tendo em vista que ter dor não é o estado normal de uma pessoa. Com base nisso o enfermeiro responsável pela triagem deve se atentar as queixas álgicas para melhor trata da causa sintoma do cliente. (VIVEIROS et. Al, 2018)

Diferentemente do passado, onde a ordem de atendimento consistia pela chegada do paciente, atualmente em redes públicas e privadas se usa o método de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), com objetivo não muito diferente do citado anteriormente, de atender por nível de gravidade do paciente. É de grande importância ressaltar que o protocolo de Manchester tem com o grande pilar no AACR brasileiro; sendo que varia de instituição para instituição e aprimorando-se de atendimento para atendimento. Visando o exame físico, tratando se da queixa álgica que levou o paciente até o pronto atendimento.

Utiliza-se de cores para a identificação do paciente no âmbito hospitalar, para que todo o corpo de colaboradores possam tratar de forma eficaz e de acordo com o classificado. Sendo assim, usa-se de: vermelho (emergência); amarelo (urgência); verde (menos urgente); azul (não urgência), do superior para o inferior no critério de

atendimento médico e especialidades. Diversificando o citado, no protocolo de Manchester inclui a cor laranja (muito urgente). (OLIVEIRA et al, 2017)

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a dano presente, potencial, ou descritas em termos de tal dano, de acordo com a Associação Internacional de Estudos da Dor. Ainda que a análise da dor seja algo particular, atualmente encontramos recursos para uniformização da assistência voltada para o paciente que são portadores de doenças ou danos com caracterização algica.

As dores são classificadas por duas características clínicas sendo elas, unidimensional ou multidimensional. A característica unidimensional tem como objetivo avaliar apenas a intensidade, quando se é utilizado por exemplo, escalas numéricas, analógico-visuais e nominais, já a multidimensional averigua mais a fundo buscando avaliar a complexidade (intensidade, localização e qualidades sensoriais e afetivas) da dor.

Infelizmente, ainda existem profissionais da saúde que não tem o devido conhecimento sobre o impacto da dor, muitas vezes também subestimando a complexidade da dor do paciente. É importante ressaltar que a dor é uma vivência extremamente individual, em diversas escalas e especificidade.

A sensação de dor e desconforto é sentida pela maioria dos pacientes no pós-operatório de cirurgias abdominais, por exemplo. Os pacientes queixam-se de dor, sendo esta responsável pela respiração superficial, conseqüente uma diminuição da capacidade vital, capacidade residual funcional, retenção de secreção e atelectasia. (SMELTZER, 2009; SBED,2009)

Essas modificações precisam ser minimizadas o mais rápido possível, tanto pela conduta analgésica adequada, quanto pelas intervenções da fisioterapia respiratória, segundo Xavier, et al (2005). A fisiopatologia da dor está associada aos estímulos nociceptivos ou com a hipoatividade do sistema supressor de dor, sendo analisada de acordo com cada experiência do indivíduo. A dor pode causar no organismo diversas alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrintestinais e urinárias, além de prejudicar a movimentação e a deambulação precoces e interromper o sono, gerando cansaço, fadiga e menor motivação para colaborar com o tratamento. No pós-operatório de cirurgias abdominais por exemplo,

é um indicador importante para se avaliar os danos físicos e psicológicos dos pacientes submetidos a cirurgias. Sendo assim, a analgesia é um aspecto relevante neste período, indispensável para o bem-estar do paciente e para a obtenção de sua cooperação. Visto que a dor pós-operatória pode influenciar na recuperação do paciente, o seu controle implica em adequar o tratamento analgésico às necessidades de cada indivíduo. (DEMITRE, 2014).

Instrumentos usados para averiguar a dor auxiliam a comunicação entre paciente e profissional, tornando admissível definir a incidência, a duração, a intensidade e o alívio da dor obtido, mediante as diversas técnicas analgésicas usadas, o método mais utilizado é o farmacológico, pois o seu efeito é mais rápido de acordo com Andrade et al (2010).

Sabe-se que a dor torácica é uma ocorrência sintomática consideravelmente constante e complexa, podendo ser decorrente de causas cardíacas e não-cardíacas de múltiplos mecanismos fisiopatológicos, apresentando-se de maneira aguda ou cronicamente, com expressão clínica muitas vezes de difícil distinção entre as diferentes etiologias.

Apenas 10 a 15% dos pacientes que vão até a sala de emergência se queixando de dor torácica retratam infarto agudo do miocárdio e menos de 1% retrata embolia pulmonar ou dissecação torácica, entretanto, mais de 50% são hospitalizados para investigação, tendo como objetivo descartar a hipótese de infarto agudo do miocárdio. Vale ressaltar que, 5% dos pacientes com dor torácica e infarto agudo do miocárdio tem alta sem o diagnóstico confirmado. É possível observar que existe uma importância social e econômica relacionada à dor torácica. A social, por esta dor atingir milhares de pessoas em todo o mundo e possuir uma alta taxa de mortalidade. Econômica, pois a realização de um atendimento rápido e eficaz em pacientes com dor torácica nas unidades de dor torácica pode diminuir os custos de internamento do paciente. Os métodos diagnósticos acessórios, disponíveis nas salas de emergência para a avaliação de pacientes com dor torácica, são o teste ergométrico, a cintilografia miocárdica e o ecocardiograma. Estes testes são usados com finalidade diagnóstica para identificar os pacientes que ainda não têm seu diagnóstico estabelecido na admissão ou que tiveram investigação negativa para

necrose e isquemia miocárdica de repouso, mas que podem ter isquemia sob estresse (BASSAN, et al., 2002).

Estratégias para uma identificação rápida e correta de pacientes em alto risco de desenvolver complicações são fundamentais na avaliação do paciente com dor torácica (NASI, et. al, 2005).

De acordo com Souza, et al (2002), com a anamnese, exame físico e eletrocardiograma pode-se classificar o paciente como alto, médio ou baixo risco para eventos cardíacos e diagnosticar outras causas da dor.

Desse modo, é essencial que a instituição e a equipe de médicos e enfermeiros estejam capacitadas e equipadas com uma ferramenta que os auxilie no manejo de pacientes submetidos por dor torácica. O enfermeiro, deve ter entendimento da etiologia da dor (cardíaca ou não-cardíaca), averiguar o risco a que o paciente está subordinado (estratificação de risco-Triagem inicial), com o propósito do atendimento ser eficiente, seguro, minimizando as complicações e assegurando a sobrevivência do paciente.(GOMES, 2014)

A ocorrência de cálculo renal tem crescido em países em desenvolvimento em consequência de fatores sociais e sequentemente pela modificação de hábitos alimentares. A dor da cólica renal se manifesta de maneira aguda, intensa e frequente. A Diretriz de tratamento da dor, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a terapia analgésica de forma muito didática, denominada de Escada Analgésica da OMS. A cólica renal se define pela obstrução do fluxo urinário ocasionando aumento da tensão na parede do trato urinário, acontecendo a síntese e a liberação de prostaglandinas que despertam a vasodilatação e o aumento da pressão intra-renal, induzindo espasmo do ureter. O paciente que apresenta cólica renal manifesta-se agitado, dor intensa localizada ao ângulo costo vertebral, de aparecimento súbito, sem posição antálgica. A irradiação anterior da dor depende do local de obstrução. Para a medicação da cólica renal é disposto a utilização de anti-inflamatório não hormonal (AINH) e opioides e ambos tem sido referido como grau de sugestão “A”, ou seja, de modo direto aplicável aos pacientes. O tratamento eficiente da dor proporciona o alívio do sintoma, a minimização a permanência do paciente no setor de emergência, a minimizando os custos com o tratamento e,

sequentemente, uma assistência com eficiência garantindo a qualidade de vida do paciente. (GATTI, 2013)

Em relação aos pacientes oncológicos, observa-se que, em sua grande maioria, as emergências oncológicas acontecem por categorias, podendo ser metabólica, hematológica, estrutural ou efeitos colaterais de agentes quimioterápicos. A dor é fator principal sobre queixas associadas a desconfortos relacionados com náusea, febre, e vômitos que se manifestam nos pacientes oncológicos e para alívio desses desconfortos o uso de analgésico, antitérmico e antieméticos são indicados.

Se estima que no Brasil cerca de 62 a 90% sofrem com algum tipo de dor. Por isso é necessário que os profissionais da área da saúde, saibam oferecer uma assistência de abordagem ampla a fim de oferecer um suporte alérgico eficiente proporcionando qualidade de vida aos pacientes oncológicos que são submetidos diariamente a dor. Se não há uma caracterização e tratamento da queixa de dor desses pacientes oncológicos, ocasiona um estresse fisiológico, que consequentemente interfere significativamente no tratamento. (NASCIMENTO, 2015)

A rotina diária de um paciente oncológico pode ser afetada pela dor causada pelo câncer, obrigando uma reorganização social e familiar. Comprometendo alterações físicas, a dor causada compromete questões psicológicas de cada paciente. (COSTA, 2015)

A dor oncológica a compreensão do estímulo acontece via receptores apresentados pelas terminações nervosas livres, das fibras sensoriais miélicas finas A-8 e amielínicas C (por exemplo, pele, músculos, vísceras, articulações etc). De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), em 90% dos casos de dor em pacientes oncológicos é possível um tratamento eficiente, porém falta a busca por conhecimento, habilidade e humanização no manejo da dor. Por isso a importância de que os enfermeiros e a equipe do ambiente hospitalar necessitam ter o conhecimento adequado para um tratamento e alívio da dor eficiente. É necessário entrelaçar vários saberes aumentando o foco de atenção e cuidados não só visando o paciente, mas também sua família, que dele cuida e a equipe que o acompanha.

A analgesia é estabelecida como bloqueio ou eliminação da sensação de dor. O uso de anestésicos locais subcutâneos ou tópicos são usados para procedimentos dolorosos de duração mais curta. Vale ressaltar que, a prevenção da dor é mais eficiente que o tratamento no que se refere ao uso dos analgésicos. Analgésicos em infusão contínua ou em doses e intervalos estabelecidos, antecedendo procedimentos dolorosos é mais aconselhável. Podemos considerar também a utilização de anestesia local e regional. (BOAVENTURA e col, 2015)

Para uso da terapia analgésica a dor precisa ser a condutora disso, considerando a intensidade, esclarecimento do paciente e idade e em pacientes que não podem se comunicar é recomendado uma análise fisiológica e comportamental como recurso. É imprescindível que a avaliação da dor seja constante pois a analgesia deve ser feita de acordo com a dor de cada paciente obtendo revisões regulares.

A exigência do uso de analgésico vai depender da composição farmacológica de cada um e de seus efeitos.

Além do uso da analgesia adequada para cada dor é necessário e importante que profissionais da área da saúde bem como enfermeiros, tenham o discernimento correto sobre cada método de analgesia e saiba como manusear e aplicar tendo como objetivo a satisfação e conforto do paciente. (BOAVENTURA e col, 2015)

#### Quadro 1 - Principais analgésicos usados na prática da emergência.

Analgésicos	Mecanismos de Ação
Opiáceos	Receptores opióides centrais e periféricos, principalmente receptores $\mu$ e $\kappa$ .
Morfina	Opióide que atinge o SNC em 15 e 20 minutos e tem a maior duração de ação, que é de três a seis horas.
Fentanil	Opióide com eficiência analgésica 60 a 100 vezes maior do que a morfina.
Remifentanil	Opióide sintético de ação ultra-curta sendo um agonista seletivo de receptor $\mu$ , com potência semelhante ao fentanil.
Meperidina	Pode causar efeitos como excitação neurológica, traduzida por apreensão, tremor, delírio e convulsão
Tramadol	Opióide atípico estruturalmente associado à codeína, eficiente para tratar dores de leve a moderada em crianças
Anti-inflamatórios não hormonais e Paracetamol	Atua na inibição competitiva da ciclooxigenase (COX), enzima crítica na cascata inflamatória; Bloqueadores neuromusculares, indicados para a intubação endotraqueal e durante a ventilação mecânica para eliminar o assincronismo com o respirador em crianças com insuficiência respiratória grave e/ou para reduzir o risco de extubação acidental em

	crianças com via aérea instável
Bloqueadores Neuromusculares	Indicados para a intubação endotraqueal e durante a ventilação mecânica para eliminar o assincronismo com o respirador em crianças com insuficiência respiratória grave e/ou para reduzir o risco de extubação acidental em crianças com via aérea instável.
Succinilcolina	Agente despolarizante usado em crianças e, em UTIP, seu uso praticamente restringe-se a entubação endotraqueal e ao tratamento do laringoespasma; Pancurônio, Relaxante muscular não despolarizante de longa ação.
Pancurônio	Relaxante muscular não despolarizante de longa ação.
Vecurônio	Análogo monoquartenário do pancurônio, não despolarizante, ligeiramente mais eficiente que o pancurônio.
Atracúrio	Obtém uma ação relativamente rápida oferecendo condições propícias para entubação em aproximadamente 90 segundos.

Fonte: BOAVENTURA e col, 2015

## INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DA DOR

Os instrumentos clássicos usados na prática diária para mensuração da dor, incluem escalas unidimensionais e escalas multidimensionais, usadas em paciente crítico.

Para uma avaliação e quantificação adequadas da dor, é necessário escolher um método apropriado que considere o tipo de dor e a condição clínica do paciente em situação de emergência. Instrumentos podem ser usados para medir a intensidade da dor, levando em consideração as vantagens e limitações.

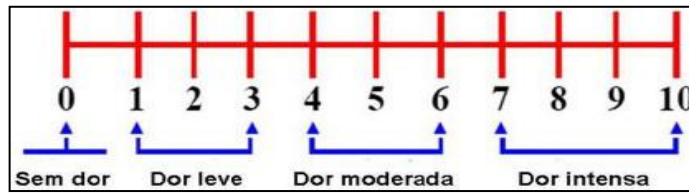
As Escalas Unidimensionais são: Escala visual / verbal numérica, Escala visual analógica, Escala de faces de dor, Escala de categoria de palavras e Escala Comportamental (PEREIRA & SOUSA, 1998. SOUSA, 2002).

## ESCALA VERBAL NUMÉRICA - EVN

A Escala visual / verbal numérica é um instrumento utilizado para medir a intensidade da dor em valores numéricos. Entretanto, mesmo em situação de emergência, o paciente deve estar consciente e estar em condições de referir sua dor numa escala de zero a dez, sendo zero "nenhuma dor" e dez a "máxima dor imaginável" (FORTUNATO et al, 2013).



**Figura 1 - Escala Verbal Numérica - EVN**

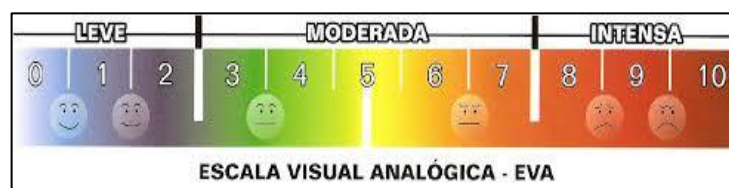


Fonte: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426)

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

A escala visual analógica EVA, é um instrumento utilizado para auxiliar no atendimento do paciente com dor. Pode ser realizado por toda equipe de enfermagem e é importante para verificar a evolução do paciente e a eficácia do tratamento prestado. O paciente deverá apontar quanto ao seu grau de dor sendo que zero significa ausência total de dor e dez o nível de dor máxima suportável pelo paciente. Deve haver o contato visual do paciente com a escala e este deve ser capaz de apontar o grau em que sua dor está (SCHESTATSKY et al, 2011).

**Figura 2 - Escala Visual Analógica - EVA**

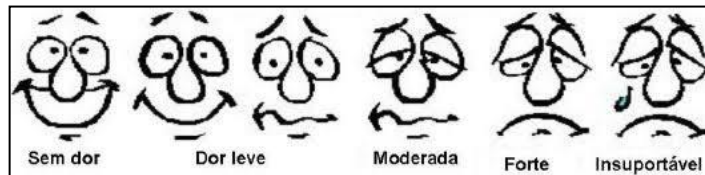


Fonte: [portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br) (2011)

### ESCALA DE FACES DE DOR - ESCALA GRÁFICA

A Escala de Faces de Dor é um instrumento utilizado com descritores visuais, por meio de expressões faciais que representam a intensidade da dor. O paciente observa as imagens e indica qual delas representa à dor que está sentindo, variando de zero a cinco, sendo zero "sem dor" e cinco "dor insuportável" (FORTUNATO et al, 2013).

**Figura 3 - Escala de Faces de Dor**

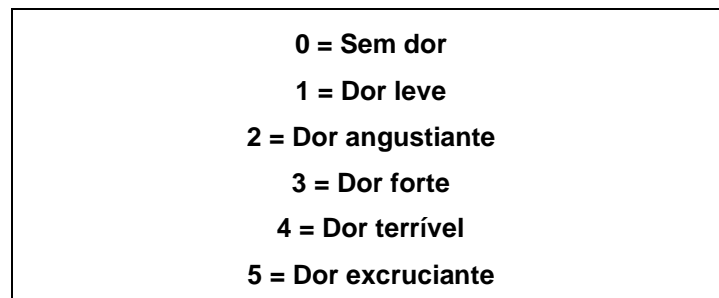


Fonte: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=426](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426)

### ESCALA DE CATEGORIA DE PALAVRAS

A Escala de Categoria de Palavras é um instrumento utilizado com descritores verbais, resultado do relato do paciente. O enfermeiro deve considerar as limitações de seu uso, em situações de emergência, levando em consideração as condições do paciente em conseguir descrever verbalmente sua dor (WATSON, 2018; NASCIMENTO et al, 2016).

**Figura 4 - Escala com descrição em palavras**



Fonte: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neuro%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor>

**Figura 5 - Escala de Descritores**



Fonte: PORTUGAL, 2013

### ESCALA COMPORTAMENTAL

A Escala *Behavioural Pain Scale* (Versão final brasileira da escala) é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes, especialmente em internados em UTI, sob ventilação mecânica. Ela avalia a dor em três aspectos:

expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica (MORETE et al, 2014).

**Figura 6 - Versão Brasileira da Behavioural Pain Scale (BPS- Br).**

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Fonte: MORETE et al, 2013.

Cabe ressaltar que todas essas Escalas Unidimensionais exigem que o paciente esteja orientado, com boa acuidade visual e boa capacidade cognitiva, o que torna um desafio e muitas vezes de difícil aplicação em cenários de emergência.

As Escalas Multidimensionais convencionais são: Inventário de McGill e Breve Inventário de Dor. Apesar de fornecerem dados mais amplos sobre a dor, são instrumentos muito longos e de difícil aplicação em situações de emergência. O Inventário de McGill possui descritores divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea. O Breve Inventário de Dor é dividido em: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono (MARTINEZ & MARQUES, 2011).

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa integrativa de literatura, onde realizamos o levantamento das enciclopédias, os cenários e contextos que abordam a dor no setor da emergência.

Todo embasamento bibliográfico que obtemos objetiva a concentração da dor em suas mais amplas esferas em situações de emergência, bem como, as principais causas de dor com base em levantamentos que levam a busca a determinado

serviço de saúde, com intuito de constituir de maneira proveitosa os artigos mais satisfatórios com o tema proposto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a revisão realizada, foram levantados artigos e elaborado um banco de dados, estabelecendo uma sistemática de apresentação de acordo com o local, ano, tipo de estudo, resultados encontrados, que nos permitiram levantar as discussões sobre o assunto.

**Tabela 1 - Síntese dos resultados da revisão bibliográfica relacionado ao perfil dos pacientes nas condições de dor em situações de emergência. Praia Grande, 2019.**

REFERÊNCIA	RESULTADOS
CALIL, 2010	Observou-se, na primeira avaliação, que 56% dos pacientes apresentaram dor intensa 29,0% dor moderada. Na segunda avaliação, 26% referiram dor intensa, 38% dor moderada, e apenas 7% tiveram sua dor totalmente aliviada. A dor foi identificada em 90,0% dos pacientes, sendo as de forte e média intensidade as mais frequentes. Não se encontrou prescrição anti-álgica em 48% dos casos. Os pacientes referiram melhora da intensidade dolorosa entre os dois momentos. Concluíram que a dor possui um sub-tratamento e sub-avaliação em nosso meio, e o uso de opióides para dores reconhecidamente muito intensas ainda é um recurso pouco usado na emergência.
COSTA, 2012	Dos 75 pacientes entrevistados, 74,7% pertenciam ao sexo feminino e 25,3% ao masculino. A média de idade do grupo foi de 54,98 ± 15,88 anos, sendo 54,64 ± 14,95 anos para as mulheres e 56 ± 18,78 anos para os homens. Quanto ao grau de instrução 53,3% tinham apenas o ensino fundamental, 22,6% ensino médio e apenas 4% nível superior. Nas mulheres o câncer primário predominante foi o de mama (50%) seguido de intestino e ovário (12,5% cada). Nos homens, houve predomínio para o câncer de pulmão (36,8%) seguido do câncer de próstata (15,7%). Em relação às doenças pré-existentes, 70,6% com hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças pulmonares e hepáticas. A dor foi relatada por 58,6% dos pacientes no momento da entrevista ou na semana da mesma, sendo os locais mais relacionados: membros superiores e inferiores (18,5%) e tórax (11,1%). A intensidade média da dor avaliada pela escala numérica foi 6,7 ± 1,83, o que pode ser considerada dor de moderada intensidade.
GOMES, 2014	A dor torácica teve apresentação retroesternal isolada em 51,3% dos casos e combinada às irradiações em mais 33,3%. Dor torácica atípica, englobando dor em pontada, hemitórax direito, com melhora ao uso de analgésicos, dentre outros, ocorreu em apenas 15,4% dos pacientes, que foram diagnosticados como dor não-cardiogênica.
DIMITRE, 2014.	Foram estudados 37 (trinta e sete) indivíduos, no período de pós - operatório de cirurgias torácicas e abdominais, eletivas e de emergência. A média de idade foi de 38 anos. Destes 27 pacientes eram do sexo masculino (72,97%) e 10 eram do sexo feminino (27,03%). Quanto ao nível de instrução da amostra, 8 (oito) pacientes eram

	analfabetos(21,62%), 15 (quinze) possuíam ensino fundamental incompleto (40,54%), 2 (dois) possuíam ensino fundamental completo (5,41%), 8 (oito) possuíam ensino médio incompleto (21,62%), 1 (hum) (2,70%) possuía ensino médio completo, 2 (5,41%) possuíam ensino superior incompleto, e apenas 1 (2,70%) possuía ensino superior completo.
BOAVENTURA, 2015	Identificou-se uma média de idade de 62 anos, sendo 62,2% (107) do sexo masculino, apresentavam além do câncer outras comorbidades 75,6% (130), tendo realizado pelo menos uma cirurgia devido ao câncer 77,9% (134) e 28,4% (49) pacientes evoluíram a óbito em um período de 24 horas após o atendimento na unidade de emergência. Dentre os sinais e sintomas que estes pacientes apresentavam, mais de um sinal e sintoma no mesmo atendimento, sendo dor 83,1% (143), náuseas e vômitos 67,4% (116) e febre 26,1%(45) predominantemente apresentados como queixa principal na admissão no serviço de emergência. Outros sinais e sintomas 9,8% (17) foram sangramentos, lesões de pele e mucosas e dor abdominal

Fonte: elaborado pelas autoras

De acordo com a Tabela 1, nos estudos apontados, não houve diferença significativa nos estudos em relação à identificação da dor entre os homens e as mulheres. A média de idade variou entre 14 a 74 anos. Quanto ao grau de instrução, houve predominância no Ensino fundamental. As doenças pré existentes foram câncer de mama, de intestino e ovário nas mulheres, e nos homens com predomínio para o câncer de pulmão e de próstata. Dentre os sinais e sintomas identificados nos atendimentos na emergência, a dor é a queixa principal na admissão no serviço de emergência. Observou-se, pacientes com dor intensa a dor moderada, porém uma minoria tiveram sua dor totalmente aliviada. Os estudos apontam para um subtratamento e sub-avaliação em nosso meio, e o uso de opióides para dores reconhecidamente muito intensas ainda é um recurso pouco usado na emergência.

**Tabela 2 - Síntese dos resultados da revisão bibliográfica relacionado a atuação do enfermeiro nos pacientes em situação de emergência e o adequado manejo da dor. Praia Grande, 2019.**

REFERÊNCIA	RESULTADOS
OLIVEIRA, 2016	Para análise, os achados foram agrupados em três grandes eixos que compilam as evidências de forma a facilitar a sua discussão, portanto, integram: a avaliação da dor pela equipe de enfermagem, as intervenções utilizadas para alívio da dor e o monitoramento da dor, para cada um dos tópicos foram abordadas as barreiras identificadas na revisão.
DIAS, 2018	O Protocolo de Dor Torácica em seu gerenciamento, conta com uma ficha composta por 120 itens que tem em sua totalidade dados que mensuram os indicadores de qualidade e alguns procedimentos realizados no paciente durante sua estadia na instituição, que a princípio ,seu preenchimento é atribuído ao Enfermeiro do setor da emergência ,onde é realizado o

	atendimento inicial
SOUZA, 2013	Os resultados apontaram os quatro princípios éticos envolvidos no tratamento da dor e sua importância. Esses princípios foram discutidos nas categorias: Dor e autonomia, Dor e beneficência, Dor e não maleficência e Dor e justiça. A análise da produção científica referente à experiência dolorosa e aos princípios da bioética permitiu verificar que os profissionais de saúde se deparam com diversos dilemas éticos na prática clínica diária e a negligência no cuidado aos pacientes com dor.

Fonte: elaborado pelas autoras

De acordo com a Tabela 2 os artigos demonstram uma linha tênue entre sinais e sintomas relacionados a patologias de bases, como as oncológicas, por exemplo. Dificultando, muitas vezes a identificação primária e protocolos para o Profissional Enfermeiro e a equipe.

Com base nisto, implementações do governo com o Ministério da Saúde visam objetivar da melhor maneira as assistências em prevenções, caracterizando Urgência e Emergência relacionando com os reais fatores, que são eles:

- a ausência de viabilidade dos protocolos frente ao paciente e o que o mesmo relata; falta de informações e funcionalidade das instituições (UPAs, Hospitais Portas Abertas);

- inespecificidade do profissional de saúde frente aos protocolos padrões de dor e informalidade com o paciente.

Concluindo assim, que há muito o que melhorar em relação ao que o paciente espera de um serviço de urgência e emergência, assim, como o profissional Enfermeiro pode oferecer cientificamente informações de maneiras informais, ajudando estes pacientes a entender e caracterizar as reais necessidades de estar ali.

Para caracterizar e analisar a atuação do enfermeiro, foram levantados os principais diagnósticos de enfermagem da última edição do NANDA - Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem, nos pacientes em situação de emergência e o adequado manejo da dor: Constipação, Diarreia, Mobilidade no leito prejudicada, Dor Aguda, Dor Crônica, Integridade da pele prejudicada, Risco de sentimento de impotência e Retenção Urinária ( NANDA 2018 - 2020).

## CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a atuação do enfermeiro nos pacientes em situação de emergência e o adequado manejo da dor, conclui-se que, existe uma adversidade reconhecimento inicial e regulamentos na atuação dos enfermeiros e sua equipe. E por essa razão, muitos pacientes retratam a falta de informação da funcionalidade de instituições bem como, pronto-socorro, UPAs. E apesar de encontrar enfermeiros, dispostos a agilizar todo o procedimento com rapidez para pacientes com dor, fazendo o uso de protocolo, por exemplo ainda encontra-se muitas dificuldades em alguns aspectos, como dificuldades éticas, que acarretam em negligencias em muitos dos caso.

É de extrema importância entender o contexto de caracterização da dor no pronto atendimento por toda equipe de enfermagem e que isso engloba uma bagagem desde de moralidade até carga exaustiva de trabalho, com isso devemos ver o paciente como um todo e entender todo o contexto que o levou a procura do pronto atendimento para reparação da dor. E visar melhora do meu cliente para tratar da queixa principal.

Vale ressaltar que esse é um tema se suma importância, porem tivemos dificuldades em encontrar artigos relacionados ao manejo da dor em situações de emergência. Espera-se que mais estudos possam ser realizados.

Desejamos que este estudo, promova uma reflexão do enfermeiro no âmbito da dor na emergência e o que possa otimizar cada vez mais o auxílio ao paciente em situação de dor, com protocolos, scores e métodos já existentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOAVENTURA, AP; VEDOVATO, CAS; SANTOS, FF. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em um unidade de emergência. *Cienc. enferm.* vol.21, n.2, p.51-62, 2015.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002.** Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002.

CALIL, AM; PIMENTTA, C. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta Paul Enfermagem*; 23 (1): 53-9, 2010.

COFEN. **PARECER Nº 05/2015**. Legalidade do Enfermeiro prescrever medicamentos e ter aceite nas farmácias vinculadas e/ou conveniadas com a rede pública. LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL. 2015.

COREN-SP. **PARECER Nº 024/2013**. Competência para aplicação e avaliação de escalas da dor, considerando a legislação do exercício profissional de Enfermagem e as características das escalas de dor, quando se tratar de escala categórica numérica/verbal ou escala analógico-visual. LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL. 2013. <http://www.coren-sp.gov.br/pareceres>

COSTA, A; CHAVES, M. Dor em paciente oncológicos em tratamento quimioterápico, **Rev Dor SP** ed 45; UFM 2012

Diagnósticos de enfermagem da **NANDA-I: definições e classificação 2018-2020** [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed. 2018.

DIAS, P; OLIVEIRA, W. Avaliação do protocolo de dor torácica no hospital do coração do Brasil. **REVISA**, 5(2), pp.136-149, 2018.

DIMITRE, F; SANTOS, R; NUNES, S; SILVA J; SILVA, R; VIANA, R; PEREIRA, V; PASCOAL, L. Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. **Revista Ciência em Extensão**, 10(3), pp.99-107, 2014.

FORTUNATO, JG; FORTUNATO, MSF; LENI FA; OLIVEIRA HJA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro;12(3):110-117, 2013.

GATTI, MF ZORZI ; FERRAZ, MB ; LEÃO, ER ; BUSSOTTI, EA ; CALIMAN, RAM. Custos hospitalares do diagnóstico e tratamento da cólica renal em um serviço de emergência privado brasileiro” **Revista Dor**, 14(1), pp.12-16, 2013.

GOMES, ET; QUEIROGA, AV; ARAUJO, NR; BEZERRA, SMM. Dor torácica na admissão em uma emergência cardiológica de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 01 January 2014, Vol.15(3), pp.508-515, 2014.

JAMES C. WATSON. Avaliação da dor. Manuais MSD para profissionais. **MAYO CLINIC.2018**.<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbiosneurol%C3%B3gicos/dor/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-dor>

MARTINEZ J E , GRASSI DC, MARQUES LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**; 51(4):299-308, 2011.

MORETE MC, MOFATTO SC, PEREIRA CA, SILVA AP, ODIERNA MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. **Rev Bras Ter Intensiva**, 26(4):373-378, 2014.



NASCIMENTO, LA, CARDOSO MG, OLIVEIRA SA, QUINA E E SARDINHA DS. Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. **Rev Dor**. São Paulo, abr-jun;17(2):76-80, 2016.

NASCIMENTO, Paulo; COSTA, Leonardo; Prevalência da dor lombar no Brasil: uma avaliação sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(6):1141-1155, jun, 2015.

OLIVEIRA JLC, GATTI AP, BARRETO MS, BELLUCCI JUNIOR JA, GÓES HLF, MATSUDA LM. Acolhimento com Classificação de Risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**, 26(1), 2017.

OLIVEIRA, PE; PEREIRA, L; SANTOS, N; SOUZA, L. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016.

PEREIRA, LV; SOUSA, FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Circular Normativa nº 9/DGCG** de 14/6/2003. Disponível em: Acesso em 06 out. 2003.

SALLUM, AMC; SANTOS, JLF; LIMA, FD. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2012, vol.20, n.1, pp.3-10

SCHESTATSKY et al . PORTAL SAUDE. “ESCALA DE DOR LANNS. (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al”. 2011. Disponível em: <http://www.hospitaldebase.com.br/arquivos-farmacia/escala-lanns-eva.pdf>

SOUSA FAEF. Dor: o quinto sinal vital. **Rev Latino-am Enfermagem**. maio-junho; 10(3):446-7, 2002.

SOUSA, FAEF. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 3, p. 446-7, 2002.

SOUZA LAF, PESSOA APC, BARBOSA MA, PEREIRA LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 34 (1): 187-195, 2013.

VIVEIROS, W; OKUNO, M; CAMPANHARO, C; LOPES, MC; OLIVEIRA, G; BATISTA, R. “Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. **Rev. Latino Am. Enf (RLAE)**, 2017.