
RELATO DE CASO

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DE DOR E ANALGESIA EM PACIENTES ADULTOS NA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL NO SUL DE SANTA CATARINA: ESTUDO TRANSVERSAL**IDENTIFICATION OF PAIN AND ANALGESIA PROFILE IN ADULT PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A HOSPITAL IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA: A CROSS-SECTIONAL STUDY**Rosilda Ribeiro Cardozo ¹Larissa Rocha Mejía Giessel ²Monica Paulina Kruk ²Maria Clara Ribeiro Cardozo ³Fabiana Schuelter-Trevisol ⁴DOI: <https://doi.org/10.63845/w7by7x62>**RESUMO**

A dor é um dos sintomas mais prevalentes nos serviços de emergência e, quando não avaliada e tratada de forma adequada, pode comprometer a segurança do paciente, prolongar a hospitalização e contribuir para a cronificação do quadro clínico. Apesar de sua relevância, observa-se que a dor ainda é frequentemente subestimada nesses contextos, seja pela alta demanda, seja pela ausência de protocolos padronizados de avaliação. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo identificar o perfil da dor e o uso de analgesia em pacientes adultos atendidos na emergência de um hospital no Sul de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e quantitativo, baseado em entrevistas estruturadas e análise de 361 prontuários eletrônicos de pacientes atendidos entre fevereiro e maio de 2024. A maioria dos pacientes apresentou dor de intensidade moderada a intensa, predominando as prescrições de analgésicos de grau 1, mesmo em situações de dor de maior intensidade, o que sugere subtratamento. Além disso, registrou-se baixa frequência de avaliações sistemáticas da dor nos prontuários, reforçando a lacuna entre a recomendação teórica e a prática clínica. Conclui-se que o manejo da dor na emergência ainda apresenta inconsistências importantes, evidenciando a necessidade de implementação de protocolos institucionais e de programas de capacitação profissional contínua, a

¹ 1Mestranda do Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde - PPGCS da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. E-mail: rosildaribeirocardozo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9756-9348> Artigo apresentado como requisito para aprovação na disciplina de Oficina de redação científica do curso de Mestrado da Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL. 2025. Orientadora: Prof^a. Fabiana Schuelter Trevisol, Dr^a.

² Autoras dos trabalhos de conclusão de curso: Identificação do perfil de dor e analgesia em pacientes adultos na emergência de um hospital no Sul de Santa Catarina do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. E-mail: larissamejiagiessel@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8139-4394>. e monicapkruk@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1843-3958>. Trabalhos apresentados como requisito parcial para obtenção do título de Médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. 2024. Orientadora: Prof^a. Fabiana Schuelter Trevisol, Dr^a.

³ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina -UNISUL Email:ribeirocardozomaria@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3765-5526>.

⁴ Pesquisadora do Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde - PPGCS da Universidade do Sul Santa Catarina - UNISUL. E-mail: fastrevisol@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>. Doutora em Ciências da Saúde.

fim de qualificar a assistência e reduzir os riscos associados à subnotificação e ao tratamento inadequado da dor.

Descritores: Dor. Analgesia. Emergência hospitalar. Manejo da dor. Saúde pública.

ABSTRACT

Pain is one of the most prevalent symptoms in emergency services and, when not properly assessed and managed, may compromise patient safety, prolong hospitalization, and contribute to the chronification of the clinical condition. Despite its relevance, pain is often underestimated in these settings, either due to high demand or the absence of standardized assessment protocols. This study aimed to identify the pain profile and the use of analgesics in adult patients treated in the emergency department of a hospital in Southern Santa Catarina, Brazil. This is an observational, descriptive, cross-sectional, and quantitative study, based on structured interviews and the analysis of 361 electronic medical records of patients treated between February and May 2024. Most patients reported moderate to severe pain, with prescriptions predominantly for grade 1 analgesics, even in cases of higher intensity pain, suggesting undertreatment. In addition, there was a low frequency of systematic pain assessments in medical records, highlighting a gap between theoretical recommendations and clinical practice. It is concluded that pain management in emergency care remains inconsistent, underscoring the need for institutional protocols and continuous professional training programs to improve care quality and reduce risks associated with underreporting and inadequate treatment of pain.

Keywords: Pain. Analgesia. Hospital emergency. Pain management. Public health.

INTRODUÇÃO

A dor é reconhecida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela relacionada a uma lesão tecidual real ou potencial”⁽¹⁾. Trata-se de um fenômeno subjetivo e multifatorial, no qual interagem componentes fisiológicos, emocionais e sociais, tornando-se um dos maiores desafios clínicos contemporâneos^(2,3).

Nos serviços de emergência, a dor constitui-se como um dos principais motivos de busca por atendimento^(4,5). Contudo, sua avaliação e manejo permanecem inconsistentes, em grande parte pela elevada demanda assistencial, escassez de protocolos padronizados e limitações estruturais^(6,7). Tais falhas contribuem para a subnotificação da dor e para a prescrição de analgesia inadequada, comprometendo a qualidade da assistência prestada e aumentando o risco de cronificação do quadro doloroso^(8,9).

Estudos recentes destacam que pacientes em unidades de pronto-atendimento frequentemente recebem analgesia de baixa potência, mesmo diante de relatos de dor moderada a intensa, refletindo discrepâncias entre protocolos teóricos e a prática clínica^(10,11). Esse cenário reforça a necessidade de incorporar estratégias de avaliação sistemática, como a aplicação de escalas validadas, e de garantir a adesão às diretrizes internacionais de manejo da dor⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Nesse contexto, compreender como a dor tem sido avaliada e tratada em diferentes regiões torna-se essencial para subsidiar políticas institucionais e nortear programas de capacitação

multiprofissional. Assim, este estudo buscou identificar o perfil da dor e o uso de analgesia em pacientes adultos atendidos em um setor de emergência hospitalar no Sul de Santa Catarina, Brasil.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em um hospital geral localizado no Sul do Brasil.

População e critérios de elegibilidade

A população do estudo foi composta por pacientes com idade ≥ 18 anos, atendidos no setor de emergência no período matutino e vespertino, entre fevereiro e maio de 2024.

Crítérios de inclusão: indivíduos capazes de compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que relataram dor nos 30 dias anteriores ao atendimento e que apresentavam possibilidade de alívio sintomático com a medicação disponível no serviço.

Crítérios de exclusão: pacientes com limitações cognitivas ou comunicativas que impedissem a resposta ao instrumento de coleta; os que necessitavam de intervenções urgentes ou adicionais (como cirurgias ou bloqueios analgésicos); os que não apresentaram resposta à analgesia inicial; e aqueles com prontuário médico incompleto.

Cálculo amostral

Considerando uma média de 6.000 atendimentos mensais no serviço de emergência, foi estimada uma amostra probabilística com prevalência desconhecida de 50%, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. O cálculo resultou em 361 participantes.

Coleta de dados

A coleta foi realizada em dias alternados da semana até atingir o número amostral estabelecido e ocorreu em duas etapas complementares: Entrevista na triagem: conduzida por pesquisadores treinados, utilizando um roteiro estruturado elaborado pelos autores. Esse roteiro contemplava dados sociodemográficos (idade, sexo, cor/etnia, profissão e esforço físico laboral), comportamentais (uso de substâncias lícitas ou ilícitas, automedicação, procura prévia por outros serviços de saúde, presença de acompanhante e expectativa em relação ao atendimento) e clínicos básicos (localização da dor, tempo de início dos sintomas e intensidade pela Escala Visual Analógica - EVA).

Análise de prontuários eletrônicos: realizada por meio do sistema de gestão hospitalar TASY®, com extração de informações adicionais referentes ao atendimento, incluindo classificação de risco pela Escala de Manchester, comorbidades, classe e via de administração dos medicamentos prescritos, tempo de permanência no setor, diagnóstico médico, destino após o atendimento e reincidência no serviço nos 30 dias anteriores e posteriores.

Classificação das variáveis

Profissões: categorizadas conforme o grau de esforço físico (leve, moderado, pesado ou não classificados, incluindo desempregados, aposentados e trabalhadores do lar).

Medicamentos prescritos: classificados segundo a Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS): Grau 1: analgésicos não opioides e protocolos para síndrome coronariana aguda; Grau 2: opioides fracos; Grau 3: opioides fortes. Medicamentos adjuvantes (benzodiazepínicos, corticoides, relaxantes musculares, antieméticos e antiespasmódicos) foram considerados como terapias associadas ou uso isolado.

Análise estatística

Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel® e analisados no software SPSS® versão 21.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

Variáveis quantitativas: descritas por médias, desvios-padrão ou medianas e intervalos interquartis.

Variáveis qualitativas: apresentadas por frequências absolutas e relativas. Comparações de proporções: realizadas com o teste do Qui-quadrado de Pearson. Comparações de médias: com teste t de Student ou ANOVA, seguido do pós-teste de Tukey. Correlação entre variáveis quantitativas normais: teste de Pearson.

Comparações de medianas em variáveis não normais: teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O parecer de aprovação foi registrado sob nº 6.581.428, emitido em 14 de dezembro de 2023, com emenda aprovada em 25 de março de 2024, sob nº 6.724.004.

RESULTADOS

Dos 409 pacientes inicialmente recrutados, 361 atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final. A maioria era do sexo feminino (192; 53,2%), enquanto 169 (46,8%) eram homens. A média de idade foi de 45,4 anos ($DP \pm 17,1$), variando de 18 a 85 anos. Quando agrupados em faixas etárias, observou-se que 86 pacientes (23,8%) tinham entre 18 e 30 anos, 196 (54,3%) entre 31 e 59 anos — evidenciando o predomínio de adultos de meia-idade — e 79 (21,9%) tinham 60 anos ou mais. Em relação à etnia/cor da pele, 281 participantes (77,8%) se autodeclararam brancos, 46 (12,7%) pardos, 29 (8,1%) pretos, 4 (1,1%) indígenas e 1 (0,3%) amarelo. Esse achado é consistente com a composição demográfica do Sul do Brasil, cuja população é majoritariamente branca.

Quanto à ocupação e esforço físico relacionado à atividade profissional, 81 (22,4%) estavam aposentados, 10 (2,8%) desempregados, 21 (6,1%) eram do lar, 118 (32,7%) exerciam atividades de esforço leve, 83 (23,0%) moderado e 47 (13,0%) pesado. Observa-se, portanto, um predomínio de indivíduos com ocupações de baixo a moderado esforço ou já aposentados.

No tocante às comorbidades, 121 pacientes (33,5%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 52 (14,4%) diabetes mellitus, 17 (4,7%) transtorno de ansiedade generalizada e 14 (3,9%) transtorno depressivo maior. Outros 89 participantes (24,6%) relataram diferentes condições clínicas, enquanto 68 (18,9%) não possuíam comorbidades diagnosticadas, confirmando uma elevada taxa de comorbidades na população estudada.

Além disso, antes de procurar o serviço de emergência, 142 pacientes (39,2%) relataram ter feito automedicação, principalmente com analgésicos simples e anti-inflamatórios. Outro achado relevante foi o tempo de início da dor: a maioria apresentou dor aguda, com duração de até sete dias (246; 67,9%), enquanto 116 (32,1%) relataram dor com duração superior a sete dias.

Conforme demonstrado na Figura 1, observou-se predomínio de dor intensa (EVA 7–10), relatada por 60,5% dos pacientes atendidos no serviço de emergência, seguida por dor moderada (29,0%) e dor leve (10,5%). Esse achado reforça a alta carga de dor apresentada pelos pacientes no momento do atendimento, contrastando com o perfil analgésico predominantemente classificado como nível 1 da Escada Analgésica da OMS.

Observa-se predomínio do uso de analgésicos de nível 1 da Escada Analgésica da OMS, mesmo entre pacientes com dor moderada a intensa.

ANÁLISES COMPARATIVAS E DE CORRELAÇÃO

Foram realizadas análises comparativas entre variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas à dor.

Na comparação entre sexo e intensidade da dor, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p > 0,05$).

Da mesma forma, a comparação entre sexo e tempo de início da dor não demonstrou associação significativa ($p > 0,05$), assim como entre sexo e tempo de permanência no serviço de emergência.

A análise da intensidade da dor segundo a classificação de risco de Manchester também não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Não foram identificadas correlações significativas entre idade e intensidade da dor, bem como entre idade e tempo de permanência no setor de emergência (coeficiente de correlação de Pearson, $p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Na amostra analisada, houve predominância de mulheres, que também relataram maior intensidade de dor em relação aos homens. Resultado semelhante foi descrito em pronto-socorros australianos, onde diferenças de gênero influenciaram a avaliação e o manejo da dor abdominal aguda⁽¹⁵⁾.

Foi observada elevada frequência de comorbidades, sobretudo hipertensão e diabetes. Estudos nacionais apontam que pacientes com condições clínicas crônicas relatam dor mais intensa e maior inadequação analgésica, em consonância com os achados desta pesquisa⁽¹⁶⁾.

Constatou-se também elevada taxa de automedicação, principalmente com analgésicos simples e anti-inflamatórios. Pesquisa conduzida no Brasil durante a pandemia identificou prevalência significativa desse comportamento, reforçando a necessidade de estratégias para o uso racional de medicamentos⁽¹⁷⁾.

O manejo analgésico demonstrou predomínio de fármacos não opioides e opioides fracos, com uso restrito de opioides fortes. Embora o uso cauteloso de opioides seja recomendado, a subutilização pode comprometer o controle da dor⁽¹⁸⁾. Esse padrão se aproxima do contexto brasileiro, no qual a disponibilidade desses medicamentos é limitada por barreiras regulatórias e estruturais⁽¹⁹⁾.

Pacientes com dor intensa apresentaram maior tempo de permanência, enquanto os classificados como pouco urgentes tiveram maior espera até a analgesia. Evidências indicam que a intensidade da dor e características individuais influenciam diretamente o tempo até a primeira administração medicamentosa, achado compatível com esta investigação⁽²⁰⁾.

A reincidência de atendimentos por dor em até 30 dias também foi registrada. Revisão internacional apontou que a ausência de coordenação do cuidado após a alta hospitalar contribui para novas visitas em curto prazo, ressaltando a necessidade de maior integração entre os níveis assistenciais^(21,22).

Por fim, os resultados reforçam que o manejo da dor em ambientes emergenciais permanece inconsistente. Experiência nacional demonstrou que a implementação de protocolos iniciados por enfermeiros resultou em melhora significativa na intensidade da dor, evidenciando o potencial de protocolos institucionais para qualificar a assistência^(23,24).

Limitações: este estudo apresenta natureza transversal e foi conduzido em um único centro, o que pode restringir a generalização dos achados. Não foram avaliados desfechos de satisfação do paciente ou resposta à analgesia após administração inicial.

Implicações clínicas: reforça-se a necessidade de protocolos padronizados, maior adesão a diretrizes nacionais e internacionais e fortalecimento da articulação entre emergência e atenção primária⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a dor é altamente prevalente entre pacientes atendidos em serviços de emergência, com maior incidência em mulheres e em indivíduos com comorbidades, sendo

predominantemente classificada como intensa e de caráter nociceptivo. Apesar da elevada intensidade referida, a maioria dos casos foi categorizada como de baixa urgência, sugerindo que parte significativa dessas demandas poderia ser resolvida na atenção primária. O manejo analgésico foi majoritariamente realizado com analgésicos simples e anti-inflamatórios, com uso restrito de opioides fortes, em consonância com recomendações de prescrição cautelosa. A reincidência de atendimentos em curto prazo e a necessidade de investigações adicionais em casos de dor intensa reforçam a importância de estratégias integradas entre atenção primária e hospitalar, a fim de otimizar protocolos de manejo da dor, reduzir retornos desnecessários e garantir a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises.** *Pain.* 2020;161(9):1976–82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. **Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11).** *Pain.* 2019;160(1):19–27.
3. Silva MJP, Machado WCA, Aguiar MIF, Figueiredo NMA, Andrade M, et al. **Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente.** *Rev Bioet.* 2020;28(1):9–16. doi:10.1590/1983-80422020281361.
4. Rodrigues ISA, Oliveira LMM, Fernandes FECV, et al. **Prevalence of acute pain in patients attending the emergency room.** *Rev Dor.* 2017;18(4).
5. Hayes M, Hughes J, Brett A, Ross C, Wiley JF, Keijzers G. **Gender-based differences in assessment and management of emergency department patients with acute abdominal pain.** *Australas Emerg Care.* 2023;26(2):88–94. doi:10.1016/j.auec.2023.03.001.
6. Berben SAA, Meijs THJM, van Grunsven PM, et al. **Pain management in trauma patients in the emergency department: an observational study.** *Int Emerg Nurs.* 2020;50:100814. PMID:31927132.
7. Motov S, Vlasica K, Middlebrook I, LaPietra A. **Pain management in the emergency department: a clinical review.** *Clin Exp Emerg Med.* 2021;8(4):261–71. doi:10.15441/ceem.21.161.
8. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Correa CF. **Impact of acute pain and analgesic adequacy in hospitalized patients.** *Braz J Pain.* 2020;3(4):333–6. doi:10.5935/2595-0118.20200188.
9. Santos MB, Leal MS, Silva LCF, Barbosa MH. **Avaliação da implementação de um protocolo de manejo da dor iniciado por enfermeiros na emergência.** *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20200148. doi:10.1590/0034-7167-2020-0148.

10. Hughes JA, Alexander KE, Spencer L, Yates P, Vroon E, McPhail SM. **Factors associated with time to first analgesic medication in the emergency department.** *J Clin Nurs.* 2021;30(3–4):482–93. doi:10.1111/jocn.15505.
11. Oliveira IS, Lima AC, Silva HPR, Brito WAP, Coura-Vital W, et al. **Management of acute low back pain in emergency departments in São Paulo, Brazil.** *PLoS One.* 2022;17(4):e0266416. doi:10.1371/journal.pone.0266416.
12. Zaslansky R, Meissner W, Chapman CR, et al. **Pain management in emergency settings: current trends and future directions.** *Pain Rep.* 2020;5(5):e853. doi:10.1097/PR9.0000000000000853.
13. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. **CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain — United States, 2022.** *MMWR Recomm Rep.* 2022;71(3):1–95. doi:10.15585/mmwr.rr7103a1.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 2 de agosto de 2022. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para dor crônica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
15. Hayes M, Hughes J, Brett A, Ross C, Wiley JF, Keijzers G. **Gender-based differences in assessment and management of emergency department patients with acute abdominal pain.** *Australas Emerg Care.* 2023;26(2):88–94. doi:10.1016/j.auec.2023.03.001.
16. Silva MJP, Machado WCA, Aguiar MIF, Figueiredo NMA, Andrade M, et al. **Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente.** *Rev Bioet.* 2020;28(1):9–16. doi:10.1590/1983-80422020281361.
17. Bazoni PS, Faria RJ, Cordeiro FJR, et al. **Self-medication during the COVID-19 pandemic in Brazil: findings and implications to promote the rational use of medicines.** *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(12):6143. doi:10.3390/ijerph20126143.
18. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, et al. **Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms.** *J Pain.* 2016;17(Suppl 9):T10–20.
19. Maia LO, Guimarães RA, Camargo KR, Bastos FI. **Opioid use, regulation, and harms in Brazil: a comprehensive narrative overview.** *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021;16:72. doi:10.1186/s13011-021-00348-z.
20. Hughes JA, Alexander KE, Spencer L, Yates P, Vroon E, McPhail SM. **Factors associated with time to first analgesic medication in the emergency department.** *J Clin Nurs.* 2021;30(3–4):482–93. doi:10.1111/jocn.15505.
21. Ferreira-Valente A, Pais-Ribeiro J, Jensen MP. **Emergency department revisits for pain-related complaints: a prospective cohort study.** *Eur J Emerg Med.* 2021;28(5):345–52. doi:10.1097/MEJ.0000000000000759.
22. Mao W, Tang W, Zhou Q, Wu S, Liu J, et al. **Interventions to reduce repeat presentations to hospital emergency departments: a scoping review.** *BMJ Open.* 2023;13:e051959. doi:10.1136/bmjopen-2021-051959.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.083, de 2 de agosto de 2022. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Dor Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

24. Santos MB, Leal MS, Silva LCF, Barbosa MH. **Avaliação da implementação de um protocolo de manejo da dor iniciado por enfermeiros na emergência**. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(6):e20200148. doi:10.1590/0034-7167-2020-0148.

25. Zaslansky R, Meissner W, Chapman CR, et al. **Pain management in emergency settings: current trends and future directions**. *Pain Rep*. 2020;5(5):e853. doi:10.1097/PR9.0000000000000853.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico da amostra (n = 361)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	192	53,2
Masculino	169	46,8
Faixa etária		
18–30 anos	86	23,8
31–59 anos	196	54,3
≥ 60 anos	79	21,9
Cor da pele/etnia		
Branca	281	77,8
Parda	46	12,7
Preta	29	8,1
Indígena	4	1,1
Amarela	1	0,3
Ocupação/esforço laboral		
Aposentado	81	22,4
Desempregado	10	2,8

Do lar	21	6,1
Ocupação leve	118	32,7
Ocupação moderada	83	23,0
Ocupação pesada	47	13,0
Comorbidades*		
Hipertensão arterial sistêmica	121	33,5
Diabetes mellitus	52	14,4
Transtorno de ansiedade	17	4,7
Transtorno depressivo maior	14	3,9
Outras comorbidades	89	24,6
Sem comorbidades	68	18,9
Automedicação		
Sim	142	39,2
Não	219	60,8
Presença de acompanhante		
Com acompanhante	194	53,6
Sem acompanhante	168	46,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Alguns pacientes relataram mais de uma comorbidade.

Tabela 2 – Perfil clínico da dor na amostra (n = 361)

Variáveis	n	%
Tempo de início da dor		

1 dia	147	40,7
2–7 dias	148	41,0
8–15 dias	38	10,7
16–30 dias	28	7,6
Intensidade da dor (EVA)		
Leve (1–3)	38	10,5
Moderada (4–6)	105	29,0
Intensa (7–10)	218	60,5
Localização da dor*		
Abdome	100	27,7
Tórax	95	26,3
Cabeça/pescoço	83	23,0
Coluna	71	19,7

Membros inferiores	62	17,2
Membros superiores	60	16,6
Tipo de dor		
Nociceptiva	320	88,7
Neuropática	21	5,8
Nociplástica	20	5,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Alguns pacientes relataram mais de um local de dor.

Tabela 3. Características do atendimento hospitalar (n = 361)

Variáveis	n	%
Meio de transporte		
Ambulância	36	10,0
Próprio	256	70,9
Terceiros	69	19,1
Classificação de Manchester		
Não urgente	1	0,3
Pouco urgente	186	51,5
Urgente	101	28,0
Muito urgente	62	17,2
Emergência	11	3,0

Diagnóstico principal		
Traumatismo	73	20,3
Abdome agudo	33	9,1
Síndrome coronariana aguda	30	8,3
Infecção vias aéreas superiores	22	6,1
Nefrolitíase	16	4,4
Infecção urinária baixa	15	4,2
Mialgia	15	4,2
Pneumonia	13	3,6
Transtorno ansioso	12	3,3
Pielonefrite	11	3,0
Gastroenterite	10	2,8
Outros (<2%)	108	29,9

Tabela 4. Manejo da dor e analgesia na amostra (n = 361)

Variáveis	n	%
Medicamentos administrados*		
AINEs/analgésicos locais	301	83,9
Opioide fraco	150	41,6
Opioide forte	8	2,2
Antiemético	128	35,5
Antiespasmódico	50	13,9
Relaxante muscular	39	10,8
Corticoide	48	13,3
Benzodiazepínico	9	2,5

Protocolo SCA	28	7,8
Ausência de prescrição analgésica	12	3,3
Escala da OMS de analgesia		
Nível 1	210	58,2
Nível 2	147	40,7
Nível 3	4	1,1
Via de administração*		
Oral	252	69,8
Intramuscular	79	21,9
Endovenosa	157	43,5
Tempo de permanência (h)		
< 1	10	2,8
1–4	98	27,1
4–8	166	46,0
> 8	87	24,1
Destino do paciente		
Alta	251	69,5
Internação	58	16,1
Encaminhamento especialista	25	6,9
Encaminhamento atenção primária	19	5,3
Evasão	8	2,2
Reincidência em 30 dias		
Não	251	69,5
Sim	110	30,5

***Alguns pacientes receberam mais de um tipo de fármaco e por diferentes vias de administração.**

FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da intensidade da dor (EVA) - n=361

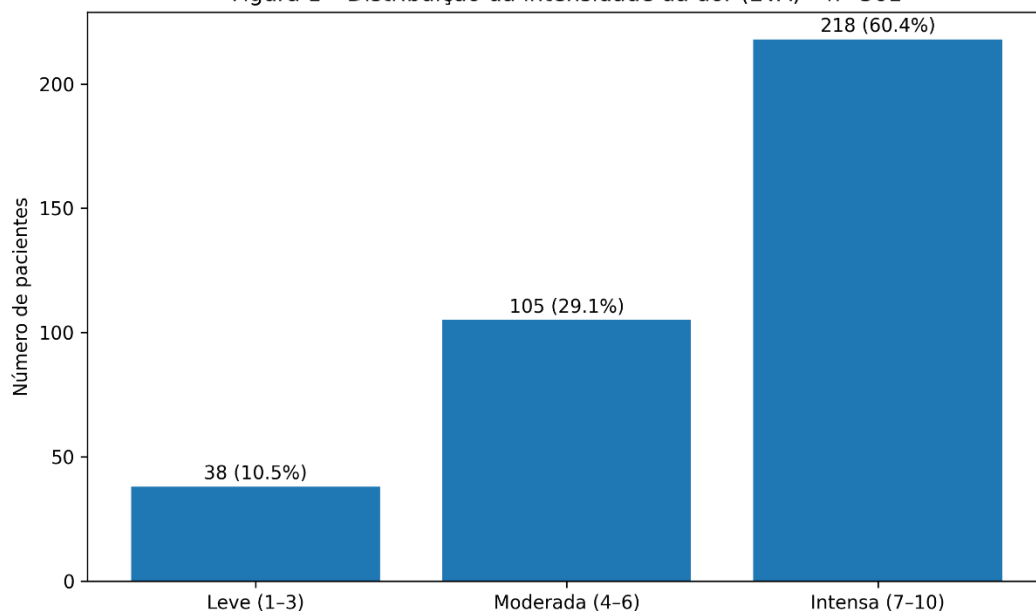


Figura 1 - Distribuição da intensidade da dor (EVA) - n=361

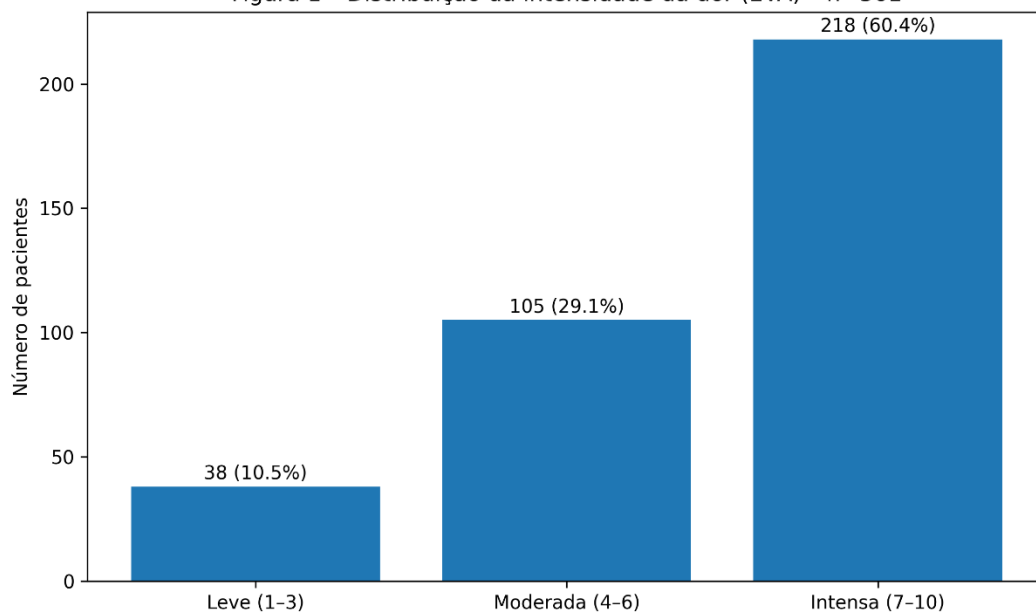


Figura 3 - Tempo de início da dor - n=361

