

ANALGESIA EM ACIDENTADOS DE TRANSPORTE: INDICADORES PARA UMA ATUAÇÃO SEGURA NA EMERGÊNCIA*

ANALGESIA IN VICTIMS OF TRAFFIC ACCIDENTS: INDICATORS FOR SAFETY IN EMERGENCY SERVICES

ANALGESIA EN ACCIDENTADOS DE TRÁNSITO: INDICADORES PARA LA ACTUACIÓN SEGURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Ana Maria Calil Sallum¹

RESUMO

Conhecer indicadores a serem utilizados na prática clínica para a avaliação e tratamento analgésico em acidentados de transporte e pontuar a frequência e a gravidade das lesões nessa população foram os objetivos com esta pesquisa. Utilizou-se o método retrospectivo, com uma amostra de 200 prontuários de pacientes internados no pronto-socorro de um hospital referência para o atendimento ao trauma. A gravidade das lesões foram caracterizadas por índices de gravidade anatômicos e a terapêutica analgésica com base na escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS). Identificou-se relação de significância entre o grupo com analgesia e o grupo sem analgesia em relação ao número de lesões. As lesões em membros, cabeça, face e superfície externa foram as mais frequentes, e em 85% dos casos com gravidade menor ou igual a 3. Quanto à gravidade, destacaram-se as lesões cerebrais. O número médio de lesões influenciou na decisão de analgesiar, mas não a gravidade do trauma, o sexo ou a idade. A maioria das lesões foi de gravidade igual ou menor a 3, localizadas, principalmente, em três regiões corpóreas, excluindo-se as lesões na cabeça/pescoço.

Palavras-chave: Dor; Avaliação; Causas Externas; Analgesia.

ABSTRACT

This study aims to recognize indicators which can be used in clinical practice to evaluate and treat pain in victims of traffic accident, as well as to score the frequency and lesion severity in such population. This is an original and retrospective study with a sample of 200 records of patients admitted in the emergency room of a reference trauma center. The lesion severity was characterized according to anatomic severity indexes and the analgesic therapy was based on the World Health Organization analgesic ladder. There was a significant relationship between analgesia and number of lesions. The most frequent lesions were those of the limbs, head, face and external surface. Severity was less or equal to 3 in 85% of the cases and cerebral lesions were the most severe ones. The average number of lesions affects the decision to provide analgesia, to the detriment of trauma severity, gender and age. Injuries were mostly located in three body parts, except those on the head/neck. Lesions' severity was mainly less or equal to 3.

Key words: Pain; Evaluation; External Causes; Analgesia.

RESUMEN

Conocer indicadores a utilizar en la práctica clínica para la evaluación y tratamiento analgésico en accidentados de tránsito e indicar la frecuencia y gravedad de las lesiones en dicha población. Se trata de un estudio retrospectivo, inédito en nuestro medio, realizado con una muestra de 200 historias clínicas de pacientes internados en el servicio de emergencias de un hospital de referencia para atención del trauma. La gravedad de las lesiones fue caracterizada por índices de gravedad anatómicos y la terapéutica analgésica en base a la escala analgésica de la Organización Mundial de Salud. Se identificó una relación de significancia entre el grupo con y sin analgesia en relación al número de lesiones. Las lesiones en miembros, cabeza, rostro y superficie externa fueron las más frecuentes y, en el 85% de los casos, con gravedad menor o igual a 3; en cuanto a la gravedad, se destacaron las lesiones cerebrales. Se identificó que el número promedio de lesiones influyó en la decisión de analgesiar pero no la gravedad del trauma, sexo o edad. La mayoría de las lesiones fueron de gravedad igual o menor a 3, localizadas principalmente en 3 regiones corporales, excluyéndose las lesiones en la cabeza/cuello.

Palabras clave: Dolor; Evaluación; Causas Externas; Analgesia.

* Parte da tese de Doutorado intitulada: *Dor e analgesia em vítimas de acidentes de transporte atendidas em pronto-socorro*, defendida em 2003, na EEUSP. Ganadora do prêmio Simbidor-2007 (*Simpósio Internacional de Dor*) de melhor trabalho na área de tratamento da dor no Brasil. Bolsa CNPq – Processo n. 87.0261/1997-5.

¹ Enfermeira. Mestre e Doutora pela EEUSP. Professora colaboradora do Centro Universitário São Camilo na especialização de emergência.

Endereço para correspondência: Alameda Fernão Cardim, 140, apto 61, JD Paulista, SP, capital – CEP 01403-020. Telefone: 3289-1893. Fax: 32893343.

E-mail: easallum.fnr@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

As principais causas de morbidade e mortalidade ao redor do mundo estão entre as externas e o número de mortes por acidentes de trânsito, em 2005, no Brasil, foi de 35.763, o que corresponde à média de 98 mortes por dia.¹

Quanto às vítimas que chegaram a ser internadas, os números são alarmantes, quase 120 mil hospitalizações em 2005, com taxa de 64 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para cada 100 mil habitantes.¹

O número de acidentes com vítimas em 2005 foi de 383.371 e mostra um número de acidentados igual a 513.510, o que projeta, em média, 1.406 acidentes/dia e 1.369 vítimas/dia (1,30 vítima por acidente). Em decorrência desse evento, totalizaram-se 117.155 internações hospitalares, significando 15,5% das hospitalizações por lesões, o que mostra o impacto desses ferimentos.²

A dor é reconhecida como uma das principais consequências do trauma e a repercussão dela é identificada como potencialmente prejudicial ao organismo. Embora frequente, pouca atenção tem sido concedida ao traumatizado no que se refere ao controle algico. Essa situação de proporções pouco investigadas em nosso meio no setor de emergência é evidenciada por estudos oriundos de outros países.³

Os principais motivos apontados na literatura como causas do desvio da atenção para as prioridades imediatas, visando proteger o paciente e preservar as funções vitais, transferem, muitas vezes de modo injustificado, o problema da dor para um plano secundário ou inexistente. A repercussão orgânica do processo algico intenso é, geralmente, subestimada ou mesmo ignorada por médicos e enfermeiros. Além disso, constata-se desinformação sobre a farmacologia das drogas analgésicas e sobre as técnicas disponíveis, e ainda alega-se, com frequência, que a administração precoce de analgésicos pode mascarar um indício valioso para o diagnóstico etiológico, situação não mais aceita na literatura há anos.³

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano. A dor aguda surge como um alerta de que algo no organismo não está bem. No setor de emergência, esse tipo de dor é muito frequente, pois está relacionada aos agravos traumáticos, queimaduras, infecções e processos inflamatórios.⁴

A persistência de processos reacionais em razão da permanência da dor aguda resulta na formação de círculos viciosos com progressivo aumento das disfunções orgânicas e dos efeitos prejudiciais ao paciente traumatizado, como hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da perfusão sanguínea periférica e contração muscular reflexa. Nos quadros hemorrágicos, os estímulos nociceptivos agravam o estado de choque em decorrência da deterioração do desempenho mecânico do ventrículo esquerdo pela redução da oferta de oxigênio e pelo aumento da perda plasmática.⁵

Melhorar a perfusão tissular, minimizar a lesão celular e as alterações fisiológicas relacionadas com a hipóxia, controlar o quadro hemorrágico, manter parâmetros vitais estáveis e a estabilidade da coluna cervical são os objetivos prioritários do atendimento ao traumatizado.⁵

Parece claro, portanto, que a adequada avaliação, o controle e o alívio da dor, além do aspecto humanitário, deveriam constituir partes vitais do atendimento ao traumatizado, visando contribuir para a manutenção de funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor. Além disso, o conhecimento sobre a gravidade das lesões decorrentes do trauma pode servir de base para a criação de protocolos de analgesia.

Entre as dores agudas, a dor na emergência é a menos investigada em nosso meio, sendo este estudo o primeiro em nosso país; tal fato é preocupante, visto o grande número de vítimas atendidas e que permanecem diariamente nesse setor.³ Além disso, não existe, nos manuais de atendimento às vítimas de trauma, um capítulo específico dedicado ao tema dor, bem como à analgesia e à utilização de instrumentos de avaliação para aferir o quadro algico.⁵

Diante dessa realidade, optou-se por desenvolver um estudo para identificar qual(is) indicador(es) determinaria(m) a analgesia e pontuar as regiões corpóreas mais frequentes e gravemente atingidas em acidentes de transporte.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Coleta, recebendo o número de Protocolo nº 074/02.

O estudo foi realizado em um hospital geral governamental de nível terciário, considerado no sistema de atendimento hierarquizado ao trauma do município como referência universitária para a região oeste da grande São Paulo e municípios vizinhos.

Em levantamento prévio, realizado na Divisão de Arquivo Médico (DAM) da instituição deste estudo, constatou-se que a média anual de pacientes admitidos para tratamento em decorrência de acidentes de transporte girava em torno de 1.500 e, desses, aproximadamente 640 permaneciam internados. Após orientação estatística, propôs-se realizar a análise de uma amostra dessa população com precisão desejada de 5%, prevalência esperada de 50% e risco de 1%, o que resultou em 200 prontuários a serem analisados, representando quase um terço da população total de internados.

A seleção de eventos considerados acidentes de transporte baseou-se nos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), expressa na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), sob os códigos alfa numéricos V01 a V099.⁶

Tendo em vista a análise proposta, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: vítimas de acidente de

transporte provenientes diretamente da cena do evento, admitidas via pronto-socorro; eventos classificados pela DAM como acidentes de transporte; não terem evoluído para óbito nas primeiras 24 horas e terem idade maior que 16 anos.

As fontes de dados incluíram listas computadorizadas da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), listas de pacientes internados em decorrência de acidentes de transporte fornecidas pela DAM e prontuários dos pacientes internados no pronto-socorro.

Baseando-se na relação dos pacientes de interesse, a pesquisadora dividiu-os em quatro grupos de acordo com a causa externa: acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes de moto e outros. Do total de 634 pacientes internados em 2002, 250 foram por acidente de auto, 234 por atropelamento, 137 por acidente de moto e 13 por outras classificações. Cada prontuário, dentro de cada grupo, recebeu um número específico, em ordem crescente. Com base no estabelecido por orientação estatística, foram sorteados 80 prontuários de vítimas de acidente de automóvel, 70 de atropelamento e 50 vítimas de moto, os quais constituíram a amostra de 200 prontuários. A solicitação dos prontuários foi feita por grupos e, na eventualidade do extravio de um prontuário selecionado, foi sorteado outro "reserva", pertencente ao mesmo grupo.

A coleta de dados foi iniciada após a autorização da Comissão de Ética para Análise de Projeto de Pesquisa (CAP-Pesq.), da Diretoria Clínica do Hospital.

Para cada paciente foi aberta uma ficha de coleta de dados, e as informações pertinentes ao estudo foram registradas desde o momento da entrada do paciente no hospital até um período aproximado de 24 horas. O horário de registro na ficha de admissão foi considerado o ponto inicial e o horário dos medicamentos na ficha de admissão e/ou prontuário o marco final.

Após a análise dos 200 prontuários, foram identificados 17 tipos distintos de prescrições analgésicas, os quais foram reagrupados em três padrões de analgesia, que

serviram de base para as análises dessa etapa do estudo. São eles: grupo I: Analgésico simples e/ou antiinflamatório não hormonal (AINH); grupo II: Analgésico simples + AINH + Opióide(s); grupo III: Analgésico simples + Opióide(s) + Midazolam.

O grupo I corresponde ao primeiro degrau da Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷ e o grupo II, ao segundo e terceiro degraus. Organizou-se o grupo III, pois considerou-se que o acréscimo de midazolam pareceu indicar um objetivo terapêutico diferente dos grupos I e III.

Nessa categorização não foram levadas em consideração o medicamento, a dose, o intervalo e a via de administração. Tal decisão deveu-se ao fato de terem sido encontradas tantas configurações que, se não organizadas de modo mais abrangente, tornariam impossível qualquer análise estatística.

Para aferir a gravidade das lesões utilizou-se o índice Abbreviated Injury Scale (AIS) de base anatômica, apresentado sob a forma de um manual, no qual centenas de lesões são listadas de acordo com o seu tipo, localização e gravidade. É um instrumento aceito mundialmente para o estudo da natureza das lesões apresentadas por pacientes de trauma.

A gravidade de cada lesão contida na AIS varia de gravidade mínima=1 a gravidade máxima=6; por definição, as lesões de score igual ou inferior a 3 são aquelas que, isoladas, não ameaçam a vida e as iguais ou maiores que 4 são consideradas, progressivamente, graves, críticas e fatais.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Excell e realizada análise estatística utilizando o programa SAS versão 6.12 (SAS Institute, Cary, Estados Unidos). Foram realizadas análises de frequência absoluta e relativa e medidas de posicionamento: média e mediana, e dispersão por meio de desvio-padrão, bem como teste de qui-quadrado para a avaliação de homogeneidade das frequências ou Fisher e Teste t de Student para comparação múltipla entre as médias. Considerou-se significativo os testes cujo valor de p foi menor do que 0,05.

RESULTADOS

TABELA 1 – Distribuição do total de lesões anatômicas registradas nos prontuários dos pacientes (n = 570) segundo região corpórea e escores AIS d" 3 e AIS e" 4 – São Paulo, 2003

Região Corpórea	Escore AIS				Total	
	≤ 3		≥ 4		n°	%
	n°	%	n°	%		
Membros superiores, inferiores e cintura pélvica	142	93,4	10	6,6	152	100,0
Cabeça/pescoço	60	50,8	58	49,2	118	100,0
Face	105	96,3	4	3,7	109	100,0
Superfície externa	105	96,3	4	3,7	109	100,0
Tórax	39	88,6	5	11,4	44	100,0
Abdome/conteúdos pélvicos	35	92,1	3	7,9	38	100,0
Total	486	85,2	84	14,8	570	100,0

Observa-se, na TAB. 1, que 486 (85,2%) do total de 570 lesões tinham gravidade AIS d" 3 e 84 (14,8%) gravidade AIS e" 4. Houve predominância de lesões AIS d" 3 para todas as regiões corpóreas, à exceção de cabeça/pescoço, onde ocorreu distribuição equitativa entre

lesões de gravidade AIS d" 3, 60 (50,8%) e AIS e" 4, 58 (49,2%).

A análise das lesões AIS e" 4, isoladamente, mostra que quase metade delas (49,2%) ocorreram na região corpórea de cabeça/pescoço.

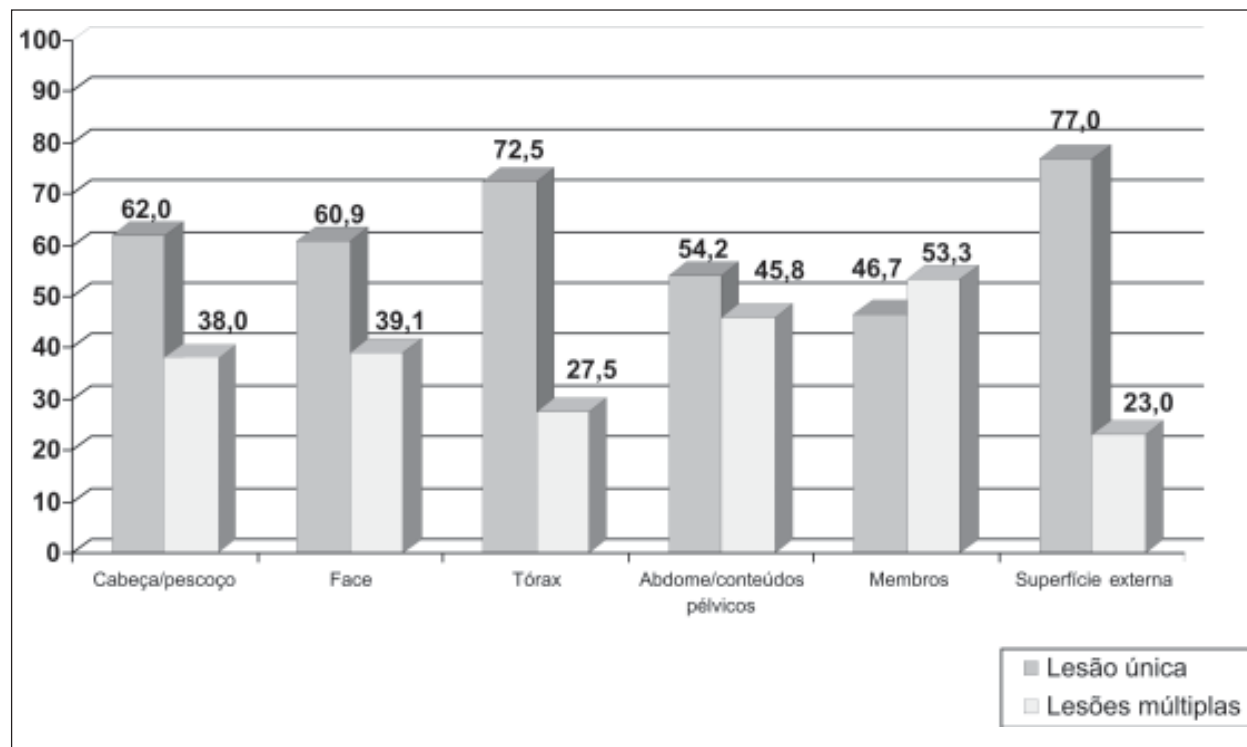


GRÁFICO 1 – Distribuição do percentual de lesão única e lesões múltiplas por região corpórea – São Paulo, 2003

Verifica-se, no GRAF. 1, que a presença de uma única lesão por região corpórea ocorreu em todas as regiões, exceto nas regiões de membros superiores, inferiores e cintura pélvica, nas quais a presença de lesões múltiplas obteve percentual superior (53,3%). Destacam-se as regiões corpóreas de superfície externa (77,0%) e tórax (72,5%) com lesões únicas. As demais regiões corpóreas obtiveram um percentual em torno de 40,0% para as lesões múltiplas.

A TAB. 2 mostra que, em relação à gravidade do trauma (NISS) os pacientes situaram-se, fundamentalmente, nas faixas de gravidade 1 – 8 (36,2%), 9 – 15 (22,1%) e 16 – 24 (23,1%). Do total de pacientes, 58,3% apresentaram NISS d" 15 e 41,7% NISS e" 16, indicativo de trauma importante.

Dos 200 pacientes estudados, ressaltou-se que 179 receberam analgesia e 21 não foram analgésicos.

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes (n= 199) segundo a gravidade do trauma (NISS) – São Paulo, 2003

NISS	nº	%
1 – 8	72	36,2
9 – 15	44	22,1
16 – 24	46	23,1
25 – 40	27	13,6
41 – 49	9	4,5
50 – 74	1	0,5
75	–	–
Total	199	100,0

*Uma vítima não apresentou lesão.

TABELA 3 – Distribuição da média, desvio-padrão e mediana (das lesões) entre os grupos com analgesia e sem analgesia - São Paulo, 2003

Analgesia	Lesões			Total
	Média	Desvio-padrão	Mediana	
Com	2,9	1,37	3	527
Sem	2,1	1,3	2	43

"Teste t de student" p = 0,013

No grupo de pacientes com analgesia, verificam-se 527 lesões com média de 2,9 lesões por paciente, desvio-padrão de 1,37 lesão e mediana de 3 lesões. No grupo sem analgesia, notam-se 43 lesões, com média de 2,1 lesões por paciente, desvio-padrão de 1,3 lesão e

mediana de 2 lesões. O "Teste t de Student" mostrou que o grupo com analgesia apresentou número médio de lesões significativamente maior que o do grupo sem analgesia ($p = 0,013$).

TABELA 4 – Análise das relações entre as variáveis sexo e idade nos grupos com analgesia e sem analgesia – São Paulo, 2003

Sexo	Com analgesia		Sem analgesia		Teste
	n	%	n	%	
Masculino	141	78,8	17	81,0	Teste exato de Fisher $p = 1.000$
Feminino	38	21,2	4	19,0	

Idade	Com analgesia	Sem analgesia	Teste
	16 – 82 anos	16 – 73 anos	
	30,39 ± 14,23 anos	31,24 ± 15,87 anos	"Teste t de Student"
	mediana = 26 anos	mediana = 27 anos	$p = 0,7985$

Observa-se, na TAB. 4, que não houve diferença significativa entre as variáveis sexo (Fisher $p = 1,000$) e idade ("Teste t de Student" $p = 0,7985$) nos grupos com e sem analgesia.

DISCUSSÃO

Dor é um sintoma frequente em vítimas de trauma. Sua ocorrência e intensidade podem estar relacionadas ao tipo e à localização da lesão. É citada na literatura como mais frequente em membros inferiores e superiores, tórax e cabeça.^{3,5}

Inúmeros são os estudos que relatam que a dor na emergência, especialmente no trauma, é subavaliada, subtratada, advindo dessa situação o termo "oligoanalgesia".^{3,8-9}

A dor, muitas vezes intensa, vivenciada por esses pacientes pode perdurar horas, sem que qualquer tipo de conduta analgésica seja proposta.¹⁰ A situação dessas pessoas é duplamente custosa, uma vez que associados à dor existem os sentimentos de culpa, perda, dano, que frequentemente acompanham uma situação violenta e inesperada.¹¹

Autores enfatizam a importância da abordagem sistematizada na sala de emergência, o que já é realizado no hospital em estudo, mas apontam como fundamental que a sistematização da assistência prossiga após o primeiro atendimento como uma estratégia indispensável para obter alta acurácia diagnóstica, redução de custo, otimização de leitos e de recursos humanos.¹²

Autores reforçam a importância da padronização de condutas analgésicas no atendimento inicial às vítimas de trauma e apontam como iatrogenia o não alívio da dor, os efeitos colaterais advindos dela e a possibilidade de novas lesões resultantes da agitação causada pela dor.^{3,5,13}

Em estudo nacional avaliando aspectos da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar nas vítimas de causas externas, constatou-se que 40% de 139 vítimas estudadas avaliaram a dor como intensa e 19% como insuportável. Os locais mais frequentes de queixa algíca foram membros inferiores e superiores, cabeça e face. Analgésicos só foram utilizados em 4,3% das remoções, embora houvesse analgésicos em 14,5% das viaturas, médico em 15,1% dos veículos e lesões potencialmente muito dolorosas, como fraturas, em 28,1% dos casos.¹⁴

Pesquisadores americanos, avaliando a satisfação do paciente de trauma com a analgesia recebida no setor de emergência, identificaram que 70% permaneciam com dor, 25% relataram alívio e 5% estavam incertos.¹⁵

O desconhecimento do tratamento farmacológico, a carência de educação específica na área de dor na graduação e pós-graduação para profissionais de saúde e o medo de medicar são apontados como os principais obstáculos para a adequada avaliação e alívio da dor.¹⁵

Neste estudo, a opção por analisar a dor em vítimas de trauma em um hospital geral público e de ensino deveu-se à importância desse hospital nos meios científico e educacional no Brasil, pois atua como órgão formador de recursos humanos nas áreas de saúde para todo o País e é visto como modelo de assistência em trauma.

O serviço mostrou-se adequado para o desenvolvimento da pesquisa dado o grande número de vítimas de acidentes de transporte assistidos no setor de emergência, por ser um centro de referência para o atendimento ao trauma e pela possibilidade de encontro com profissionais que atuam no setor de emergência, e que, portanto, determinam as condutas analgésicas.

A decisão de analisar prontuários deveu-se à possibilidade de que isso resultasse em uma visão mais ampla e representativa da prática clínica e dos paradigmas que envolvem o tema dor e analgesia no setor de emergência, somada à carência de informação sobre o tema em nosso meio.

Foram diagnosticadas 570 lesões anatômicas nos 200 pacientes (TAB. 1). Considerando cada região corpórea, os membros superiores, inferiores e a cintura pélvica aparecem como as regiões mais atingidas, sendo responsáveis por 152 (26,7%) lesões, seguidas pela região de cabeça/pescoço com 118 (20,7%) lesões.

Em estudo analisando a distribuição de lesões por região corpórea em vítimas de acidente de transporte, constatou-se a mesma distribuição acima citada, com inversão na posição entre os postos. Na análise por categoria de vítimas, porém, os ocupantes de moto apresentaram um número significativamente maior de lesões em membros superiores, inferiores e na cintura pélvica em relação às demais vítimas, enquanto os atropelamentos e acidentes de auto, um número maior de lesões em cabeça/pescoço e face.^{16,17}

A observação de lesões em 3.594 admissões hospitalares em 28 centros de trauma também apontou os membros superiores, inferiores e cintura pélvica como as primeiras regiões corpóreas atingidas (51% dos casos).¹⁸

Em outro estudo analisando a localização de lesões em 6.099 vítimas desse evento no Brasil, observou-se os membros inferiores e superiores (69,7%), cabeça (49,6%) e tórax (19,9%) foram as regiões corpóreas mais atingidas.¹⁹

A distribuição encontrada neste estudo e confirmada na literatura aponta, com frequência, as regiões de membros superiores, inferiores, cintura pélvica e cabeça/pescoço como as duas regiões corpóreas mais atingidas em acidentes de transporte, com variação para as demais áreas atingidas.

Em relação à região corpórea mais gravemente atingida, a cabeça/pescoço aparece com percentual bastante superior às demais regiões, com 58 (49,1%) das lesões com AIS e" 4. Esse achado revela-se de extrema importância dado o alto valor prognóstico determinado por lesões nesse segmento corpóreo (TAB. 2). O TCE em vítimas de acidente de transporte é a lesão isolada mais frequentemente encontrada em casos graves e fatais.^{16,20}

A região torácica, segunda mais gravemente atingida, embora com 12,5% de lesões AIS e" 4, é identificada,

em estudos recentes sobre dor e analgesia no trauma, como um segmento corpóreo de alto risco para o paciente, uma vez que a permanência da dor e seus efeitos deletérios podem levar a uma falência respiratória irreversível.²⁰

As lesões na região de membros superiores, inferiores e na cintura pélvica merecem ser destacadas, pois, apesar de baixa letalidade, implicam longos períodos de internação, grande número de cirurgias plásticas e corretivas, imobilização no leito, infecções, escaras e, principalmente, dor.^{3,17}

Conforme apresentado no GRAF. 1, aproximadamente 40,0% das lesões foram múltiplas nas regiões corpóreas de cabeça/pescoço, face, abdome/conteúdos pélvicos e superior a 50,0% em membros superiores, inferiores e cintura pélvica. As vítimas de acidente de transporte são caracterizadas, frequentemente, como pacientes politraumatizados ou com múltiplas lesões no mesmo segmento corpóreo, o que reforça a importância do alívio da dor nessa população.^{10,16}

Das 199 vítimas nas quais foi possível identificar a gravidade do trauma (NISS), 58,3% ficaram em faixas de gravidade inferior a 16% e 41,7% com gravidade de trauma e" 16, indicativo de trauma importante (TAB. 2).

Inúmeras pesquisas mostram resultados semelhantes aos citados acima, porém um percentual importante de vítimas de acidente de transporte apresenta gravidade do trauma ISS e" 16.22-23

Pela caracterização deste estudo, percebe-se que grande parte dos pacientes apresentou lesões múltiplas e trauma importante, condições potencialmente muito dolorosas. Tal situação é propícia para estudos sobre dor e analgesia.

Inicialmente, indagou-se sobre quais fatores influenciariam na decisão de analgesiar. Para responder a tal questionamento, analisaram-se os pacientes que receberam e os que não receberam analgesia quanto às variáveis gravidade do trauma, número médio de lesões, idade e sexo. Observou-se que o número médio de lesões influenciou na decisão de analgesiar, mas não a gravidade do trauma (NISS), o sexo e a idade (TAB. 3 e 4).

Esse achado é novo na literatura, e guiar-se por tal parâmetro parece adequado, visto que, quando há múltiplas lesões em uma ou mais regiões corpóreas, o quadro doloroso poderá estar acentuado. Gravidade do trauma não indica, necessariamente, processos dolorosos intensos, uma vez que muitos pacientes podem estar inconscientes. No entanto, o uso conjunto dos dois parâmetros (número de lesões e gravidade do trauma) parece o mais indicado.

Outro aspecto que merece destaque é a confusão, na prática clínica, em relação aos conceitos de sedação e analgesia, uma vez que se espera, no primeiro caso, que ocorra a diminuição do nível de consciência e, no segundo, a diminuição da dor. Não raro, observa-se

pacientes sedados por causa de uma lesão neurológica com alterações neurovegetativas importantes, advindas, provavelmente, da dor não aliviada.³

Os resultados deste estudo indicaram que a decisão de prescrever antiálgicos esteve diretamente relacionada ao número médio de lesões apresentadas, como mostram os dados da TAB. 3. Esse achado, inédito em nossa literatura, indica que a relação entre analgesia e número de lesões é um fator considerado na prática médica. Parece evidente, embora não identificado na literatura, que lesões múltiplas causariam dor de maior intensidade, gerando a necessidade de analgesia ou tornando a dor mais evidente. Desse modo, constatou-se que o primeiro aspecto observado para a indicação analgésica reside no número de lesões apresentadas pelo paciente.

Espera-se que esses dados sirvam de orientação para as equipes médicas e de enfermagem nos cenários de pré- e intra-hospitalar na avaliação e tratamento álgico de vítimas de trauma que superlotam os serviços de emergência e chamem a atenção para a necessidade de novos estudos ainda incipientes em nosso meio em relação à temática abordada.

O avanço na avaliação e no tratamento do paciente traumatizado foi muito grande nos últimos vinte anos, no entanto, estudos relacionados à dor e à analgesia ainda são incipientes em nosso meio, gerando sofrimento a milhares de vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após vinte anos atuando com vítimas de trauma, sabe-se que o limite entre a vida e a morte é muito tênue e que a morte, por vezes, não é o pior a ser enfrentado.

Alguns teóricos criticam a utilização do termo "vítima" quando se fala em causas externas, mas essa palavra reflete, em grande parte dos casos, a realidade. Em nossa sociedade, há décadas, somos vítimas da impunidade, do desmando, do pouco caso com relação à saúde e à saúde pública, da falta de educação, dos

embriagados das madrugadas, carentes de iniciativa e, sobretudo, vítimas de nosso egoísmo e da nossa falta de coragem ou de nossa miopia diante dos problemas alheios e facilmente ou felizmente esquecidos ao chegarmos em nossos lares tão protegidos.

Algo deve ser feito quando uma criança é atropelada, torna-se paraplégica ou tetraplégica e os seus infratores alcoolizados são inocentados por bandidos de gravata. Algo precisa ser feito quando um adolescente chega espancado com graves lesões cerebrais e não se encontram os seus malfeitores. Algo precisa ser feito quando tiros perdidos atingem trabalhadores, e assim segue a nossa vida diante das causas externas...

Acreditando, ainda, que algo precisa ser realizado em prol dessas *vítimas*, não podemos concordar que após sofrerem uma situação aguda, a qual, muitas vezes, modifica-lhes definitivamente a vida e a de seus familiares, não tenham *sua dor física aliviada*. Para ilustrar essa situação, transcreve-se a frase de um paciente, no setor de emergência, aguardando por cuidados após quatro horas de sua admissão por atropelamento: *Moça, por que tanta gente passa, olha, mexe na gente e não faz nada? Minha perna tá quebrada, meu braço e minhas costas doem, e ninguém me ajuda. Será que eles não estão me vendo?*

Sonha-se e espera-se que em um futuro próximo essa frase possa ser substituída por agradecimentos à equipe de saúde pelo controle ou, ao menos, alívio da dor.

CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, relação de significância entre o grupo com analgesia e o grupo sem analgesia, em relação ao número médio de lesões. A região mais frequentemente acometida foi a de membros inferiores/superiores e a de maior gravidade, a de cabeça/pescoço. Espera-se que esses achados sejam úteis para as equipes de saúde nos cenários de pré- e intra-hospitalar e contribuam para o controle e/ou alívio da dor nos pacientes de trauma.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MHPM, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet; 2007.
2. Vranjac A. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 40(3):553-6.
3. Calil AM, Pimenta CAM, Birolini D. The Oligoanalgesia problem in the emergency care. Clinics. 2007; 62(5):591-9.
4. International Association for Study of Pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. 1994. Document number – 491-292.
5. American College of Surgeons (ACS). Committee on Trauma. Suporte Avançado de Vida no Trauma – SAVT: Programa para Médicos. São Paulo: ACS; 2004.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Doenças Relacionados à Saúde. 10ª ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1998. 2 v.
7. Kelly AM. A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. J Accid Emerg Med. 2001; 18(4):321-2.
8. Lewis LM, Lasater LC, Brooks CB. Are emergency physicians too stingy with analgesics. South Med J. 1994; 87(1):7-9.
9. Pasero C, Mc Caffery M. The undertreatment of pain. Am J Nurs. 2001; 101(11):62-5.

10. Calil AM, Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação da analgesia. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13(5):692-9.
11. American College of Emergency Physicians (ACEP). The use of adult sedation and analgesia. *Ann Emerg Med.* 1994; 24:204-9.
12. Bassan R, Scofano M, Gamazski R, Dohmann HF, Pimenta L, Volschan A. A importância de uma abordagem sistematizada na sala de emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2000; 74(1):13-21.
13. Bell TL, Mitchiner JC, Frederiksan SM, McCormick J. Patient preferences regarding pain medication in the emergency setting. *Am J Emerg Med.* 2000; 18(4):376-80.
14. Fogaça V, Pimenta CAM, Carvalho MB. Dor e analgesia em vítimas de trauma no atendimento pré-hospitalar. In: Programa oficial do 3º Simpósio Internacional de Dor; 1997; São Paulo: Grupo de Estudos da Dor HC/FMUSP; 1997. p.19.
15. Teixeira MJ. Dor no atendimento em Pronto-Socorro. Avaliação do conhecimento da equipe de saúde sobre dor, analgesia e procedimentos prescritos para o controle. *Rev Med* 1999; 78(3):359-63.
16. Gennarelli TA, Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. Comparison of mortality, morbidity and severity of 59.713 head injury patients with 114.447 patients with extracranial injuries. *J Trauma.* 1994; 37(6):962-8.
17. Malvestio MAA, Sousa RMC. Sobrevivência após acidente de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Rev Saúde Publica.* 2008; 42(5):639-47.
18. Alpen MA, Morse C. Managing the pain of traumatic injury. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2001; 3(2):243-57.
19. Chao A. Management of sedation and analgesia in emergency setting. *J Trauma.* 2006; 60 (3):579-81.
20. Senna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma cranioencefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino am Enferm.* 2006; 14(2): 183-9.
21. Boutros F, Redelmeier DA. Effects of trauma cases on the care of patients. Who have chest pain in na emergency department. *J Trauma.* 2000; 48(4): 649-53.
22. Champion HR, Copes WS. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. *J Trauma.* 1990; 19(4):1010-13.
23. Sanborn PA. Adverse cardiovascular and respiratory events during sedation of pediatric patients for imaging examinations. *Radiology.* 2005; 237:288-94.

Data de submissão: 30/12/2008

Data de aprovação: 9/6/2009