

Artigo Original

A dor aguda na perspectiva de pacientes vítimas de trauma leve atendidos em unidade emergencial

Acute pain from the perspective of minor trauma patients treated at the emergency unit

Dolor agudo en la perspectiva de pacientes víctimas de trauma leve tratados en unidad de urgencia



Andrea Regina Martin^a
Jamyle Rubio Soares^b
Viviane Cazetta de Lima Vieira^c
Sonia Silva Marcon^d
Mayckel da Silva Barreto^e

RESUMO

Objetivo: conhecer os fatores que influenciam a percepção da dor aguda e as consequências dessa experiência em pacientes vítimas de trauma leve.

Método: Estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em um serviço de pronto atendimento no Sul do Brasil. Os dados foram coletados em outubro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 29 indivíduos que relataram dor após trauma físico, independentemente do fator desencadeador. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.

Resultados: Emergiram duas categorias: fatores que influenciam a percepção da dor decorrente de trauma e consequências da dor aguda decorrente de trauma. A sensação dolorosa aguda foi influenciada por fatores biológicos, emocionais, espirituais e socioculturais e acarretou consequências biológicas e emocionais nos indivíduos.

Conclusão: Os profissionais de saúde precisam considerar os fatores interferentes na sensação dolorosa e suas consequências para a adequada avaliação e manejo da dor decorrente do trauma.

Palavras-chave: Dor aguda. Percepção da dor. Ferimentos e lesões. Serviços médicos de emergência. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To study the factors that influence the perception of acute pain and the consequences of this experience in patients suffering from mild trauma.

Method: Descriptive qualitative study conducted in an emergency service in southern Brazil. Data was collected in October 2013, through semi-structured interviews with 29 individuals who reported pain after physical trauma, regardless of the triggering factor. To process the data, we used a Content Analysis technique, subject modality.

Results: Two categories emerged: Factors that influence the perception of pain resulting from trauma and, Consequences of acute pain due to trauma. The acute pain sensation was influenced by biological, emotional, spiritual and socio-cultural factors and induced biological and emotional consequences for individuals.

Conclusion: The health professionals need to consider the factors that influence soreness and its consequences for the proper assessment and management of pain resulting from trauma.

Keywords: Acute pain. Pain perception. Wounds and injuries. Emergency medical service. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores que influyen la percepción del dolor agudo y las consecuencias de esta experiencia en pacientes que sufren trauma leve.

Método: Estudio cualitativo descriptivo realizado en un servicio de urgencia en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados en octubre de 2013, a través de entrevistas semiestruturadas con 29 individuos que informaron dolor después de un traumatismo físico. Para el tratamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido, temática.

Resultados: Emergieron dos categorías: factores que influyen en la percepción del dolor resultante de trauma y consecuencias de dolor agudo debido a traumatismo. La sensación dolorosa aguda fue influenciada por factores biológicos, emocionales, espirituales y socio-culturales e inducidos consecuencias biológicas y emocionales en los individuos.

Conclusión: Los profesionales de salud deben conocer los factores que influyen el dolor y sus consecuencias para la evaluación y manejo del dolor resultante de trauma adecuado.

Palabras clave: Dolor agudo. Percepción del dolor. Heridas y traumatismos. Servicios médicos de urgencia. Atención de enfermería.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48728>

^a Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN). Mandaguari – Paraná – Brasil.

^b Acadêmica de Enfermagem da FAFIMAN. Mandaguari – Paraná – Brasil.

^c Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da FAFIMAN. Mandaguari – Paraná – Brasil.

^d Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá – Paraná – Brasil.

^e Doutorando em Enfermagem da UEM. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da FAFIMAN. Maringá – Paraná – Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O trauma, em decorrência de causas externas, vem aumentando os índices de morbidade e mortalidade em diversas partes do mundo⁽¹⁻²⁾, inclusive no Brasil⁽³⁾. As mortes e internações por causas externas representam, atualmente, importante problema de saúde pública, econômico e social. Aproximadamente 60 milhões de pessoas ao ano, no mundo, sofrem algum tipo de traumatismo, e os mais graves provocam uma em cada seis internações hospitalares⁽⁴⁾.

Entre as consequências do trauma destacam-se alterações orgânicas e psicológicas, influenciadoras diretas na presença e na piora da dor aguda. A dor é uma experiência desagradável no âmbito sensorial e também emocional, causando prejuízos significativos ao paciente⁽⁵⁻⁶⁾. Entre as dores agudas, as mais bem avaliadas nos serviços de saúde e estudadas no meio científico-acadêmico são as pós-operatórias e as desencadeadas por processos inflamatórios e infecciosos⁽⁷⁾. Deveras, a dor do trauma não tem tido o mesmo destaque, apesar de, na atualidade, ser crescente o número de vítimas de causas externas⁽¹⁻³⁾.

Pesquisas que busquem conhecer os diversos fatores interferentes e condicionantes da sensação dolorosa são fundamentais, pois, segundo o conceito de dor ultimamente empregado pela comunidade científica, nem sempre existe relação direta entre lesão tecidual e dor⁽⁵⁻⁶⁾ e, até onde se sabe, ainda é incipiente o conhecimento nessa área. Os poucos estudos realizados até o momento parecem convergir para que, durante a avaliação do paciente, na busca de se compreender de maneira mais ampla a sensação de quem experiencia a dor aguda em decorrência do trauma, se considere sua abrangência biopsicocultural^(4,6-8).

A dor – quando não avaliada e tratada adequadamente nos pacientes traumatizados – pode desencadear, além da cronificação do quadro, diversos danos orgânicos e emocionais imediatos: hipoventilação, aumento da carga de trabalho cardíaco, diminuição da perfusão periférica, taquicardia e ansiedade⁽⁹⁾. Esses danos, por si só, justificam a importância dos profissionais de saúde, além de cuidarem das alterações fisiopatológicas decorrentes do trauma, avaliarem adequadamente a presença e intensidade da dor, os aspectos subjetivos envolvidos na experiência dos indivíduos vítimas de trauma, e implementar o tratamento adequado em tempo hábil.

Nessa perspectiva, e considerando que, na prática clínica e na literatura, tem sido observado que a dor aguda, mesmo sendo uma experiência comum e clinicamente relevante no contexto de unidades emergenciais, não tem sido adequadamente valorizada, avaliada e tratada⁽¹⁰⁾ e, ainda, o fato de não existir um corpo de conhecimento

robusto que demonstre a maneira que os indivíduos experienciam a dor aguda em decorrência do trauma, inclusive como consequência daqueles caracterizados como mais leves, é que este estudo foi proposto. Acredita-se que seus resultados poderão subsidiar os profissionais de saúde no planejamento de ações e programas que priorizem a avaliação e controle da dor em vítimas de trauma, nas unidades emergenciais.

Diante do exposto, definiu-se como objetivo deste estudo: conhecer os fatores que influenciam a percepção da dor aguda e as consequências dessa experiência em pacientes vítimas de trauma leve.

■ MÉTODO

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma unidade emergencial pública no Sul do Brasil. Os informantes foram 29 pacientes vítimas de trauma que compareceram na unidade, no período de coleta de dados, e atenderam aos seguintes critérios: ter 18 anos ou mais e relatar dor aguda após trauma físico, independente do fator desencadeador. Foram excluídos os pacientes intubados, sedados e que não conseguiam responder as questões em decorrência do trauma (oito casos) ou que se negaram a participar do estudo (dois casos).

Os dados foram coletados de segunda a sexta-feira, no período das 8h às 17h, no mês de outubro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas. Elas foram realizadas em local privativo, na própria unidade emergencial, logo após o atendimento médico inicial e a implementação de cuidados, o que incluiu a administração de medicação, pela equipe de enfermagem. As entrevistas foram norteadas pela seguinte questão: *Como foi para você experimentar a dor aguda em decorrência do trauma? Fale-me sobre isso.* A busca por informações ocorreu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos⁽¹¹⁾ e o objetivo da pesquisa respondido.

Para a análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, após, submetidas à Análise de Conteúdo, modalidade temática, respeitando-se as etapas de pré-análise; exploração do material; tratamento e inferência dos dados⁽¹²⁾.

Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante de cada entrevista com posterior exploração do material, que consistiu na leitura minuciosa e exaustiva de todo o conteúdo, destacando-se e agrupando-se, por meio de cores, os principais pontos emergentes. A seguir, realizou-se a codificação das mensagens, com a qual se apreendeu os núcleos de sentido, os quais foram agrupados, gerando-se as categorias temáticas. Terminada a categorização, realizou-se a inferência a partir dos dados obtidos. Nessa fase, analisou-se

não somente o contexto da linguagem, mas, também, a condição do emissor e suas significações⁽¹²⁾.

Assim, da análise dos dados qualitativos emergiram as seguintes categorias temáticas: a) Fatores que influenciam a percepção da dor decorrente de trauma; e b) Consequências da dor aguda decorrente de trauma.

O estudo respeitou os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Instituição signatária (CAAE: 20517513.3.0000.0104). Os participantes foram identificados com a letra "E" de entrevistado, seguida de dois números arábicos, um referente à ordem de realização da entrevista e outro à sua idade. Ex: (E01, 46 anos).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Participaram 29 indivíduos com idade entre 18 e 71 anos (média de 44,5 anos). A maior parte era do sexo feminino (16); negra ou parda (20); e não havia completado o ensino médio (19). Na maioria dos casos o trauma foi ocasionado por acidentes domésticos e puderam ser classificados em leves ou moderados, pois todos os entrevistados receberam alta após o atendimento inicial e a administração da medicação prescrita.

Fatores que influenciam a percepção da dor decorrente de trauma

De acordo com a análise dos dados, observou-se que a dor aguda em decorrência do trauma pode ser influenciada por fatores de diversas ordens – biológicos, emocionais, espirituais e socioculturais.

No concernente aos fatores biológicos destacaram-se a localização e gravidade da lesão que, em consequência do local anatômico acometido e/ou da maior profundidade e extensão dos ferimentos, podem potencializar a percepção da dor aguda.

Acho que está doendo porque foi muito grave [...] (E 11, 39 anos).

Essa dor forte eu acho que é porque o corte foi grande e profundo, atingiu de maneira grave, assim não tem como não doer (E 14, 42 anos).

[...] o ferimento machucou a minha boca, sangrou e doeu muito. Boca é um lugar muito dolorido de se machucar (E 02, 30 anos).

A intensidade da dor está diretamente relacionada à localização e à gravidade do trauma, sendo que outros quatro entrevistados também fizeram essa relação. De fato, partes corporais menos expostas e com maior quantidade de neurônios sensitivos, quando traumatizadas, desencadeiam processos dolorosos mais intensos⁽⁴⁾. E quanto mais extensa e profunda a área lesionada, maior a quantidade liberada de substâncias químicas responsáveis por desencadear a transmissão do impulso nervoso da dor^(4,13). Nesse sentido, a avaliação adequada da dor aguda deve enfatizar aspectos relacionados às condições do trauma, extensão e localização da lesão⁽⁷⁾, o que oferece subsídios para o profissional assistir ao paciente de maneira mais individualizada, humanizada e resolutive.

Outro fator que esteve relacionado à percepção da dor nos entrevistados foi a presença de sangue, o qual interfere no estado emocional e, por conseguinte, na experiência da sensação dolorosa aguda. Seis entrevistados revelaram a existência de relação entre o fato de ver o sangue e a percepção de aumento da dor.

Não senti muita dor na hora, mas quando eu vi o sangue fiquei arrepiada, e por efeito psicológico, acredito eu, começou a doer [...] (E12, 18 anos).

[...] fiquei muito nervoso na hora que eu vi o sangue, daí doeu muito (E 19, 19 anos).

Eu estava tranquilo, sem muita dor, mas me assustei com a quantidade de sangue, daí me desesperei e a dor apertou [...] (E 13, 28 anos).

A partir dos relatos pode-se inferir que, para os entrevistados, o processo doloroso foi diretamente influenciado pela presença de sangue na área lesionada pelo trauma. Isto corresponde a aspectos emocionais, pois, os participantes deram a entender que, biologicamente, a dor era de baixa intensidade, mas foi potencializada por um fator desencadeador, nestes casos, medo e apreensão.

Alguns fatores cognitivos, afetivos e emocionais têm sido relatados como possíveis influenciadores da percepção, manutenção e exacerbação da dor, os quais interferem na incapacidade de resposta ao tratamento⁽¹³⁾. Os recentes avanços na pesquisa, referentes à correlação entre ansiedade e dor, indicam a necessidade de os profissionais considerarem modelos abrangentes, com aspectos inter-relacionados, durante a avaliação e o tratamento da dor aguda. Estresse, ansiedade e apreensão, incluindo o medo da presença de sangue, como corroborado nesta pesquisa, têm sido correlacionados à experiência negativa de sensação da dor⁽¹³⁾.

Entre os fatores interferentes na experiência com a dor também estiveram presentes os aspectos espirituais, constatando-se que a crença em um Ser Superior influenciava positivamente esse processo por representar apoio e consolo. Tal aspecto pode ser observado nas falas de treze entrevistados, pois eles demonstraram fazer associação do trauma à possibilidade de aproximação com Deus, ressaltando que isto lhes amenizava a dor aguda.

Esses momentos assim de acidente, machucado, dor e aflição servem para nos deixar mais próximos de Deus, e Ele é poderoso para nos ajudar (E 11, 39 anos).

[...] estava doendo muito, mas, o tempo inteiro eu fique conversando com Deus e Ele foi diminuindo a minha dor (E09, 39 anos).

Ter fé em um Ser Superior é algo valorado na sociedade e cultura brasileira e possui tanta importância quanto qualquer alternativa de enfrentamento⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, conforme se percebeu nas falas anteriores, experimentar a dor é mais do que um mecanismo biológico; representa, também, um momento espiritual de comunicação e aproximação com Deus, o que pode influenciar diretamente a sensação dolorosa.

Há que se considerar que a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado grande impacto sobre a saúde física, sendo considerada possível fator de prevenção no desenvolvimento de dores, doenças e até mesmo de óbitos⁽¹⁵⁾. Destarte, o enfrentamento e a busca pelo equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual têm sido valorizado pelos profissionais de saúde, pois as evidências de mudanças fisiológicas relacionadas à religiosidade/ espiritualidade são muito fortes⁽¹⁴⁾.

Logo, a equipe profissional deve procurar manter uma atitude receptiva, sem emitir juízo de valor sobre os aspectos espirituais do paciente, posicionando-se de forma a tratá-lo não apenas como um corpo em sofrimento. Isso se refletirá na consideração das aspirações religiosas do indivíduo e sua família, o que contribuirá para a solidificação de um novo espaço significativo na relação entre paciente e profissional⁽¹⁵⁾.

Por fim, emergiram os fatores socioculturais como interferentes na percepção do trauma e, por conseguinte, da dor. Observou-se que, para três entrevistados com idade mais elevada, o trauma e a dor aguda eram revestidos de significados associados à condição da velhice.

[...] o problema não é tanto a dor, mas eu fico me sentindo mal, porque sei que isso é coisa de velho (E05, 58 anos).

[...] a dor nem está incomodando muito, mas sei que meus filhos vão brigar comigo, pois sempre falam que eu não posso fazer serviços domésticos, afinal, olha a minha idade! (E29, 62 anos).

Apreende-se que a dor decorrente do trauma, para o idoso, parece não ter tanta importância quanto o estigma do “ser velho”. Desse modo, a dor fica diminuída, renegada ao segundo plano, pois o que, de fato, importa nesse momento é o que os outros vão pensar sobre o idoso, revestindo-se, assim, o trauma e a dor aguda de caráter sócio-cultural.

O sentimento e a expressão da dor e a vivência do envelhecimento, são regidos por códigos culturais, constituídos pela coletividade, e determinam as formas de manifestação dos sentimentos. Em nossa sociedade a dor é considerada uma experiência desagradável, envolta em sofrimento, angústia e incapacidades, que, associada ao envelhecimento, aumenta a esfera de sentimentos danosos⁽¹⁶⁾.

Em um estudo voltado a compreender os sentimentos vivenciados por idosos hospitalizados pós-queda, os autores demonstraram que muitos sentiam medo do estigma da velhice e de ter que se conformar com a dependência pela fragilidade do envelhecer⁽¹⁷⁾. Dessa forma, apreende-se que o trauma e a dor aguda deixam o idoso mais vulnerável tanto física quanto emocionalmente.

Consequências da dor aguda decorrente de trauma

Nessa categoria foram evidenciadas as consequências relatadas pelos entrevistados ao experienciarem a dor aguda em decorrência do trauma, a qual se apresentou de maneira diversa para os indivíduos. Foram observadas desde alterações biológicas, como taquicardia e dispneia (12 casos), até emocionais, como nervosismo, confusão, desespero e sentimento de impotência (20 casos).

De acordo com as falas a seguir pode-se observar o relato dos entrevistados sobre a taquicardia e a dispneia como consequências da experiência dolorosa.

[...] parece que quando a gente está com dor o coração fica batendo mais rápido [...] (E 25, 18 anos).

Fiquei com falta de ar. Minha respiração ficou mais difícil por conta da batida {acidente automobilístico} e dessa dor aqui {apontou para a região epigástrica} (E 18, 29 anos).

Quando cheguei, além da dor forte, estava com aceleração no coração e falta de ar (E 14, 42 anos).

A associação entre dor aguda e alterações dos parâmetros de vitalidade foi demonstrada em estudo que consultou prontuários de 40 usuários de um serviço emergencial do sudeste brasileiro. Os autores constataram que, entre aqueles classificados no nível I de prioridade, segundo o protocolo de Manchester, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: dor aguda (65,0%), padrão respiratório ineficaz (45,0%) e troca de gases prejudicada (40,0%)⁽¹⁸⁾, os quais podem ser evidenciados nos pacientes, entre outros sinais e sintomas, pela taquicardia e dispneia.

Estudo de revisão da literatura também revelou a unanimidade no meio científico em relação às principais repercussões da dor aguda não aliviada de imediato: alterações neurovegetativas, como taquicardia, arritmias e diminuição da saturação de oxigênio e da oferta de oxigênio aos tecidos⁽⁷⁾. Desse modo, entre outros sinais e sintomas, a taquicardia e a dispneia precisam ser avaliadas em vítimas de trauma, pois constituem indicativos de presença de dor. A identificação desses achados ratifica a premência de controle da dor aguda em pacientes vítimas de trauma, porque, além da cronificação do quadro, podem surgir alterações imediatas que convergem para a piora do estado de saúde do indivíduo⁽⁴⁾.

Não somente alterações biológicas foram descritas neste estudo como consequências da dor, mas principalmente alterações emocionais, entre as quais sentimentos de impotência e confusão, pelo fato de o indivíduo não saber ou não conseguir lidar com a sensação dolorosa, o que foi relatado por sete entrevistados.

Foi horrível e é uma dor insuportável. Por causa da dor eu fiquei meio confusa, não sabia para onde ir, fiquei sem chão, sem rumo [...] (E 24, 20 anos).

Em consonância com esta pesquisa, estudo realizado em São Paulo demonstrou que, na percepção dos profissionais atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva de trauma, a dor aguda está sempre presente em pacientes traumatizados. E ainda, que a confusão mental e a desorientação são frequentemente observadas e quase sempre relacionadas a alterações e/ou consequências provocadas pela dor aguda, identificadas por meio das expressões faciais e verbais dos pacientes⁽⁹⁾.

O desespero como uma das consequências da dor foi relatado por oito entrevistados, conforme exemplificado nas falas a seguir:

Foi muito ruim, passar por este acidente; com a dor, me desesperei, tive medo de não conseguir lidar com a situação [...] (E 22, 28 anos).

[...] na hora que me machuquei estava sozinha em casa, a dor veio com tudo e não tinha ninguém para me ajudar, foi muito ruim e desesperador. Você precisa de ajuda e não sabe para quem ligar, não sabe como resolver, a dor não deixa a gente pensar, isso foi me desesperando [...] (E 17, 63 anos).

A dor aguda por si só já constitui fonte de medo e ansiedade, e quando associada a um evento traumático parece desencadear mais intensamente sentimentos de desespero na vítima, e o fato de estar sozinho no momento do acidente também contribui para a sensação de impotência e abandono, conforme observado no relato de E17.

O processo traumático, por se tratar de uma experiência extraordinária e abrupta, compromete, além do aspecto físico relacionado à lesão, o aspecto emocional do paciente, aumentando a dor em si⁽⁸⁾. Outros seis entrevistados relataram o fato de o nervosismo, consequente da dor, influenciar a experiência dolorosa.

A dor me deixou muito nervosa e quanto mais nervosa eu ficava, mais doía, então foi muito estressante, porque juntou tudo, a pancada, a dor, o nervosismo. Acho que acabei sendo grosseira com a enfermeira, mas é porque eu estava muito nervosa [...] (E 27, 29 anos).

Estudo de revisão da literatura que aglutinou os impactos da experiência dolorosa aguda reiterou que, na avaliação da dor relacionada ao trauma, devem ser enfatizados, além dos aspectos fisiopatológicos que envolvem a lesão, os fatores relacionados às condições emocionais e comportamentais, como ansiedade, agitação psicomotora, raiva, hostilidade, entre outros, os quais comumente surgem em indivíduos que vivenciaram o trauma⁽⁷⁾.

Desse modo, assistir uma pessoa com dor envolve considerar e respeitar os aspectos culturais, afetivos, emocionais, educacionais, psicológicos, religiosos e cognitivos. A postura profissional baseada no respeito a esses aspectos favorece o surgimento de uma relação terapêutica satisfatória entre paciente e profissional de saúde, culminando com a prestação de uma assistência resolutiva e de qualidade⁽¹⁹⁾.

Logo, pelo fato de a equipe de enfermagem ter maior proximidade com o paciente, ela pode ser alvo de hostilidade; entretanto, deve buscar construir uma relação terapêutica com o sujeito. Ao cuidar do paciente com dor, quanto melhor a relação enfermeiro/paciente, mediante diálogo apropriado, maiores as possibilidades de adesão e respostas adequadas ao tratamento álgico⁽⁸⁾.

Em síntese, nessa categoria pode-se observar as principais consequências que advêm da experiência do pro-

cesso doloroso agudo decorrente do trauma, quais sejam: taquicardia e dispneia, nervosismo, confusão, desespero e sentimento de impotência e elas demonstram a importância dos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, estarem atentos à avaliação não somente da lesão e da dor, mas também de suas consequências que podem ser biológicas ou emocionais.

Nessa perspectiva, diante das diversas percepções e consequências da dor aguda para o paciente vítima de trauma é fundamental capacitar a equipe de enfermagem para a qualidade do cuidado, pois o conhecimento repercute nesse aspecto. A falta de conhecimento adequado da subjetividade da experiência dolorosa, a não priorização da avaliação da dor e seus desdobramentos nas unidades emergenciais e o despreparo da equipe multiprofissional sobre a temática constituem obstáculos que dificultam o manejo da dor nos pacientes⁽²⁰⁾.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo permitiram observar que, de acordo com a experiência dos sujeitos entrevistados, a sensação dolorosa aguda decorrente do trauma leve foi influenciada por fatores de diversas ordens: biológicos (localização e gravidade da lesão), emocionais (presença de sangue), espirituais (fé em Deus) e socioculturais (estigma da velhice). Destaca-se assim que tais fatores são passíveis de intervenções simples: como por exemplo, tranquilizar o paciente, respeitar sua religiosidade e condição de idoso, minimizar a exposição ao sangue, entre outros cuidados que, notadamente, diminuem os danos de se experimentar a dor aguda.

Os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, por estar, normalmente, mais próximo do paciente, devem considerar os diferentes aspectos envolvidos na experiência da dor ao avaliar sua presença e intensidade em vítimas de trauma porque, por exemplo, ao atender um idoso vítima de trauma, o enfermeiro do serviço emergencial deve considerar aspectos relacionados à idade, fragilidade emocional e identidade cultural desse sujeito, pois a dor pode estar presente, porém mascarada pelo medo do julgamento social de sua condição de idoso.

Os resultados mostraram também que a experiência da dor traz consequências biológicas (taquicardia e dispneia) e emocionais (nervosismo, desespero, confusão e sentimento de impotência). Enfim, ao realizar o atendimento a pessoas vítimas de trauma, é preciso considerar, como informações relevantes para a avaliação da dor decorrente do trauma e no seu manejo, tanto os fatores que influen-

ciam a sensação dolorosa, quanto às consequências advindas dessa experiência.

Assim, de posse desse conjunto de informações particulares de cada paciente, os profissionais terão subsídios para elaborar estratégias de intervenção que possibilitem a contenção dos efeitos emocionais deletérios que contribuem para aumentar a dor, prevenindo suas potenciais consequências imediatas e crônicas.

Como limitação do estudo, o fato de a coleta de dados ter ocorrido de segunda a sexta-feira e durante o período diurno fez com que não se pudesse contemplar a percepção dolorosa aguda de pacientes envolvidos em traumas mais intensos e em violência, os quais ocorrem com maior frequência aos finais de semana, em período noturno e associados ao abuso de álcool e outras drogas. Portanto, abrem-se oportunidades para a realização de pesquisas futuras que objetivem contemplar a percepção da dor aguda em tais sujeitos.

■ REFERÊNCIAS

1. Kirkman MA, Jenks T, Bouamra O, Edwards A, Yates D, Wilson MH. Increased mortality associated with cerebral contusions following trauma in the elderly: bad patients or bad management? *J Neurotrauma*. 2013;30(16):1385-90.
2. Hsia RY, Srebotnjak T, Maselli J, Crandall M, McCulloch C, Kellermann AL. The association of trauma center closures with increased inpatient mortality for injured patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(4):1048-54.
3. Barbosa TLA, Gomes LMX, Barbosa VA, Caldeira AP. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):711-9.
4. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):146-52.
5. Ferreira MAF, Felizzari CT. Correlação entre a epidemiologia do trauma e o atendimento de enfermagem em uma unidade de pronto-socorro. *Rev Elet Evang Paraná*. 2011;1(1):2-12.
6. Nascimento LA, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):50-4.
7. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 5(nesp1):150-4.
8. Silva BA, Ribeiro FA. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. *Rev Dor*. 2011;12(4):342-8.
9. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LMD, Fusco SRG, Gouvêa AG. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011;12(3):221-5.
10. Barreto RF, Gomes CZL, Silva RM, Signorelli AAF, Oliveira LF, Cavellani CL, et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Dor*. 2012;13(3):213-9.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety

- sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Res Manage.* 2011;16(3):169-77.
14. Rizzardi CDL, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *Mundo Saúde.* 2010;34(4):483-7.
 15. Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic: Teoria Pesq.* 2010;26(2):265-72.
 16. Dellaroza MSG, Pimenta CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. *Cienc Cuid Saude.* 2012;11(supl):235-42.
 17. Carvalho EMR, Garcês JR, Menezes RL, Silva ECF. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;13(1):7-16.
 18. Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(6):1318-24.
 19. Lumley MK, Cohen JA, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychology.* 2011;67(9):942-68.
 20. Souza RCS, Garcia DM, Sanches MB, Gallo AMA, Martins CPB, Siqueira ILCP. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):55-63.

■ **Endereço do autor:**

Mayckel Barreto
Rua Pioneiro Pompílio Custódio Valério, 343A,
Jardim Sumaré
87035-620 Maringá - PR
E-mail: mayckelbar@gmail.com

Recebido: 11.08.2014
Aprovado: 03.03.2015