

AVALIAÇÃO DA DOR NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: PREDITOR DE PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR.

Autores: Adeline A. Queiroz Buss, Talita Araujo, Andreia Frazilio.

Introdução

Em serviços de emergência hospitalar a avaliação da dor ainda se apresenta como um grande desafio aos profissionais de saúde em decorrência da subjetividade e mensuração. Essa avaliação configura-se em uma tarefa essencial ao trabalho do enfermeiro que realiza o acolhimento com estratificação do risco e entra como um dos critérios para a priorização do atendimento médico, para que seja realizada a avaliação correta do risco de deterioração do estado de saúde do indivíduo e também subsidia dados para investigação do quadro clínico pela equipe médica (1). O enfermeiro deve dispensar especial atenção nessa avaliação visto que o ato de medir o fenômeno algico requer observação, escuta atenta e, sobretudo, acreditar na queixa dolorosa que o paciente refere (2). Entretanto, estudos revelam que a maioria dos pacientes que procuram os serviços de emergência refere algum tipo de dor aguda ou crônica. Por isso, se faz necessária a utilização de ferramentas objetivas e direcionadoras para que haja a sua avaliação correta e uma estratificação do risco adequada.

Objetivos

Identificar os erros de estratificação do risco considerando o valor numérico de dor.
Descrever a análise das fragilidades do protocolo de acolhimento com estratificação do risco relacionado à dor.
Descrever a implementação de alterações no protocolo institucional de acolhimento para avaliação da dor no acolhimento.

Metodologia

O presente estudo foi do tipo descritivo, retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um pronto atendimento de um hospital da rede privada com Certificação de Acreditação Internacional da cidade São Paulo, de alta complexidade. A população do estudo foi constituída por prontuários de pacientes que foram atendidos e estratificados quanto ao risco conforme protocolo institucional entre os meses de fevereiro de 2015 à abril de 2015, sendo constituída por 10% de todos os atendimentos durante a primeira semana de cada mês.

Resultados

No período do estudo foram realizados 6.457 acolhimentos na primeira semana dos meses de fevereiro, março e abril, sendo a amostra de prontuários analisados de 703. Em fevereiro foram analisados 173 prontuários, sendo identificados 51 erros de estratificação. Dentre esses casos classificados incorretamente, 24 estavam com a estratificação de risco em conflito com o protocolo institucional de avaliação de dor (Tabela 1). Foram considerados erros de estratificação quando os valores da dor informados em prontuário não estavam adequados ao preconizado na escala institucional de acolhimento inicial e a priorização do atendimento não era sinalizada corretamente.

	Meses			Total Trimestre
	Fevereiro	Março	Abril	
N. de acolhimentos realizadas na primeira semana	1675	2256	2526	6457
N. de prontuários analisados	173	249	281	703
N. de erros de classificação	51	35	20	106
N. de erros de classificação por dor	24	20	7	51
% de erros de classificação por dor	47%	57%	35%	48%

Tabela 1. Distribuição da análise dos achados nos prontuários entre os meses de fevereiro, março e abril de 2015.

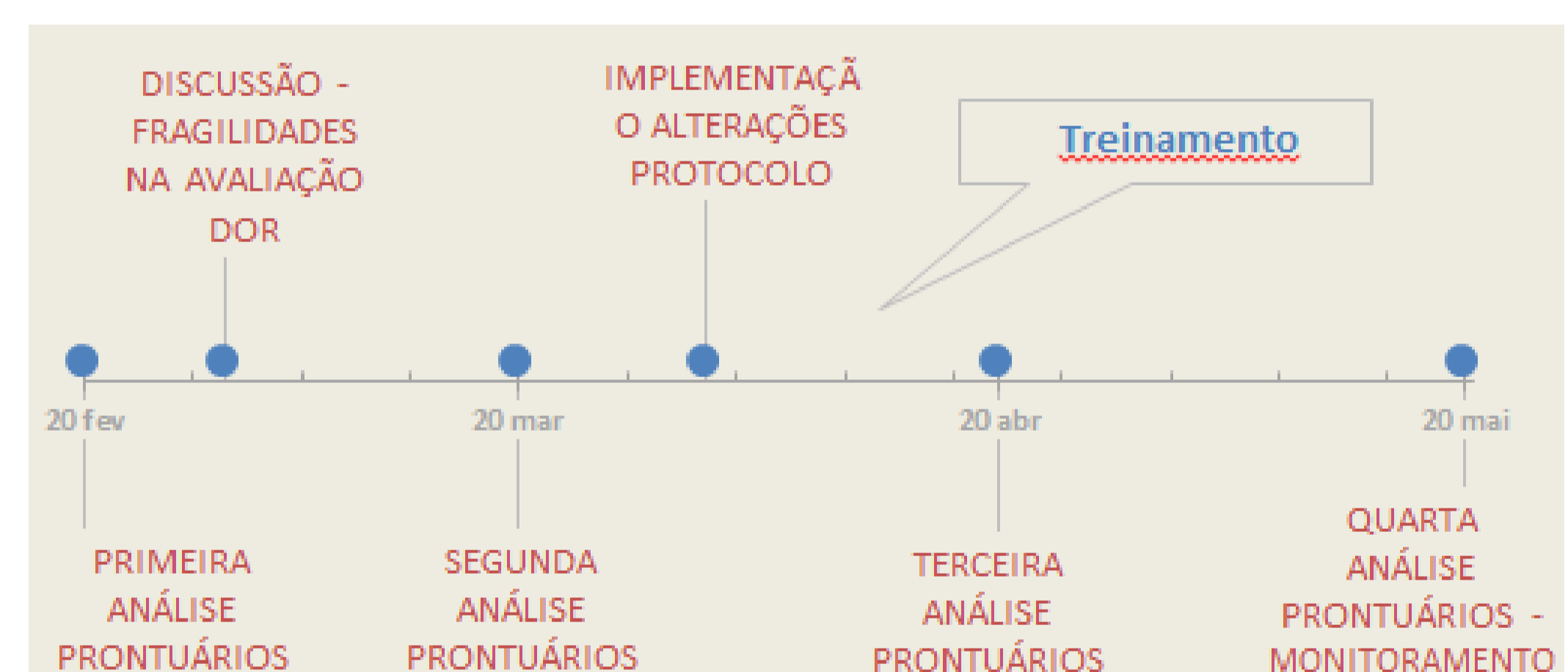


Gráfico 1. Linha do tempo do processo de análise das fragilidades da estratificação do risco, considerando avaliação da dor.

Com o intuito de identificar quais eram as causas de um número expressivo de erros de estratificação do risco, considerando apenas o preditor dor, foram identificados os seguintes pontos: subjetividade que o instrumento apresentava para classificação, subestimação da dor referida e ausência de sinais/sintomas associados à dor. Sendo assim, em março foram realizadas reuniões com o grupo de dor institucional para discutir os pontos de melhorias necessárias na ferramenta utilizada no acolhimento do pronto atendimento (Gráfico 1).

A prática assistencial dos enfermeiros da triagem em parceria com a expertise do grupo de dor identificou a necessidade de considerar durante a classificação de risco não apenas o valor da intensidade (numérico) da dor informada pelo paciente, mas uma avaliação detalhada da dor (local, duração, intensidade, características) associada a sinais e sintomas sugestivos de dor como sudorese, posição antálgica, face de dor, etc (Tabela 2).

Em abril foram analisados 281 prontuários, dentre eles, 20 estratificações de risco estavam incorretas. Sendo apenas 7 relacionadas à dor informada no momento do acolhimento. Analisando a série histórica do trimestre, houve uma redução de treze pontos percentuais nos erros de priorização do atendimento médico após de a alteração do instrumento (Tabela 2).

Escala Verbal Numérica (EVN)	Meses	Critérios de priorização de dor		
		Muito Urgente (Atendimento médico imediato)	Urgente (Atendimento Médico – em até 45 min)	Urgência Relativa (Atendimento Médico – por ordem de chegada)
	Fevereiro	Maior ou igual 7	Dor (EVN) entre 6 à 4	Igual ou menor que 3
	Abril	Dor Intensa (EVN maior ou igual 07) associada a: sudorese e/ou posição antálgica e/ou face de dor e/ou inquietação	Dor Moderada (EVN 04-06) associada a: sudorese e/ou posição antálgica e/ou face de dor e/ou inquietação	Dor 01 - 10 sem sinais e sintomas associados

Tabela 2. Comparativo dos critérios analisados e modificados no instrumento de estratificação do risco utilizando o preditor dor.

Conclusão

Para que seja realizada a priorização do atendimento médico através da estratificação do risco, a avaliação da dor no acolhimento deve ser baseada não apenas na intensidade da dor, mas em uma avaliação detalhada que inclua local, duração, características da dor e associe expressões corporais, e alterações do comportamento.

Referências Bibliográficas

- 1) Nascimento ERP, Hillsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertocello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev Eletrônica Enferm. 2011; 13(4):597-603.
- 2) Zanelatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2010; 9(2):358-65.