

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA

IMPLANTAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES  
SEDADOS SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA

RIBEIRÃO PRETO

2023

ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA

IMPLANTAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES  
SEDADOS SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

OLIVEIRA, ROSIVALDA FERREIRA DE  
IMPLANTAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES SEDADOS SOB  
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Ribeirão Preto,  
2023.

100 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.  
Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Laus

1. Dor. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Enfermagem.

OLIVEIRA, Rosivalda Ferreira de

Implantação de avaliação da dor em pacientes sedados sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em ...../...../.....

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus, que sempre me amparou, sempre iluminando meu caminho na busca de novas conquistas e conhecimentos para promoção de cuidado humanizado é de qualidade.

Aos meus Pais, Carlos Alberto e Romualda Oliveira , pela força nos momentos mais difíceis. Foram eles que me deram o exemplo de que com dedicação, humildade e persistência podemos alcançar qualquer coisa.

Aos meus Irmãos e em memória de Ana Carla, que tenho certeza que sempre me acompanha sempre na torcida pelo meu sucesso nesta caminhada pelo conhecimento.

À minha orientadora Profª Drª Ana Maria Laus, pelo seu exemplo, sua dedicação, sabedoria e empenho em me orientar. Mesmo sobrecarregada em suas atividades nunca deixou de me guiar, sempre paciente, carinhosa e solícita. Com ela obtive mudanças do meu paradigma de um cuidar com preceitos baseados em Evidências Científicas.

Às Coordenadoras do Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto representada pela Profª Drª Fernanda Rocha e Profª Drª Luciana Mara Monti Fonseca.

A todos os docentes que fizeram parte de minha trajetória pelo conhecimento nesta Instituição, de onde saio com uma experiências maravilhosa e transformadora, tanto humana quanto profissional.

Às Profª Drª Mary Elizabeth e Profª Drª Ilma Pastana que atuaram como Mentoras da proposta da realização deste Convênio, aceito pelo COREN/CAPES, como muito carinho e dedicação.

À Direção do Hospital Ophir Loyola (HOL) pelo incentivo ao processo de qualificação profissional.

À minha Chefia de Enfermagem e Chefia de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva do HOL pelo apoio incondicional.

À todos os profissionais Enfermeiros e Fisioterapeutas que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, de forma direta ou indireta.

À Direção do Curso de Enfermagem da UEPA, pelo incentivo ao processo de qualificação profissional.

Aos docentes da EERP, pelo grande aprendizado que me foi proporcionado durante as disciplinas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse sonho. Muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e financiado pelo Acordo CAPES/COFEn - Edital nº 28/2019 Programa de Desenvolvimento da pós-graduação – Área de Enfermagem

*“Tenha coragem de seguir o que seu coração e sua intuição dizem. Eles já sabem o que você realmente deseja. Todo resto é secundário”.*

Steve Jobs

## RESUMO

OLIVEIRA, Rosivalda Ferreira de. **Implantação de avaliação da dor em pacientes sedados sob ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva**. 2023. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A dor é uma experiência subjetiva variando na sua forma e intensidade de pessoa para pessoa, que vem, ao longo dos anos, sendo um elemento subnotificado, não avaliado e subtratado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente, pelos pacientes estarem sedados. Dessa maneira, observa-se também a existência de várias escalas padronizadas, amplamente divulgadas e utilizadas para analisar prováveis sintomas de dor expressadas pela população sob efeito de sedativos e dependentes de ventilação mecânica em UTI's. O estudo foi desenvolvido junto a dois grupos de participantes: o primeiro grupo foi constituído pelos enfermeiros envolvidos na assistência direta ao paciente na unidade investigada, em todos os turnos de trabalho, com tempo de trabalho na unidade superior a três meses, que aceitem participar da pesquisa e que se encontravam em atividade laboral no período de coleta de dados e o segundo grupo foi composto por pacientes internados que foram avaliados pelo instrumento proposto, durante o período de internação na UTI selecionada. Foram elegíveis os pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estavam sedados e inconscientes e sob ventilação mecânica, impossibilitados de verbalizar a percepção de dor, mediante consentimento de participação fornecido por responsável legal. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2023. Utilizou-se a Behavioral Pain Scale (BPS), um instrumento observacional de avaliação da dor, composto por três domínios comportamentais: expressão facial, movimentos de membros superiores e conformidade com o ventilador mecânico. A amostra pesquisada, composta em sua maioria de profissionais do sexo do feminino (85%), com predominância na faixa etária de 36 a 40 (30%) e mesmo percentual acima de 45 anos. A idade média dos enfermeiros foi de 42,5 anos, com mediana de 39,5 anos. Observa-se ainda que houve discrepâncias nas avaliações em relação aos valores obtidos pelos enfermeiros, quando comparados com o enfermeiro padrão ouro da pesquisa, em alguns momentos de observação dos pacientes, o que indica a necessidade de ampliar as oportunidades de avaliação com objetivo de capacitar os enfermeiros para uso mais sistemático deste instrumento. O instrumento BPS mostrou-se de boa compreensão e utilização pelos enfermeiros participantes deste estudo, o que indica sua utilização dentro de uma boa perspectiva pelos profissionais atuantes em unidades de terapia intensiva. Deve-se destacar a relevância desta pesquisa, em razão de poucos estudos na literatura brasileira, quanto a utilização desta ferramenta pelos enfermeiros intensivistas, na direção de um cuidado de excelência aos pacientes críticos.

**Palavras-chave:** Dor; Enfermagem; Manejo da dor; Unidade de Terapia Intensiva. Behavioral Pain Scale

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Rosivalda Ferreira de. **Implementation of pain assessment in sedated patients under mechanical ventilation in an Intensive Care Unit**. 2023. 90 p. Dissertation (Master degree) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Pain is a subjective experience varying in its form and intensity from person to person, which has, over the years, been an underreported, unassisted and undertreated element in the Intensive Care Unit (ICU), mainly because patients are sedated. Thus, it is also observed the existence of several standardized scales, widely disseminated and used to analyze probable pain symptoms expressed by the population under the effect of sedatives and dependent on mechanical ventilation in ICUs. This study aimed to describe the process of implantation of a validated instrument for pain assessment of sedated and unconscious patients under mechanical ventilation in an ICU. This is a cross-sectional and descriptive study, with a quantitative and qualitative approach. This investigation was carried out in the Intensive Care Center of a public hospital located in the municipality of Belém, Pará State, which meets the demand referred by the basic, outpatient and hospital network, allocating 100% of its installed capacity to SUS patients. The study was developed with two groups of participants: the first group consisted of nurses involved in direct patient care in the unit investigated, in all work shifts, with more than three months of work in the unit, who agreed to participate in the research and who were in work activity during the data collection period and the second group was composed of hospitalized patients who were evaluated by the proposed instrument, during the period of hospitalization in the selected ICU. Patients older than 18 years, of both sexes, who were sedated and unconscious and under mechanical ventilation, unable to verbalize the perception of pain, were eligible, with the consent of participation provided by a legal guardian. Data collection was conducted from February to April 2023. The Behavioral Pain Scale (BPS) was used, an observational pain assessment instrument composed of three behavioral domains: facial expression, upper limb movements and compliance with the mechanical ventilator. The sample surveyed, composed mostly of female professionals (85%), with predominance in the age group of 36 to 40 (30%) and the same percentage over 45 years. The mean age of the nurses was 42.5 years, with a median of 39.5 years. It is also observed that there were discrepancies in the evaluations in relation to the values obtained by the nurses, when compared with the nurse gold standard of the research, in some moments of observation of the patients, which indicates the need to expand the opportunities for evaluation in order to train the nurses for more systematic use of this instrument. The BPS instrument was shown to be well understood and used by the nurses participating in this study, which indicates its use from a good perspective by professionals working in intensive care units. The relevance of this research should be highlighted, due to few studies in the Brazilian literature, regarding the use of this tool by intensive care nurses, in the direction of excellent care for critically ill patients.

**Keywords:** Pain; Nursing; Pain management; Intensive Care Unit. Behavioral Pain Scale

## RESUMEN

OLIVEIRA, Rosivalda Ferreira de. **Implementación de la evaluación del dolor en pacientes sedados bajo ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos**. 2023. 90 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El dolor es una experiencia subjetiva que varía en su forma e intensidad de persona a persona, que, a lo largo de los años, ha sido un elemento subnotificado, no evaluado y poco tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), principalmente porque los pacientes están sedados. Así, también se observa la existencia de varias escalas estandarizadas, ampliamente difundidas y utilizadas para analizar los probables síntomas de dolor expresados por la población bajo el efecto de sedantes y dependientes de la ventilación mecánica en las UCI. Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de implantación de un instrumento validado para la evaluación del dolor de pacientes sedados e inconscientes bajo ventilación mecánica en una UTI. Se trata de un estudio transversal y descriptivo, con abordaje cuantitativo y cualitativo. Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Cuidados Intensivos de un hospital público ubicado en el municipio de Belém, Estado de Pará, que atiende la demanda referida por la red básica, ambulatoria y hospitalaria, asignando el 100% de su capacidad instalada a pacientes del SUS. El estudio fue desarrollado con dos grupos de participantes: el primer grupo consistió en enfermeros involucrados en la atención directa al paciente en la unidad investigada, en todos los turnos de trabajo, con más de tres meses de trabajo en la unidad, que aceptaron participar de la investigación y que estaban en actividad laboral durante el período de recolección de datos y el segundo grupo fue compuesto por pacientes hospitalizados que fueron evaluados por el instrumento propuesto, durante el período de hospitalización en la UCI seleccionada. Fueron elegibles pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, sedados e inconscientes y bajo ventilación mecánica, incapaces de verbalizar la percepción del dolor. La recolección de datos se realizó de febrero a abril de 2023. Se utilizó la Escala de Dolor Conductual (BPS), un instrumento observacional de evaluación del dolor compuesto por tres dominios conductuales: expresión facial, movimientos de miembros superiores y cumplimiento con el ventilador mecánico. La muestra encuestada, compuesta mayoritariamente por profesionales del sexo femenino (85%), con predominio en el grupo etario de 36 a 40 años (30%) y el mismo porcentaje mayor de 45 años. La edad media de los enfermeros fue de 42,5 años, con mediana de 39,5 años. También se observa que hubo discrepancias en las evaluaciones en relación a los valores obtenidos por los enfermeros, cuando se comparó con el enfermero de oro de la investigación, en algunos momentos de ampliar las oportunidades de evaluación con el fin de capacitar a los enfermeros para un uso más sistemático de este instrumento. El instrumento BPS fue mostrado bien comprendido y utilizado por los enfermeros participantes de este estudio, lo que indica su uso desde una buena perspectiva por los profesionales que actúan en unidades de terapia intensiva. La relevancia de esta investigación debe ser destacada, debido a pocos estudios en la literatura brasileña, sobre el uso de esta herramienta por los enfermeros de terapia intensiva, en la dirección de la atención excelente para pacientes críticos.

**Palabras-clave:** Dolor; Enfermería; Manejo del dolor; Unidad de Cuidados Intensivos. Escala de dolor conductual (BPS).

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação profissional e tempo de atuação profissional em UTI. Belém, Pará, 2023. ....	46
Tabela 2 - Distribuição das variáveis relativas ao conhecimento dos enfermeiros sobre dor. Belém, Pará, 2023. ....	47
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes internados na UTI segundo características demográficas e clínicas. Belém, Pará, 2023. ....	50
Tabela 4 - Distribuição das médias obtidas das variáveis fisiológicas dos pacientes mensuradas nos dois momentos da avaliação com a BPS. Belém, Pará, 2023. ....	51
Tabela 5 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 1. Belém, Pará, 2023. ....	52
Tabela 6 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 2. Belém, Pará, 2023. ....	52
Tabela 7 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 3. Belém, Pará, 2023. ....	53
Tabela 8 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 4. Belém, Pará, 2023. ....	53
Tabela 9 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 5. Belém, Pará, 2023. ....	54
Tabela 10 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 6. Belém, Pará, 2023. ....	54
Tabela 11 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 7. Belém, Pará, 2023. ....	55
Tabela 12 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 8. Belém, Pará, 2023. ....	55
Tabela 13 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao	

paciente 9. Belém, Pará, 2023. ....	56
Tabela 14 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 10. Belém, Pará, 2023. ....	56

## **LISTA DE FIGURAS E QUADROS**

Figura 1 - Nuvem de Palavras relativa a identificação da dor do paciente durante a prestação de cuidados de enfermagem. Belém, Pará, 2023.....	48
Figura 2 - Nuvem de Palavras relativa a avaliação da dor em pacientes adultos que encontram-se sedados em UTI. Belém, Pará, 2023.....	49
Quadro 1 - Versão brasileira da escala Behavioral Pain Scale (BPS). Belém, Pará, 2023. ....	42

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Breve contextualização .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Assistência Hospitalar e Terapia Intensiva.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Unidades de terapia intensiva no contexto da saúde brasileira .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Dor em pacientes de unidade de terapia intensiva .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Instrumentos para mensurar dor em Unidade de Terapia Intensiva .....</b>	<b>28</b>
2.3.1 Behavioral Pain Scale (BPS) .....	31
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>34</b>
<b>4 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Objetivos Específicos.....</b>	<b>36</b>
<b>5 MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 Tipo De Estudo .....</b>	<b>38</b>
<b>5.2 Local do Estudo .....</b>	<b>38</b>
<b>5.3 Participantes do Estudo.....</b>	<b>39</b>
<b>5.4 Procedimentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>39</b>
5.4.1 <i>Instrumento de avaliação de dor .....</i>	<i>41</i>
<b>5.5 Análise dos Dados .....</b>	<b>42</b>
<b>5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa .....</b>	<b>43</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE F .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>99</b>



---

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Breve contextualização

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) adotou uma definição de dor que a considera a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”. Essa definição foi amplamente aceita por profissionais da saúde e pesquisadores da área de dor e adotada por diversas organizações profissionais, governamentais e não governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto, as últimas décadas foram marcadas por um desenvolvimento tecnológico intenso e, associado a ele, um melhor entendimento das condições e dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na nocicepção (processo neural transmitido após um estímulo nocivo, ou seja, é o componente fisiológico da dor), assim o conceito de dor ganhou aspectos multidisciplinares e espaço na comunidade médica (SOUZA; BARROS, 2020).

Todos estes fatores motivaram a IASP a elaborar um novo conceito, capaz de abraçar tudo que foi conquistado em termos de avanços tecnológicos e clínicos, para a definição de dor. Na definição revisada em 2020 a dor passou a ser conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Essa atualização do conceito de dor, publicada pela força tarefa da IASP em julho de 2020 e traduzida para o português pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), ressalta a presença de dor mesmo na ausência de lesão, por meio de um enunciado objetivo, sucinto e validado para diversos idiomas e culturas (SANTANA *et al.*, 2020).

A definição é complementada por 6 notas explicativas que passam a ser uma lista com itens que incluem a etimologia:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a

incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor (RAJA *et al.*, 2020; SBED, 2020).

Estas notas explicativas reconhecem os avanços nos conhecimentos pautados na moderna neurociência da dor, bem como incorpora outros fatores relevantes como cognição, comportamentos, fatores culturais e educacionais (SANTANA *et al.*, 2020).

O sintoma dor constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral e o controle da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito de prestação de cuidados da saúde (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Alguns estudos trouxeram evidências sobre melhorias no tratamento da dor, fruto da campanha mundial que organizações como a IASP (*International Association for the Study of Pain*), a WHO (*World Health Organization*) e a JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) efetuaram em prol do tratamento e abordagem da dor (SILVA; DIXE, 2013).

Segundo Carvalho e Parsons (2012), tradicionalmente existem muitas maneiras de se classificar a dor e distinções claras nem sempre são possíveis. Classificações simples invariavelmente resultam em algumas omissões e sobreposições. Frequentemente essas discussões nos direcionam a três tipos de dor:

- a) Aguda com uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada (ex.: dor pós-operatória e trauma);
- b) Crônica Oncológica;
- c) Crônica Não Oncológica caracterizada por uma duração indeterminada e não autolimitada associada à inflamação tecidual persistente (ex.: dor por osteoartrite), perda tecidual (ex.: dor por amputação e remoção cirúrgica) e/ou lesão neuropática (ex.: neuralgia pós-herpética, lesão actínica pós-radioterapia e neuropatia diabética) que induzem a alterações persistentes no sistema nervoso periférico (SNP) e central (SNC).

A maioria dos trabalhos na literatura não enfoca a classificação da dor de forma precisa no caráter fisiológico, justamente pela dificuldade de exatidão em comprovar mecanismos somente ligados a um tipo ou outro de dor. Eles estariam de certa forma presentes em mais de um estado de dor, como a sensibilização periférica e central, sendo resposta fisiológica da plasticidade neural. Uma má adaptação a esta resposta implicaria em estados de dor persistentes, inclusive com geração de dor espontânea (sem estímulo nocivo), sendo mais comum na dor cronicada (ATTAL *et al.*, 2008).

A dor não tratada pode resultar em consequências negativas, incluindo complicações multissistêmicas e o desenvolvimento de dor crônica incapacitante. Esses resultados, por sua

---

vez, podem impactar seriamente o funcionamento, a qualidade de vida e o bem-estar do paciente (FORTUNATO *et al.*, 2013).

No sistema imunológico, a dor pode causar supressão da função imunológica predispondo à infecção. No sistema metabólico pode ocorrer redução do hormônio anabólico, levando ao aumento da degradação de proteínas, hiperglicemia, comprometimento da cicatrização de feridas e aumento da degradação muscular. No sistema musculoesquelético a dor pode causar espasmo muscular, perda de massa muscular e imobilidade (SCHESTATSKY, 2012).

No sistema nervoso central, a dor não tratada pode se tornar dor crônica devido à sensibilização central. Além disso, afeta o lado psicológico do paciente, pois a dor pode causar medo, ansiedade, desamparo, privação de sono, levando ao aumento da dor (GÉLINAS *et al.*, 2017; MITRA *et al.*, 2020).

A dor durante a hospitalização é frequente, devido à gravidade da doença e aos procedimentos necessários ao tratamento, que são quase sempre invasivos e agressivos, principalmente no setor de terapia intensiva (MORETE *et al.*, 2014).

Queiroz *et al.* (2015) relatam dados do Brasil, no qual, cerca de 45% a 80% dos pacientes internados relatam sentir dor durante o período de hospitalização. Os autores analisam que esta situação pode estar relacionada à formação deficiente dos profissionais de saúde quanto à identificação da dor e de sua mensuração. Como consequência, vislumbra-se as dificuldades encontradas pelos profissionais ao quantificar e qualificar a dor, uma vez que uma avaliação adequada precisa ser feita, a fim de fornecer os cuidados necessários aos pacientes.

Corgozinho e colaboradores (2020) descrevem que a dor e as alterações somáticas e psíquicas que acarreta se relacionam à morbidade e mortalidade no ambiente hospitalar. No geral, as queixas algicas são conduzidas, muitas vezes, de forma tardia e ineficiente, o que constitui clara negligência em cuidados físicos, emocionais e sociais. Os autores descrevem relatos segundo os quais milhões de pessoas pelo mundo sofrem de algum tipo de dor desencadeada por falta ou insuficiência de tratamento. Segundo os autores, em 80% dos casos seria possível controlá-la completamente, e as evidências são suficientes para promover cuidado de excelência nessas situações.

No caso de pacientes oncológicos, estima-se que a dor esteja presente em aproximadamente 30% dos pacientes diagnosticados e em cerca de 80% dos pacientes em fase final de vida, sendo que muitos vão a óbito sem que ela tenha sido controlada (CASTRO *et al.*, 2018).

---

Apesar dos avanços nas teorias relacionadas ao controle da dor, o seu manejo ainda representa um desafio. Em unidades de terapia intensiva, por exemplo, a dor ainda é um grande problema em pacientes internados e estima-se que 40 a 77% dos pacientes em UTI queixam-se da experiência de dor (DELDAR *et al.*, 2018).

Dada a relevância do tema, desde janeiro de 2000, a Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO), entidade norte-americana de avaliação de hospitais, publicou uma norma que descreve a dor como o quinto sinal vital. A recomendação é de que ela deve ser sempre avaliada e registrada com o mesmo rigor e seriedade outros sinais vitais como a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Esse ato é necessário para que se tenha conhecimento acerca da conduta a ser tomada, suas razões e seus resultados. Outro aspecto relevante é que a queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta nos pacientes (QUEIROZ *et al.*, 2015).

Pedroso e Celich (2006) apontaram que a experiência dolorosa é um evento muito mais amplo, não se resumindo apenas à sua intensidade. Ressaltaram que as características da dor também devem ser avaliadas, incluindo o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes. E alertavam ser importante observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor, tais como: expressão facial, inquietação, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipnéia, hipertensão, entre outros. Identificar as características que expressam a dor torna-se necessário, pois, em alguns casos, pacientes apresentam diminuição do nível de consciência, não podendo manifestar verbalmente a sua experiência dolorosa.

Algumas características definidoras da existência da dor, podem auxiliar na identificação precoce como o relato verbal ou codificado; gestos protetores; expressão facial; distúrbio do sono; respostas autonômicas (alterações dos sinais vitais, dilatação pupilar); comportamento expressivo (gemência, agitação, choro, irritabilidade), mudanças na alimentação; aparência abatida, interação reduzida com o ambiente (RIGOTTI; FERREIRA, 2015; PEDROSO; CELICH, 2006). Tais elementos podem potencializar a atuação dos profissionais no que se refere a implementação de ações de alívio e prevenção.

A dor é considerada um sinal vital tão importante quanto os outros e deve sempre ser avaliada num ambiente clínico, para se empreender um tratamento ou conduta terapêutica. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida.

O adequado manejo da dor pode minimizar e eliminar o desconforto, facilitando a recuperação do paciente, prevenindo efeitos colaterais e diminuindo os custos do tratamento;

---

além disso, pode-se evitar complicações que intensificam a morbidade ( CORGOZINHO *et al.*, 2020).

Avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para a melhora do seu manejo. Os objetivos desta avaliação incluem determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, o sofrimento e a incapacidade, apurar o impacto da dor na vida do indivíduo e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas (RIGOTTI; FERREIRA, 2015)

É importante destacar a relevância de se avaliar a dor juntamente com o quadro clínico do paciente, desde o atendimento primário até os cuidados paliativos, visto que a dor não interfere somente no paciente, com alteração de seu humor e hábitos diários, mas também no contexto familiar e social. Garantir uma assistência adequada e integral pode permitir mais qualidade de vida para os pacientes (LIMA *et al.*, 2020).

Entretanto, os comportamentos de dor podem gerar reações conscientes ou inconscientes dos profissionais de saúde como sentimento de angústia, pesar e desejo de ajudar a tratar a dor. Portanto, a avaliação e o reconhecimento da dor são o primeiro passo para o tratamento adequado (KLEIN, 2016).

Estudos internacionais e nacionais apontam que a dor, seja aguda ou crônica, em todos os níveis de atenção à saúde, é subdiagnosticada, mal avaliada, subtratada e algumas vezes negligenciada. Apesar da relevância do sintoma dor, não existem muitos estudos no Brasil sobre sua prevalência em pacientes hospitalizados, o que dificulta a sensibilização de profissionais da área da saúde para o planejamento de ações, programas e alocação de recursos materiais e humanos visando ao seu controle intra-hospitalar (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Os profissionais de saúde têm por responsabilidade fornecer um atendimento qualificado, inclusive uma abordagem adequada ao manejo da dor, sendo baseado em evidências, desde a avaliação, diagnóstico, e tratamento, visando sempre a segurança do paciente. Medidas farmacológicas e terapêuticas são necessárias para o manejo da dor, mas estudos tem recomendado a inclusão de métodos não farmacológicos, de menor complexidade, mas de grande importância (GOMES *et al.*, 2019).

No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde convivem diariamente com o sofrimento, e o manejo da dor se constitui em uma de suas principais preocupações. Proporcionar analgesia ao paciente e acompanhar a evolução do quadro clínico não devem ser atividades mecânicas, mas devem ter o objetivo de tornar o ambiente mais humano, pautado no amparo e no cuidado. Por isso, além de avaliar meticulosamente intervenções a serem realizadas, deve-se oferecer tratamento individualizado com base nas melhores evidências

científicas. A preservação de valores éticos que sustentam a qualidade de vida da pessoa fragilizada é um fator crucial para uma prática qualificada da equipe de saúde.

## *Referencial Teórico*

---

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Assistência Hospitalar e Terapia Intensiva

Identifica-se uma tendência mundial, ao longo dos anos, do aumento da necessidade de leitos da terapia intensiva, decorrente, sobretudo do significativo crescimento e envelhecimento da população, do aumento da expectativa de vida, dos avanços nas ciências da saúde, da capacidade aprimorada de apoiar a recuperação de pacientes gravemente enfermos. Somados a esses fatores, o aumento da prevalência de comorbidades associadas a episódios de doença aguda relacionadas às chamadas “doenças da civilização”, tais como diabetes, doenças coronarianas e acidente vascular encefálico se traduziram em uma demanda sustentada e crescente por serviços de cuidados críticos (BAGSHAW *et al.*, 2017; ROBERT *et al.*, 2015; RHODES; MORENO, 2012).

Do montante financeiro destinado ao sistema de saúde, a atenção hospitalar representa 67% das despesas. Deste percentual grande parte tem sido destinado as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que se constituem um ônus financeiro substancial para o sistema, atribuídos à sofisticada tecnologia, recursos humanos qualificados, infraestrutura complexa e complexidade dos pacientes (QUINTANILHA, 2019)

Desde sua introdução generalizada há mais de meio século, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) tornaram-se parte integrante do sistema de saúde. Embora a maioria das UTIs seja encontrada em países de alta renda, elas são cada vez mais uma característica dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda. A World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (WFSICCM) convocou uma força-tarefa cujo objetivo era responder à pergunta “O que é uma UTI ”, de maneira internacionalmente significativa e desenvolver um sistema para estratificar UTIs com base na intensidade dos cuidados que prestam (MARSHALL *et al.*, 2017).

Uma UTI é um sistema organizado para a prestação de cuidados a pacientes críticos que fornece cuidados médicos e de enfermagem intensivos e especializados, uma capacidade aprimorada de monitoramento e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgãos para sustentar a vida durante um período de insuficiência do sistema de órgãos com risco de vida (LOBO *et al.*, 2019).

Os leitos de UTI consistem em componentes estruturais dos hospitais, com sistemas de resposta rápida integrados, que fornecem suporte para assistência e sobrevivência de pacientes gravemente enfermos (NASSIF, 2019).

---

Uma definição formal e uma estrutura descritiva para UTIs podem informar os tomadores de decisão de saúde no planejamento e medição da capacidade e fornecer aos médicos e pacientes uma referência para avaliar o nível de recursos disponíveis para atendimento clínico (VACHON, 2011).

Historicamente, é atribuído a Florence Nightingale, enfermeira britânica que participou da guerra da Criméia, a primazia de ter sido a primeira idealizadora de uma enfermaria com o conceito de atendimento contínuo ao paciente. Ela separou os feridos de guerra mais graves em uma enfermaria próxima ao seu posto de enfermagem e desenvolveu uma estratégia para atendimento rápido tão logo fosse necessário. Ao longo do tempo, o aperfeiçoamento das intervenções terapêuticas e o desenvolvimento de unidades especiais para abrigar pacientes e recursos tecnológicos de alta complexidade transformaram a assistência, culminando com a criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (PADILHA *et al.*, 2016).

Dentro das instituições hospitalares, as Unidades de Terapia Intensiva consistem em áreas intensamente equipadas com tecnologia avançada e concentram conhecimento especializado de profissionais de várias áreas do conhecimento, o que agrega e fornece condições adequadas para o monitoramento das funções fisiológicas e assistência, com a finalidade de promover suporte à vida de pacientes gravemente enfermos. Essas unidades podem ser gerais ou especializadas, organizadas de acordo com sistemas ou patologias (UTI neurológicas, de queimadura ou trauma, e UTI médica ou cirúrgica) ou ainda por grupos etários (UTI adulto ou pediátrica) (NASSIF, 2019).

O que se verifica ao analisar o panorama da assistência hospitalar é o aumento da demanda por tratamento intensivo ao longo dos últimos vinte anos, decorrente do rápido progresso tecnológico, mudanças no sistema de saúde, crescente expectativa de vida da população e tratamento de doenças que até recentemente eram incuráveis. (KRALJIC *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, os leitos de UTI passam a se constituir em componentes estruturais dos hospitais, com sistemas de resposta rápida integrados, que fornecem suporte para uma assistência qualificada e diferenciada, permitindo uma ampliação da sobrevivência de pacientes gravemente enfermos (NASSIF, 2019).

## **2.2 Unidades de terapia intensiva no contexto da saúde brasileira**

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), é possível se afirmar que, independentemente do tipo de UTI, há demanda reprimida, seja no contexto do SUS e no âmbito

---

da Saúde Suplementar. No Brasil, constata-se uma distribuição geográfica desigual, em que 54% dos leitos estão na região Sudeste. E como agravante, verifica-se que a falta de leitos hospitalares gerais resulta em gargalo na porta de saída da UTI e atraso na transferência de pacientes em condições de alta. De outro lado, a demora e dificuldade em conseguir um leito hospitalar pode resultar no agravamento do quadro clínico e a consequente agudizar a necessidade de leito de UTI. Há de se considerar ainda que o desequilíbrio entre oferta e demanda também é influenciado pelo tempo de permanência na unidade, uma vez que as estadias são altamente variáveis, implicando numa dinâmica diferenciada dos leitos da UTI (MEDEIROS, 2018; NASSIF, 2019).

Há um consenso mundial de que a transferência precoce para a UTI de pacientes criticamente enfermos está associada à melhora da condição clínica e ao impacto positivo no desfecho do paciente. Inversamente, atrasos na transferência para a UTI podem levar ao aumento do tempo de permanência e da mortalidade. Entretanto, as decisões referentes à adequação dos pacientes para admissão nesta unidade são extremamente desafiadoras, sob uma perspectiva dinâmica e complexa. (GOPALAN; PERSHAD, 2019).

A UTI enquanto um setor de alta complexidade, dotado de características físicas que propiciam maior vigilância e controle de pacientes, centraliza recursos materiais e humanos que permitem um atendimento eficaz, conforme necessidade do paciente, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para o objetivo comum de recuperação de pacientes. Entretanto, dadas as características dos pacientes em estado crítico, estes experimentam dor, medo e ansiedade, sendo a dor o sintoma mais subestimado. Portanto, o controle e monitorização da dor e o alívio da ansiedade sofrida durante o período de interação deve ocupar papel de destaque na estratégia terapêutica (SOUZA *et al.*, 2015; SILVA DA HORA; ALVES, 2020).

### **2.3 Dor em pacientes de unidade de terapia intensiva**

O tratamento da dor nas UTIs pode parecer assustador devido ao estado de saúde grave e muitas vezes instável dos pacientes, a falta de conscientização dos profissionais de saúde quanto ao impacto da dor no estado geral de saúde, juntamente com as demandas de cuidados físicos no ambiente de cuidados críticos (BESEN *et al.*, 2020).

Ressalta-se que a UTI por ser um ambiente de alta densidade, tecnologia e com pacientes complexos com contínuo monitoramento e procedimentos altamente invasivos traz maior complexidade de cuidados para o enfermeiro e o paciente que está nesta condição precisa de atenção e tem maior propensão à dor, já que seu estado clínico encontra-se fragilizado e

sensível.

Azevedo-Santos (2019) e Santana (2015) afirmam que três conceitos importantes são comumente utilizados em terapia intensiva: dor, agitação e delirium e que apesar de estarem interligados, a dor é o sinal mais negligenciado nas UTIs.

Pacientes gravemente enfermos na UTI são particularmente vulneráveis à dor e desconforto devido à gravidade de suas condições de saúde e intervenções de diagnóstico e tratamento, como: incisões, cirurgia, trauma, canulação, cateterização, sucção das vias aéreas, tubos endotraqueais, dispositivos de ventilação não invasivos, drenos / remoção de drenos, feridas / trocas de curativos, fisioterapia, imobilidade prolongada, prisão de ventre, privação de sono, perturbações como despertar e manipulação para reposicionamento, além da incapacidade do paciente de relatar sua dor (AHLERS *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2016; KLEIN, 2016).

Esclarece-se que a canulação é um procedimento pelo qual é inserido um cateter em um vaso sanguíneo, veia ou artéria para o registro de parâmetros cardiovasculares, como a pressão arterial sistêmica e a frequência cardíaca, obtendo importantes informações do comportamento do animal após a administração de drogas ou medicamentos ou a retirada de sangue sobre os parâmetros hemodinâmico (OLIVEIRA, 2010).

Um grande estudo europeu desenvolvido por Puntillo e colaboradores com 3851 pacientes críticos, observou o aumento da intensidade da dor durante 12 procedimentos, como retirada de dreno torácico, inserção intravenosa periférica, cuidados com feridas, mobilização, posicionamento, exercícios respiratórios e outros. Dentre essas atividades rotineiras, a aspiração traqueal foi considerada a mais dolorosa, responsável por determinados comportamentos (careta, respostas faciais e punhos cerrados) e alterações nos parâmetros fisiológicos. Na análise multivariada, verificou-se que foram fatores de risco independentes para dor durante os procedimentos, o uso de opióide especificamente para o procedimento, dor prévia ao procedimento, presença da pior dor no dia do procedimento (PUNTILLO *et al.*, 2014).

Dor inadequadamente aliviada é frequentemente descrita pelos pacientes após internação na UTI. Disfunção pulmonar, disfunção cardíaca e dificuldade de desmamar da ventilação mecânica são consequências potenciais causadas pela dor contínua nesta fase do tratamento (SANTOS *et al.*, 2016).

Em unidade de terapia intensiva, mais de 30% dos pacientes têm dor significativa em repouso e mais de 50% sentem dor significativa durante os cuidados de rotina, como movimentação, aspiração endotraqueal e cuidados com lesões de pele (AÏSSAOUI *et al.*, 2005). Este cenário indica a recomendação de avaliação dos pacientes criticamente enfermos quanto à dor com regularidade. A frequência da avaliação deve ser específica do paciente e ajustada de

---

acordo com seu risco (KAWAGOE *et al.*, 2017).

Apesar da importância dada à avaliação da dor nas UTI, a influência da mensuração e do controle da dor na evolução do paciente crítico é pouco conhecida (AZEVEDO- SANTOS, 2015).

Dentre os fatores que contribuem para o sub-tratamento geral da dor nas UTIs devem ser incluídos os desafios de avaliação da dor para pacientes não verbais. Para mitigar esses obstáculos, ao mesmo tempo em que se deve fornecer um controle ideal da dor, deve ocorrer a identificação adequada dos sintomas de dor por meio de ferramentas de avaliação comportamental e monitoramento contínuo de marcadores fisiológicos. Profissionais devem se tornar mais conhecedores sobre a necessidade de gerenciar simultaneamente a dor e estabilizar as condições médicas subjacentes (KLEIN, 2016).

Embora o consumo de analgésicos seja alto em ambiente hospitalar, a adesão aos princípios e às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto ao uso de analgésicos em casos de dor ainda é baixa, possivelmente pelo desinteresse dos profissionais médicos em se capacitarem para intervir adequadamente sobre a dor (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A avaliação do nível de dor em pacientes internados nas UTI constitui grande desafio para vários profissionais, pois a maioria dos pacientes encontra-se sedados ou em uso de bloqueadores neuromusculares. Alguns autores apontam que os profissionais de saúde podem subestimar a dor dos pacientes, o que determina seu manejo inadequado (FORTUNATO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013).

O impacto causado pela dor nestes pacientes altera não somente o componente comportamental como também o aspecto emocional, cognitivo e social dos indivíduos (SANTOS, 2016).

Cade (2008) afirma que a exposição a altos níveis de dor tem consequências psicológicas e fisiológicas negativas e seu manejo eficaz é importante na manutenção da dignidade do paciente.

Klein (2016) ressalta que estudos mostram que a dor é raramente mensurada em pacientes internados em UTI, e que esta falta de mensuração pode levar ao uso insuficiente ou indiscriminado de analgésicos e, por vezes, o uso inadequado de sedação. Além disso, o não alívio da dor está relacionado a efeitos fisiológicos e psicológicos negativos, com consequências negativas também na qualidade de vida pós alta da unidade.

Nesta direção, Souza *et al.* (2013) apontam algumas barreiras que devem ser consideradas no manejo da dor nas UTI, tais como fatores relacionados aos profissionais, como conhecimento e experiência; fatores relacionados aos pacientes e ambiente, como

---

habilidades de comunicação, mudança repentina na condição clínica dos pacientes, presença de tecnologia, e tempo reduzido dos enfermeiros por excesso de carga laboral.

Para Cade (2008) é importante ressaltar que os enfermeiros são responsáveis pela administração da analgesia prescrita "conforme necessário", pela titulação das infusões de analgésicos dentro dos parâmetros prescritos e pela implementação de medidas não farmacológicas para reduzir a dor em muitas UTIs. Para desempenhar essa função de forma adequada, é necessária que os enfermeiros realizem uma avaliação precisa e consistente da dor, possibilitando assim, uma avaliação da eficácia dos regimes analgésicos dos pacientes, que se reverta em benefícios como recuperação e bem-estar.

A avaliação e o tratamento inadequados da dor têm sido associados ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade em ambientes de cuidados intensivos. Foi demonstrado em alguns estudos que o manejo adequado da dor está associado a melhores resultados gerais do paciente, menor tempo de hospitalização e redução do custo do tratamento (SIERRA; COLAÇO; CRUZ, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; SILVA; VASCONCELOS; DA NÓBREGA, 2011).

Azevedo-Santos *et al.* (2019) e Santana *et al.* (2015) afirmam que evidências alcançadas por diversos estudos indicam que o estabelecimento de protocolos de avaliação da dor é responsável por melhor manejo da dor, uso mais eficiente de analgésicos e / ou sedativos, diminuição da duração da VMI, maior chance de desmame da VMI, menor risco de pneumonia associada à ventilação, cateter central infecções relacionadas, infecções do trato urinário e desenvolvimento de bacteremia, menor tempo de permanência na UTI e diminuição nos eventos de agitação e taxa de mortalidade.

Apesar dos esforços, a dor ainda é sub-identificada e sub-tratada no ambiente de terapia intensiva, sendo sintoma mais frequente e estressante relatado pelos pacientes. Sua prevalência nos pacientes internados em UTI varia de 33% a 70% dependendo do perfil da unidade (KLEIN, 2016).

Por esses motivos, o manejo da dor nas UTI deve ser prioritário e considerado como uma obrigação ética de todos os profissionais de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2013).

Avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para a melhoria do manejo do fenômeno doloroso e para tal, a utilização de instrumentos padronizados para mensurar e avaliar as características da dor tem se mostrado extremamente relevante como estratégia para o registro de dados sobre a dor e analgesia.

### 2.3 Instrumentos para mensurar dor em Unidade de Terapia Intensiva

Considerando que grande parte dos pacientes críticos tem dificuldade de comunicar verbalmente ou conscientemente a dor, é de grande importância que a comunicação da experiência dolorosa aos profissionais de saúde seja efetiva, para implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. Assim, cada vez mais se fez necessário o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da dor que retratassem uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa (MORETE, 2014).

Como a dor é multidimensional e subjetiva, e devem ser consideradas as particularidades de cada paciente, o autorrelato do paciente é o padrão ouro para avaliação. No entanto, muitos pacientes adultos internados na UTI não podem relatar dor como resultado de um nível alterado de consciência, ventilação mecânica e/ou administração de agentes sedativos (MORETE *et al.*, 2014; KLEIN, 2016).

A falta de autorrelato torna a avaliação da dor em pacientes críticos um desafio para os enfermeiros, que devem considerar o uso de alternativas, como ferramentas de avaliação comportamental da dor (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Um estudo qualitativo recentemente publicado analisou os desafios enfrentados pelos enfermeiros ao usar escalas de avaliação da dor para pacientes incapazes de se comunicar. As dificuldades relatadas neste estudo foram “prioridade esquecida”, “barreiras organizacionais”, “barreiras atitudinais” e “barreiras ao conhecimento”, que representam motivos internos (pessoais) e externos (rotina diária) para uma avaliação de baixa qualidade da dor (DELDAR *et al.*, 2018).

Pacientes em ventilação mecânica, inconscientes e incapazes de se autorrelatar, requerem instrumentos que detectem detalhes do comportamento associados à percepção e expressão da dor. A observação das expressões faciais é o principal método de avaliação da dor em sujeitos ventilados. Além disso, movimentos corporais, rigidez muscular, adesão ao ventilador mecânico e ou sons são outros indicadores comportamentais da intensidade da dor nestes pacientes (AZEVEDO-SANTOS *et al.*, 2019; SANTANA *et al.*, 2015).

Barret *et al.* (2013) também afirmam que a partir de observações dos pacientes internados em UTI submetidos à realização de vários procedimentos, foi possível elencar várias manifestações comportamentais que podem ser assumidas pelos pacientes ao expressar corporalmente a dor como movimentos de contorção facial, fechamento dos olhos, rigidez, tremor. Entretanto, é evidente a dificuldade em se mensurar e diferenciar as manifestações de dor e alterações nos níveis de sedação e agitação.

---

As Diretrizes da Prática Clínica para Prevenção e Tratamento da Dor, Agitação/Sedação, Delirium, Imobilidade e Perturbação do Sono em Pacientes Adultos em UTI, conhecidas como Diretrizes PADIS, elaboradas pela *Society of Critical Care Medicine* em 2018, recomenda fortemente o uso de escalas comportamentais validadas quando o paciente não tem condições de reportar a dor sentida verbalmente ou por meio de gestos ou sinais (DEVLIN *et al.*, 2018).

O uso de ferramentas validadas de avaliação da dor deve ser prática-padrão ao cuidar de pacientes adultos em estado crítico. Entre as escalas de intensidade da dor, os pacientes preferem a escala de classificação numérica de 0 a 10 em formato visual; geralmente é a melhor ferramenta discriminativa para uso em UTI adulto. Contudo quando um paciente não consegue se concentrar em uma escala de intensidade de dor, há recomendação para uma pergunta simples sobre a presença de dor. Uma resposta "sim" ou "não", indicada por acenar com a cabeça, balançar a cabeça ou outros sinais, deve ser considerada um autorrelato válido de dor. Em muitas situações, um autorrelato sobre a presença da dor é mais fácil de obter do que um autorrelato sobre a intensidade da dor (MORETE *et al.*, 2014; KAWAGOE; MATUOKA; SALVETTI, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019; MITRA *et al.*, 2020).

Santos (2015) aponta que além deste, a observação de variáveis fisiológicas como pressão arterial, frequência cardíaca, sudorese e frequência respiratória, além da mensuração objetiva por meio de instrumentos padronizados, podem ser utilizados, particularmente nos pacientes com limitação da expressão da fala devido ao uso de via aérea artificial, ventilação mecânica invasiva e/ou uso concomitante de fármacos sedativos (hipnóticos).

Kawagoe e colaboradores (2017) alertam que indicadores fisiológicos como frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória poderiam ser utilizados na avaliação da dor, mas são elementos inespecíficos em pacientes críticos, pois são vulneráveis a múltiplos fatores, incluindo os efeitos de fármacos utilizados em UTI.

Os instrumentos desenvolvidos podem ser unidimensionais ou multidimensionais, dependendo dos tópicos considerados. As escalas unidimensionais são compostas por uma única dimensão (respostas comportamentais, por exemplo) e podem considerar uma (expressões faciais, por exemplo) ou múltiplos domínios (expressões faciais, movimentos corporais e sons). Alternativamente, as escalas multidimensionais avaliam duas ou mais dimensões da dor (comportamentos, respostas fisiológicas) e têm vários domínios dentro de cada dimensão (SANTANA *et al.*, 2015; AZEVEDO-SANTOS *et al.*, 2019).

Martinez e colaboradores (2011) ao analisarem a aplicabilidade de tres instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento (ambulatório, enfermaria e

urgência) concluíram que, apesar dos questionários serem usados para avaliar clinicamente a dor, a discrepância com relação aos resultados decorre do fato de que eles medem aspectos diferentes desse sintoma. A intensidade é a característica mais importante, em termos de seguimento, e se torna o parâmetro de melhora ou piora buscada pelos profissionais de saúde. Concluíram ainda que, apesar dos instrumentos multidimensionais fornecerem dados mais amplos sobre a dor, apresentam limitações, o que indica a necessidade de considerar as demais características da dor que não somente o aspecto da intensidade.

Nesta direção, investigação conduzida por Cade (2008) buscou revisar as evidências sobre os instrumentos de avaliação da dor em pacientes adultos sedados, por meio de uma revisão sistemática de literatura. A busca foi limitada a artigos que examinaram a confiabilidade e validade das ferramentas de avaliação da dor, resultando em cinco artigos avaliados. Os achados indicaram as escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS), *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) e *Non- Verbal Pain Scale* (NVPS). Os resultados sugeriram que a ferramenta BPS, foi a mais amplamente testada, e poderia ser aplicada clinicamente para medir a dor em pacientes de forma sistemática e comparável.

Revisão de literatura conduzida por Kawagoe *et al.* (2017) em seis bases de dados teve por objetivo de identificar e analisar os instrumentos disponíveis na literatura para avaliar a dor em pacientes com dificuldade de comunicação verbal em UTI. Quatro instrumentos observacionais, *BPS*, *Critical-Care Pain Observation Tool*, *Nociception Coma Scale* e *Nociception Coma Scale-Revised* foram encontrados. Todos utilizam indicadores comportamentais de dor, porém os autores alertam que somente o BPS está adaptado para a língua portuguesa.

Azevedo-Santos *et al.* (2016), Santana (2015) e Xavier *et al.* (2018), publicaram uma revisão sistemática da literatura com objetivo de descrever as técnicas de mensuração da dor em pacientes adultos ventilados mecanicamente, com base nas evidências já publicadas. Os resultados indicaram que medidas objetivas, como escalas comportamentais, são as ferramentas padrão ouro para medir a intensidade da dor em indivíduos não comunicativos. Neste estudo chamou a atenção dos autores o fato de terem sido encontrados um baixo número de métodos de avaliação para adultos em comparação a outra população de UTI, como pacientes neonatais e pediátricos ventilados. Mais de 40 métodos para avaliar a dor em bebês estão disponíveis enquanto apenas 13 ferramentas são conhecidas para adultos.

### 2.3.1 Behavioral Pain Scale (BPS)

Dentre as escalas desenvolvidas para avaliar a dor em pacientes de UTI, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) parece ser a que reúne mais consenso para ser utilizada na prática clínica. Essa escala foi uma das primeiras a ser usada para medir as experiências de dor em doentes incapazes de se comunicar verbalmente, sendo atualmente uma das mais estudadas. Ela é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica e avalia três domínios comportamentais: expressão facial, movimentos de membros superiores e conformidade com a ventilação mecânica (AZEVEDO-SANTOS *et al.* 2019; MORETE *et al.*, 2014; PINHEIRO; MARQUES, 2020; SANTANA *et al.*, 2015).

A BPS foi validada primeiramente na língua inglesa por Payen *et al.* (2001). Posteriormente foi validada em diferentes idiomas e amostras. A adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa da BPS foi obtida e publicada por Batalha *et al.* (2013), após tradução semântica e conceitual da versão escrita em inglês. Foi considerada válida e confiável, apesar da necessidade de readaptação de alguns itens.

A validação da BPS em outras línguas tornou-a reproduzível também nas UTI brasileiras. A escala BPS, até o momento, é uma das duas escalas encontradas que passou pelo processo de validação no Brasil.

O primeiro estudo realizado por Morete *et al.* (2014), para tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa (Brasil) da BPS, que recebeu o nome de Escala Comportamental de Dor (ECD), apresentou boa concordância entre avaliadores, porém baixa consistência interna ( $\alpha$  Cronbach 0,501) (KAWAGOE *et al.*, 2017).

Posteriormente, Azevedo-Santos e colaboradores realizaram nova validação da versão brasileira da BPS em 2015, em vinte e cinco pacientes adultos em UTI, obtendo valores elevados do coeficiente de responsividade. O coeficiente alfa de Cronbach do escore total foi de 0,8, considerado uma boa consistência interna e boa validade de critério (AZEVEDO- SANTOS *et al.*, 2017).

Oliveira *et al.* (2019) afirma que a BPS tem sido a escala mais utilizada pelos serviços de saúde, por ser de elevada acurácia e de fácil aplicação em paciente graves.

Hora e Alves (2020) em uma revisão sistemática com objetivo de sumarizar dados acerca das características psicométricas das escalas de avaliação de dor em UTI, concluíram apesar do número reduzido de trabalhos científicos sobre o tema, a maioria dos estudos que mesuraram validade, confiabilidade e/ou reprodutibilidade das escalas no Brasil apresentou bons índices psicométricos incluindo para BPS. Mas reforçam que a decisão entre a escala a

---

ser utilizada deve considerar facilidade de aplicação e familiaridade da equipe.

Nesta direção, no que se refere à assistência de enfermagem nas UTI, deve-se considerar que os cuidados são para pacientes com situações críticas de quadros agravados, o que induz à necessidade de um monitoramento e fiscalização permanentes, em razão da fragilidade das condições dos pacientes. Qualquer mudança sutil na condição de um paciente que possa justificar a intervenção médica deve ser observada rapidamente, possibilitando melhores desfechos clínicos (LEITE de BARROS; LOPES, 2010).

A implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto organização da assistência, é uma exigência para instituições de saúde públicas e privadas em todo o Brasil, legalmente amparado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) presente na Lei do Exercício Profissional, no Código de Ética Profissional de Enfermagem e na Resolução nº 358/2009 que regulamenta a SAE (COFEN, 2009).

A implementação da SAE nas UTI proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro. Dentre as etapas da SAE, composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem, a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem e do planejamento, incluiu a avaliação de enfermagem. Há de se considerar, portanto, que os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes se configuram como elementos centrais para implementação de uma assistência que atenda às necessidades de cuidados apresentadas pelos pacientes. Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada. Dessa forma, incorporar a SAE no cotidiano das unidades de saúde, particularmente em UTI, é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente.



### 3 JUSTIFICATIVA

Minha experiência como enfermeira assistencial em um hospital de ensino de alta complexidade, e exercendo minhas atividades em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tem me permitido vivenciar mais proximamente as demandas requeridas por pacientes críticos, exigindo cuidados complexos, terapia de alto custo e alta demanda de cuidados de enfermagem. Essa vivência quanto à dinâmica desta unidade não só nos aspectos assistenciais, mas também nas especificidades de organização que incluíam as relativas ao relacionamento entre as diferentes equipes que ali atuam, me permitiram perceber o papel fundamental do enfermeiro na qualificação da assistência ali prestada.

A responsabilidade do cuidado aos pacientes críticos deve ser de toda a equipe multiprofissional, o que remete para a importância de todos serem capazes de mensurar, monitorar e realizar intervenções para reduzir a dor e sofrimento, potencializando a melhora do paciente. Entretanto, cabe aos profissionais de enfermagem, que são aqueles que permanecem mais próximos do paciente e por maior tempo, uma vigilância mais acirrada no que se refere a fragilidade das condições dos pacientes e está presente na maioria dos procedimentos dolorosos tais como aspiração de vias aéreas superiores, coleta de gasometria arterial, dreno torácico, traqueostomia, passagem de acesso venoso central e curativos de lesões por pressão.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Terapia Intensiva, além de propiciar cuidados individualizados aos pacientes, possibilita ao enfermeiro uma avaliação pormenorizada das condições de saúde e demandas assistenciais. Dentre elas, deve ser considerada a avaliação da dor, como uma prioridade, utilizando instrumentos validados e factíveis na realidade institucional.

Neste contexto dos cuidados intensivos é que se propõe a realização desta pesquisa, que pretende subsidiar a qualificação da assistência ao paciente crítico, agregando a avaliação da dor enquanto um sinal importante na qualificação da assistência de enfermagem prestada. Inclui-se que é importante realizar a SAE, pois existem diagnósticos de dor aguda e dor crônica, porém ainda é feito de forma subjetiva e a proposta de aplicação de uma escala faz com que haja uma avaliação mais objetiva da dor.

*Objetivo*

---

## **4 OBJETIVO GERAL**

Descrever o processo de implantação de um instrumento validado para avaliação dador de pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica em uma UTI .

### **4.1 Objetivos Específicos**

- ✓ Avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros quanto a avaliação da dor em pacientes críticos;
- ✓ Avaliar o instrumento quanto a sua adequação à realidade da instituição segundo opinião dos enfermeiros da unidade;
- ✓ Capacitar os enfermeiros para uso do instrumento proposto.



---

## 5 MÉTODO

### 5.1 Tipo De Estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Polit e Beck (2011), o estudo quantitativo se caracteriza pela identificação das variáveis de interesse, desenvolvendo definições conceituais e operacionais dessas variáveis e, em seguida, coletando dados relevantes dos sujeitos. Gil (2021), ensina que o estudo descritivo busca de forma primária levantar e descever as características de determinado fenômeno.

Quanto às questões relacionadas à abordagem qualitativa, Polit *et al.* (2004) descrevem que este tipo de abordagem pode propiciar um campo livre à realidade e à subjetividade dos sujeitos.

### 5.2 Local do Estudo

Esta investigação foi realizada no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público localizada no município de Belém, Estado do Pará, que atende demanda encaminhada pela rede básica, ambulatorial e hospitalar, destinando 100% de sua capacidade instalada a pacientes do SUS. O Hospital é credenciado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia e desde 2009 foi certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde e vem se especializando cada vez mais no tratamento multidisciplinar das doenças crônico-degenerativas, além de ser referência nas áreas de nefrologia, neurologia e transplantes de córnea, renal e medula óssea. É campo de treinamento para estudantes de graduação, possibilitando atividades de ensino, pesquisa e extensão em saúde.

O hospital dispõe de 236 leitos, dos quais 38 (trinta e oito) são do Centro de Terapia Intensiva (CTI), local onde foi desenvolvido o presente estudo. O quadro de pessoal desta unidade conta com 26 enfermeiros e 99 técnicos de enfermagem. O contrato de trabalho é de 30 horas semanais e a escala de trabalho contempla os turnos de 6 horas, distribuídos nos horários manhã e tarde e noturnos de 12 horas.

### 5.3 Participantes do Estudo

O estudo foi desenvolvido junto a dois grupos de participantes:

- a) O primeiro grupo foi constituído pelos enfermeiros envolvidos na assistência direta ao paciente na unidade investigada, em todos os turnos de trabalho, com tempo de trabalho na unidade superior a três meses, que aceitem participar da pesquisa e que se encontravam em atividade laboral no período de coleta de dados;
- b) O segundo grupo foi composto por pacientes internados que foram avaliados pelo instrumento proposto, durante o período de internação na UTI selecionada. Foram elegíveis os pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estavam sedados e inconscientes e sob ventilação mecânica, impossibilitados de verbalizar a percepção de dor, mediante consentimento de participação fornecido por responsável legal.

### 5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2023.

Para o grupo de enfermeiros, foi realizada no local de trabalho dos participantes, no momento definido conforme disponibilidade dos mesmos e orientação da gerência da unidade. Esta se constituiu na primeira etapa da pesquisa. Utilizou-se um instrumento de caracterização dos enfermeiros, construído no formato de questionário autoaplicável, entregue aos mesmos na unidade, com a finalidade de se obter dados sociodemográficos de interesse para o estudo (APÊNDICE A). A abordagem foi realizada pela pesquisadora de forma individual e em local reservado.

Em seguida, foi entregue a cada enfermeiro participante um instrumento elaborado com a finalidade de avaliar o conhecimento prévio dos mesmos acerca da avaliação de dor em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um questionário com questões abertas e múltipla escolha sobre o tema (APÊNDICE B).

Sequencialmente, como segunda etapa da investigação, a pesquisadora, considerada neste estudo como padrão ouro da avaliação, reuniu-se com dois enfermeiros da unidade, com experiência consolidada no cuidado ao paciente crítico, momento no qual discutiu sobre a escala de avaliação de dor *Behavioral Pain Scale* (BPS), seus itens de composição, com objetivo de avaliar a pertinência da aplicabilidade do instrumento nos pacientes internados na UTI selecionada para a pesquisa. Na ocasião foram discutidos os itens de composição da escala,

---

levando-se em consideração a subjetividade do fenômeno “Dor” e características dos pacientes.

A partir desta atividade, foi elaborada uma capacitação sobre o tema, que se constituiu na terceira etapa da pesquisa, constando de uma aula expositiva e dialogada com a utilização de recurso multimídia (APÊNDICE C), abordando a avaliação da dor. Esta etapa foi realizada com os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, sendo a capacitação desenvolvida em turnos inversos ao trabalho dos enfermeiros, de modo a propiciar a participação do maior número possível. O material utilizado nesta atividade foi elaborado pela pesquisadora, com base na revisão de literatura.

Ressaltamos que, após a realização da aula expositiva, foi realizada uma discussão com os enfermeiros participantes a respeito do entendimento de cada um dos itens abordados, de modo a se apreender as vivências profissionais individuais sobre o tema, que se constituiu em um compilado de depoimentos que foram tratados neste estudo como uma análise qualitativa sobre o tema.

Em seguida, passou-se para a quarta etapa do estudo, onde foi realizada a seleção de pacientes internados na UTI que atendiam ao critério para aplicação da escala. Participaram desta etapa 10 pacientes, cujos responsáveis legais autorizaram a sua inclusão no estudo e assinaram o Termo de Autorização para participação na investigação. As informações sobre a condição de sedação e inconsciência foram obtidas nos prontuários dos pacientes.

Adicionalmente, para permitir maior facilidade no processo, a pesquisadora elaborou cartões de consulta rápida contendo a escala BPS para o momento da avaliação da dor à beira leito.

Cada paciente selecionado foi avaliado pela pesquisadora (padrão ouro) e por dois enfermeiros no mesmo momento, definidos conforme orientação da literatura, em momento de repouso e momento do procedimento doloroso. Considerando o descrito no estudo de Azevedo-Santos *et al.* (2017) de validação da versão brasileira da Escala Comportamental de Dor (BPS) em pacientes adultos sedados e sob ventilação mecânica, o momento de repouso foi definido como sendo aquele em que nenhuma intervenção era realizada com o paciente, em que o paciente está estável no leito; e como momento doloroso, optou-se por aquele quando era realizada a aspiração traqueal com inserção de cateter nas vias aéreas.

Para garantir a aplicação do conhecimento dos enfermeiros participantes em relação ao conhecimento adquirido após a capacitação para utilização da escala BPS, buscou-se garantir que cada um realizasse no mínimo uma avaliação. A literatura recomenda que as avaliações da dor sejam realizadas por mais de um profissional, no mesmo momento e em mais de um momento, permitindo a comparação dos escores encontrados pelos diferentes avaliadores,

permitindo uma medida da confiabilidade da ferramenta.

A pesquisadora elaborou uma planilha para registro das avaliações (APÊNDICE D), cujas informações adicionadas sobre a condição de sedação e inconsciência foram obtidas nos prontuários dos pacientes, bem como os dados relativos à frequência cardíaca; pressão arterial diastólica; pressão arterial média; pressão arterial sistólica; e saturação periférica de oxigênio.

#### *5.4.1 Instrumento de avaliação de dor*

Utilizou-se a *Behavioral Pain Scale* (BPS) , um instrumento observacional de avaliação da dor, composto por três domínios comportamentais: expressão facial, movimentos de membros superiores e conformidade com o ventilador mecânico (Quadro 1). Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 pontos (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). Uma pontuação maior que 3 demonstra presença de dor e maior ou igual a 5 indica dor significativa. O tempo estimado para seu preenchimento da escala é de 2 a 5 minutos (MORETE, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Para sua utilização, contatou-se por email a autora da pesquisa que validou a versão brasileira da referida escala, que autorizou sua utilização (ANEXO A).

Quadro 1 - Versão brasileira da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS). Belém, Pará, 2023.

Item	Descrição	Escore
<b>Expressão facial</b>	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulcoperilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
<b>Membros superiores</b>	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
<b>Adaptação à ventilação mecânica</b>	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4

Fonte: Morete *et al.* (2014).

De modo a preservar o anonimato de todos os participantes da pesquisa, os enfermeiros foram denominados pela letra E, seguido do código alfanumérico, como por exemplo E1, E2 e assim sucessivamente até completar o número de participantes deste grupo. O mesmo foi realizado em relação aos pacientes do estudo, sendo denominados P1, P2, P3 e assim por diante.

### 5.5 Análise dos Dados

Quanto aos dados quantitativos a análise dos dados foi desenvolvida de por meio de estatística descritiva simples. Foram analisadas ainda, os depoimentos trazidos pelos enfermeiros participantes, enquanto uma Análise Qualitativa dos dados, sob o referencial de Minayo (2008) que recomenda o uso da Análise de Conteúdo Temática. Com o auxílio do software *Iramuteq*, utilizou-se a produção da nuvem de palavras que proporcionou o agrupamento e a organização das palavras expressas graficamente, em função de sua frequência.

## 5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo inicialmente foi submetido à apreciação da Direção Clínica e de Enfermagem da Instituição do estudo e mediante permissão para seu desenvolvimento foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado com Protocolo CAAE 60181922.9.0000.5393.

Aos enfermeiros da unidade investigada, foi apresentado o projeto e solicitada sua participação, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aqueles que aceitarem ser incluídos no estudo (APÊNDICE E).

Os pacientes considerados elegíveis para o estudo, que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, mas que não tinham possibilidade de decisão sobre a participação no estudo em razão de sua condição de saúde, foram incluídos mediante autorização dos responsáveis legais, devidamente esclarecidos pela pesquisadora. Mediante a concordância, foram apresentados o Termo de Autorização de Participação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

O projeto de pesquisa foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que envolve pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). As identidades de todos os participantes foram mantidas em sigilo, resguardando seu anonimato.



## 6 RESULTADOS

Inicialmente apresentamos os dados de caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa. Todos os enfermeiros atuantes na unidade de estudo escolhida e que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados, totalizando 26 enfermeiros. Destes, 20 (76,9%) participaram da pesquisa.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados da amostra pesquisada, composta em sua maioria de profissionais do sexo do feminino (85%), com predominância na faixa etária de 36 a 40 (30%) e mesmo percentual acima de 45 anos. A idade média dos enfermeiros foi de 42,5 anos, com mediana de 39,5 anos. Em relação ao tempo de formação, verificou-se um mesmo percentual de 35% entre enfermeiros com 5 a 10 anos e acima de 16 anos. A média desta variável foi de 15,8 anos e mediana de 14,5 anos. No tocante ao tempo de experiência profissional, 65% dos enfermeiros atuam há mais de 10 anos e 45% dos enfermeiros atuam na assistência ao paciente de terapia intensiva há mais de 10 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação profissional e tempo de atuação profissional em UTI. Belém, Pará, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	3	15,0%
Feminino	17	85,0%
Total	20	100,0%
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
25 a 30	2	10,0%
31 a 35	2	10,0%
36 a 40	6	30,0%
41 a 45	4	20,0%
Acima de 45 anos	6	30,0%
Total	20	100,0%
<b>Tempo de Formação (anos)</b>		
5 a 10 anos	7	35,0%
11 a 15 anos	6	30,0%
Acima de 16 anos	7	35,0%
Total	20	100,0%
<b>Tempo de Atuação Profissional</b>		
1 a 5	1	5,0%
6 a 10	6	30,0%
Acima de 10 anos	13	65,0%
Total	20	100,0%
<b>Tempo de Atuação Profissional na Terapia Intensiva</b>		
1 a 5	4	20,0%
6 a 10	7	35,0%
Acima de 10 anos	9	45,0%
Total	20	100,0%

Fonte: elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta questões de múltipla escolha relativas ao conhecimento prévio dos enfermeiros quanto a dor. A totalidade dos respondentes concordaram quanto a necessidade da utilização de instrumentos para avaliação. Entretanto, identifica-se que 10%

dos profissionais não tinham experiência de utilização de nenhum instrumento para esta finalidade.

No tocante ao preparo para realização da avaliação da dor, enquanto um dado clínico importante no paciente crítico, verifica-se que 55% dos profissionais atuantes na unidade responderam que não tinham participado de nenhuma capacitação sobre o tema.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis relativas ao conhecimento dos enfermeiros sobre dor. Belém, Pará, 2023.

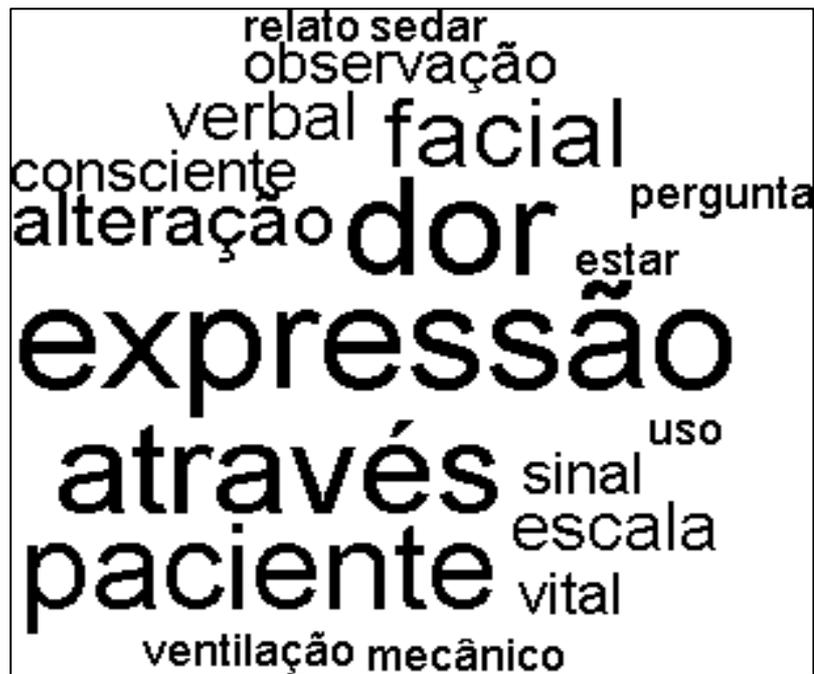
<b>Variáveis</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Necessária a utilização de instrumentos para a avaliação da dor</b>		
Sim	20	100,0%
Não	0	0,0%
Total	20	100,0%
<b>Utilização de algum tipo de instrumento para avaliação da dor em pacientes</b>		
Sim	18	90,0%
Não	2	10,0%
Total	20	100,0%
<b>Participação de algum tipo de capacitação ou curso sobre avaliação da dor</b>		
Sim	9	45,0%
Não	11	55,0%
Total	20	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Em relação às questões abertas, optou-se por utilizar o recurso gráfico denominado “nuvem de palavras” para melhor visualização dos termos utilizados a respeito e que apresentaram maior frequência de respostas.

A Figura 1 ilustra as respostas referentes a questão que indaga sobre como os profissionais identificavam a dor no paciente no momento da realização de prestação de cuidados de enfermagem.

Figura 1 - Nuvem de Palavras relativa a identificação da dor do paciente durante a prestação de cuidados de enfermagem. Belém, Pará, 2023.



Fonte: elaboração própria.

A recorrência das palavras com mais de cinco vezes em todas as respostas dos enfermeiros entrevistados indica a identificação da dor do paciente durante a prestação de cuidados de enfermagem por meio da expressão (13), da dor (12), facial (8), de alteração (8) e da escala (5), entre outros. Chama a atenção que a expressão escala foi de pouca recorrência, indicando pouca aproximação com o instrumento.

Por meio de alguns fragmentos de relatos apresentados abaixo, pode-se evidenciar o que consiste a vivência profissional dos enfermeiros desta unidade no tocante a esta avaliação:

*“Se estiver consciente através de perguntas ou pela sua inquietude.” (E02)*

*“A identificação pode ser feita durante o exame físico ,por verbalização ou expressões faciais.” (E05)*

*“Observação da expressão facial e perguntas diretas aos pacientes.” (E07)*

*“Através da verbalização, sinalização e avaliação.” (E08)*

*“Com relato da dor através da verificação da fâcies e ou sinais vitais alterados.” (E09)*

*“Através da manifestação verbal do paciente ou pela expressão*

*facial do mesmo.” (E10)*

*“Através do relato de dor ou expressão de dor.” (E12)*

*“Através da expressão facial ou descrições verbais.” (E14)*

A Figura 2 ilustra as respostas referentes a questão que indaga sobre como os profissionais avaliavam a dor no paciente no momento da realização de prestação de cuidados de enfermagem. Os conteúdos encontrados indicam expressão, alteração facial, BPS e sinal, como aqueles que tiveram maior citação, demonstrando uma manifestação importante dos enfermeiros de uma competência essencial no exercício profissional.

Figura 2 - Nuvem de Palavras relativa a avaliação da dor em pacientes adultos que encontram-se sedados em UTI. Belém, Pará, 2023.



Fonte: elaboração própria.

Sequencialmente à participação na aula expositiva e dialogada sobre o tema, que consistiu na capacitação proposta para os profissionais, realizou-se a etapa de avaliação dos pacientes selecionados pela pesquisadora, que atenderam os critérios e se tornaram elegíveis ao estudo. Foram selecionados 10 pacientes, que se encontravam sedados, intubados e sob ventilação mecânica. Todos foram avaliados quanto a sinais de dor em pelo menos um momento, perfazendo um total de 18 avaliações.

Em relação ao perfil dos pacientes participantes, os dados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes internados na UTI segundo características demográficas e clínicas. Belém, Pará, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	20
Feminino	8	80
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Idade média : 61,4 ± 2,1</b>		
<b>Diagnóstico de Internação</b>		
Neoplasia de Colo Uterino	1	10
Neoplasia de Pulmão	1	10
Acidente Vascular Cerebral	2	20
Neoplasia Esôfago	1	10
Leucemia Linfocítica Crônica (LLC)	1	10
Linfoma não Hodking	1	10
Mieloma Multiplos	1	10
Neoplasia Óssea	1	10
Neoplasia Renal	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Medidas farmacológicas</b>		
Dormonid 10 MI/h	4	40
Dormonid 15 MI/h	3	30
Dormonid 10 MI/h e Cetamina 08 ml/h	1	10
Dormonid 20 MI/h	1	10
Dormonid 10 MI/h e Cetamina 10 ml/h	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: elaboração própria.

A Tabela 4 apresenta comparativamente os valores das variáveis durante a aspiração traqueal (momento de dor) e no momento de repouso.

Tabela 4 - Distribuição das médias obtidas das variáveis fisiológicas dos pacientes mensuradas nos dois momentos da avaliação com a BPS. Belém, Pará, 2023.

<b>Variável</b>	<b>Momento Repouso</b>	<b>Momento Doloroso (Aspiração Orotraqueal)</b>
PAS (mmHg)	123,5 ± 3,7	124,5 ± 4,3
PAD(mmHg)	71,4 ± 2,6	73,3 ± 3,8
PAM (mmHg)	81,5 ± 3,2	82,6 ± 4,0
FC (bpm)	82,5 ± 4,0	84,5 ± 4,3
SpO2	96,8 ± 0,4	97,8 ± 0,3

FC: frequência cardíaca; PAD: pressão arterial diastólica; PAM: pressão arterial média; PAS: pressão arterial sistólica; SpO2: saturação periférica de oxigênio. Fonte: elaboração própria.

Sequencialmente, apresenta-se as avaliações realizadas nos pacientes, e a pontuação atribuída segundo a escala BPS pelos diferentes enfermeiros participantes e pela pesquisadora. Os avaliadores estão identificados com EP (enfermeira pesquisadora) e En (enfermeiro participante), para preservar o anonimato. Considera-se importante enfatizar que as avaliações puderam ocorrer em diferentes oportunidades ao longo das 24 horas, para um mesmo paciente, o que explica diferentes pontuações obtidas. Pode-se inferir que tais variações tem relação com evolução do quadro clínico dos pacientes.

Tabela 5 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 1. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 1</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	2,2,2	6	
E6	1,1,1	3	2,2,2	6	100%
E11	1,1,1	3	2,2,2	6	100%
Avaliação 2					
EP	1,1,1	3	2,1,2	5	100%
E5	1,1,1	3	2,1,2	5	100%
Avaliação 3					
EP	1,1,1	3	2,2,2	6	
E7	1,1,1	3	2,1,2	5	83%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 2. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 2</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	1,1,1	3	
E11	1,1,1	3	1,1,1	3	100%
E12	1,1,1	3	1,1,1	3	100%
Avaliação 2					
EP	1,1,1	3	1,1,1	3	
E8	1,1,1	3	1,1,1	3	100%
E12	1,1,1	3	1,1,1	3	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 7 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 3. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 3</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	2,1,2	5	
E10	1,1,1	3	2,1,2	5	100%
E11	1,1,1	3	2,2,2	6	83%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 8 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 4. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 4</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	2,2,2	6	
E8	1,1,1	3	2,2,2	6	100%
E9	1,1,1	3	2,2,2	6	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 9 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 5. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 5</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
<b>Avaliação 1</b>					
EP	1,1,1	3	2,1,2	5	
E15	1,1,1	3	2,1,2	5	100%
E4	1,1,1	3	2,1,2	5	100%
<b>Avaliação 2</b>					
EP	1,1,1	3	2,2,2	6	
E1	1,1,1	3	2,2,2	6	100%
E2	1,1,1	3	2,2,2	6	100%
<b>Avaliação 3</b>					
EP	1,1,1	3	1,1,1	3	
E1	1,1,1	3	4,1,1	6	83%
E2	1,1,1	3	4,1,1	6	83%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 10 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 6. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 6</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
<b>Avaliação 1</b>					
EP	1,1,1	3	2,2,1	5	
E1	1,1,1	3	2,2,1	5	100%
E2	1,1,1	3	2,2,1	5	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 11 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 7. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 7</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
<b>Avaliação 1</b>					
EP	1,1,1	3	1,1,2	4	
E2	1,1,1	3	1,1,2	4	100%
E13	1,1,1	3	1,1,2	4	100%
<b>Avaliação 2</b>					
EP	1,1,1	3	4,2,1	7	
E6	3,1,1	5	4,2,1	7	83%
E15	3,1,1	5	4,2,1	7	67%
<b>Avaliação 3</b>					
EP	1,1,1	3	1,1,2	4	
E14	1,1,1	3	1,1,2	4	100%
E3	1,1,1	3	1,1,2	4	100%
<b>Avaliação 4</b>					
EP	1,1,3	5	2,2,3	7	
E18	1,1,3	5	2,2,3	7	100%
E16	1,1,3	5	2,2,3	7	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 12 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 8. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 8</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
<b>Avaliação 1</b>					
EP	1,1,3	5	2,2,3	7	
E18	1,1,3	5	2,2,3	7	100%
E16	1,1,3	5	2,2,3	7	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 13 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 9. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 9</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	2,2,1	5	
E5	1,1,1	3	2,1,1	5	83%
E20	1,1,1	3	2,1,1	5	83%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 14 - Descrição dos resultados obtidos pelos enfermeiros avaliadores em relação ao paciente 10. Belém, Pará, 2023.

<b>Paciente 10</b>	<b>Pontuação dos</b>		<b>Pontuação dos</b>		<b>Percentual de concordância</b>
	<b>itens</b>	<b>Total</b>	<b>itens</b>	<b>Total</b>	
	<b>momento repouso</b>		<b>momento doloroso</b>		
Avaliação 1					
EP	1,1,1	3	2,1,1	4	
E17	1,1,1	3	2,1,1	4	100%
E19	1,1,1	3	2,1,1	4	100%

Fonte: elaboração própria.

O que se verifica é que dos 10 pacientes selecionados, 6 deles foram avaliados apenas em um único momento. O paciente 7 foi avaliado em 4 oportunidades diferentes; os paciente 1 e 5 em 3 oportunidades; e o paciente 2 em 2 oportunidades.

Em relação ao número de avaliações feitas pelos enfermeiros, identificamos que o Enfermeiro 2 realizou 4 avaliações em diferentes momentos; os enfermeiros 1 e 11 realizaram 3 avaliações; os enfermeiros 3, 5, 6, 8, 12, 15 e 17 realizaram 2 avaliações cada e os demais apenas uma.

Dentre os descritores de dor da escala, o único item avaliado e que recebeu classificação 4 (dor forte) foi “Expressão facial”. Também chama a atenção que o único item que recebeu classificação 3 foi “adaptação à ventilação mecânica”.

Quase a totalidade dos pacientes apresentaram pontuação total observada de 3 (dor leve)

no momento repouso. Entretanto, no momento doloroso, observa-se na maioria, que os valores variaram de 4 a 7, sendo considerada dor moderada entre 4 e 5 e forte acima de 6. Apenas um paciente apresentou pontuação 3 neste momento de intervenção.

Observa-se ainda que houve discrepâncias nas avaliações em relação aos valores obtidos pelos enfermeiros, quando comparados com o enfermeiro padrão ouro da pesquisa, em alguns momentos de observação dos pacientes, o que indica a necessidade de ampliar as oportunidades de avaliação com objetivo de capacitar os enfermeiros para uso mais sistemático deste instrumento.

*Discussão*

---

## 7 DISCUSSÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial. Apesar dos avanços nas teorias relacionadas ao controle da dor, ela ainda é um grande problema em pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI), sendo que 40 a 77% dos pacientes internados queixam-se da experiência de dor (DELDAR *et al.*, 2018).

Considerando que os pacientes podem sofrer de inúmeras incapacidades neurológicas, fisiológicas e comunicativas decorrentes de uma variedade de razões, incluindo dependência de ventilador mecânico (VM) e uso concomitante de sedativos, eles podem não ser capazes de estimar com precisão o nível de sua dor. Portanto, é um fenômeno comum e um dos principais estressores em pacientes intubados.

Nesta perspectiva, o controle da dor realizada por meio da sua identificação o mais precisa e precoce possível tem se tornado uma medida de qualidade da assistência prestada. Portanto, o primeiro passo no manejo da dor é o seu diagnóstico e avaliação, sendo a utilização de um instrumento confiável, essencial para o tratamento eficiente e contribuindo para uma correta tomada de decisão por parte dos profissionais.

Neste cenário é que se propôs o desenvolvimento da presente pesquisa que buscou descrever o processo de implantação de um instrumento voltado para avaliação sistemática da dor em pacientes críticos sedados e sob ventilação mecânica em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público da região norte do Brasil.

Em relação a caracterização dos enfermeiros participantes da investigação, verificamos que os resultados encontrados sobre a maior prevalência do sexo, da média de idade e do tempo de atuação profissional, podem ser corroborados por Sanciani (2020), que pesquisou o conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos, e cujos resultados indicaram que a composição da equipe era do sexo feminino (71,6%), média de idade de 35 anos e com 5 anos de média de tempo de contratação.

No mesmo sentido, a amostra encontrada na pesquisa de Souza *et al.* (2013) que investigou avaliação da dor em pacientes oncológicos de um hospital escola, aponta para uma equipe formada por 67% de mulheres, com  $33,5 \pm 6,5$  de média de idade, uma mediana de tempo de formação profissional de 11 anos, sendo que 40,7% da amostra pesquisada tinha entre 06 a 10 anos de tempo de formados.

A mesma realidade sobre os resultados deste estudos foi apontada na pesquisa de Andrade *et al.* (2018), ao estuarem a dor oncológica e o manejo clínico realizado por 18 enfermeiros, sendo que 94,4% dos profissionais eram do sexo feminino, com idade variando

---

entre 25 e 42 anos, assim como uma variação entre 1 a 16 anos em relação ao tempo de formação profissional.

A pesquisa de Almeida *et al.* (2019), que avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor do paciente crítico, identificou em seu estudo que 87,6% dos enfermeiros participantes eram do sexo feminino, com uma variação das idades entre 25 e 68 anos, sendo que 70,4% dos participantes possuíam título de especialização.

Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) de 202 apontam que dos 693.448 enfermeiros registrados no Brasil, 84,7% são do sexo feminino, permitindo afirmar que a enfermagem ainda pode ser considerada como uma profissão feminina. Os achados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ/COFEN,2013) já indicavam que no país, 86,2% dos enfermeiros eram mulheres, demonstrando uma composição feminina predominante.

Portanto, pode-se dizer concluir que o resultado encontrados nesta pesquisa se coadunam com vários estudos que apontam para uma realidade da atual enfermagem brasileira, onde, a grande maioria deste profissionais são mulheres (NASCIMENTO; SILVA, 2014; KLEIN, 2016; LIMA *et al.*, 2020).

Em relação a idade, 80% dos enfermeiros tem acima de 36 anos, sendo que 30% possuem mais de 45 anos. Verifica-se ainda que 65% tem mais de 10 anos de profissão e 45% acima de 10 anos de atuação em terapia intensiva. É importante considerar que são profissionais com larga experiência, o que evidencia a importância de uma força de trabalho de enfermeiros em uma unidade altamente especializada, que proporciona assistência considerada como das mais complexas e sofisticadas e onerosas do sistema de saúde.

No que se refere às questões relativas ao conhecimento prévio dos enfermeiros quanto a avaliação da dor, houve um consenso quanto a importância de utilização de instrumentos para a avaliação da dor e quase todos informaram já ter usado algum tipo de instrumento para esta finalidade.

A avaliação da dor se constitui uma premissa na prática do enfermeiro, buscando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la (RIGOTTI e FERREIRA,2015). A utilização de questionários de avaliação devem ser incorporados no atendimento diário nas instituições de saúde como um fator de apoio à avaliação clínica realizada pelos profissionais.

Entretanto, a pesquisa revelou um dado significativo quando 55% dos enfermeiros relataram não ter participado de nenhum tipo de capacitação ou curso sobre avaliação da dor.

Esse cenário, remete à uma preocupação atual que as organizações de saúde

---

contemporâneas devem ter em relação à necessidade de capacitação de seus profissionais para utilização de métodos padronizados como as escalas BPS, que atuam em UTI, afim de que se possa fortalecer e ampliar sua qualificação, podendo assistir o cliente com qualidade e excelência.

Este fato corrobora para indicação de que se torna premente a capacitação dos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, haja vista, que as novas demandas na atividades diárias vem se ampliando, demonstrando assim, a necessidade no âmbito da formação profissional, uma busca incessante pela qualificação, por meio de cursos, treinamentos e desenvolvimento.

Sobre a importância da identificação da dor, Gonçalves e colaboradores (2013), afirmam que se os enfermeiros não possuem conhecimento acerca de reconhecer a dor do paciente, esse fato, passa ser um fator-chave para que haja eficiência na prestação de serviço em unidades de terapia intensiva pois a dor quando não é tratada de forma eficaz, acaba por interferir de forma adversa no processo de recuperação do paciente.

Profissionais com preparo insuficiente para realizar o reconhecimento da dor nos pacientes fomentam o cenário de que as queixas algicas são conduzidas de forma tardia e ineficiente. Segundo os autores, em cerca de 80% dos casos de dor nos pacientes, seria possível realizar seu controle quase completamente (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

A literatura destaca a dificuldade dos profissionais em manejar a dor e o sofrimento, o que envolve desconhecimento da avaliação, das intervenções e dos protocolos de atuação em unidades específicas (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2011) já apontavam para a existência de dificuldades dos profissionais para avaliar a severidade da dor em pacientes críticos, bem como saber diferenciá-la do medo e da ansiedade

Outra questão trazida por Garcia *et al.* (2017) se refere ao conhecimento e as crenças que interferem na avaliação e nos tratamentos, pois os profissionais temem o uso dos opióides pelo medo do vício e depressão respiratória, julgando que a dor é acompanhante natural do processo e seu controle é difícil ou não é prioritário.

Muitos pesquisadores acreditam que o método mais confiável de avaliação da dor é o autorrelato do paciente, mas se o paciente não tiver capacidade suficiente para fornecer o autorrelato verbal, como no caso dos pacientes de UTI, as recomendações são claras quanto ao uso disponíveis para sua identificação (DELDAR *et al.*, 2018).

O fato do paciente não ter a capacidade de relatar a dor não exclui sua existência. Portanto, pode-se afirmar que a utilização de escalas capazes de auxiliar o enfermeiro no

---

manejo da dor, podem contribuir com a avaliação e o diagnóstico da dor de pacientes em terapia intensiva .

Nesta direção, o uso de escalas de avaliação da dor desenvolvidas especificamente para pacientes incapazes de relatar sua dor se mostra recomendável para esta avaliação em pacientes intubados e inconscientes.

Santos *et al.* (2017) afirmam que existe a necessidade urgente de estudos e validação de escalas para classificação da dor, pois, esse processo se mostra como um fenômeno de grande subjetividade, dificultando sua quantificação e qualificação, principalmente, por conta dos inúmeros fatores fisiológicos, comportamentais e emocionais relacionados com o processo de sentir dor.

Kawagoe e colaboradores (2017) realizaram uma revisão de escopo com objetivo de identificar e analisar os instrumentos disponíveis para avaliação de dor em pacientes com dificuldade de comunicação verbal em terapia intensiva. Concluíram que há instrumentos de boa qualidade sendo necessário estudos para tradução e validação nos países, indicando que a única disponível para a língua portuguesa era a Behavior Pain Scale (BPS).

Silva *et al.* (2019) em um estudo de que buscou ampliar o conhecimento sobre a correta avaliação da dor no paciente crítico e as alternativas existentes para essa avaliação, encontraram quatro instrumentos de grande confiabilidade, sendo um deles a Behavior Pain Scale, que podem ser utilizados não somente pela enfermagem mas sim por toda a equipe multidisciplinar, contribuindo assim para uma comunicação efetiva, segura e de qualidade.

Ferrari *et al.* (2019) discutem sobre o déficit na formação dos enfermeiros no Brasil, de forma que, em muitas situações, os profissionais não se apresentam tecnicamente preparados para lidar com o manejo da dor.

Da mesma forma, Nascimento; Silva (2014), colocam que na atualidade é impensável que um enfermeiro que atua em UTI tenha dificuldades com o processo de mensuração da dor, pois, faz parte das atividades diárias desta unidade. Essa vem se tornando uma atividade de fundamental importância no trato com os pacientes, pela possibilidade de propor a melhor alternativa terapêutica, visando a melhora do quadro geral do paciente.

As informações relatadas pelos enfermeiros participantes da presente pesquisa quanto a identificação da dor durante a prestação de cuidados de enfermagem nos remete a inferir que os mesmos realizavam uma avaliação empírica, baseada na experiência profissional de cuidado do paciente crítico, atendo-se às expressões faciais ou sinais que eventualmente o paciente apresente.

Xavier *et al.* (2018) comentam que, na prática clínica de muitos enfermeiros, ainda se

---

realiza mensuração da dor, avaliando apenas as expressões verbais, corporais e alteração de sinais vitais, sem que pensem em utilizar procedimentos padronizados como uso de escalas testadas e validadas.

Assim, pode-se dizer que o controle eficaz da dor é uma meta importante para todos os enfermeiros que atuam em UTI, especialmente em pacientes intubados e inconscientes. Embora a avaliação da dor seja difícil em pacientes internados em UTI não comunicativos, a fim de otimizar o controle da dor, a escala BPS deve ser utilizada como mais frequência para medir o escore de dor de maneira válida e confiável.

A escolha pela utilização da escala BPS nesta pesquisa ocorreu considerando os estudos de tradução e validação para a versão brasileira desenvolvidos por Morete *et al.* (2014) e Azevedo-Santos *et al.* (2017), que demonstraram índices satisfatórios de consistência interna, confiabilidade, responsividade e validade, portanto, disponibilizando um instrumento para uso em pacientes adultos sedados e ventilados mecanicamente no Brasil.

Pinheiro e Marques (2020) afirmam que a utilização da escala BPS pode ser aplicada de forma eficiente em pacientes em estado crítico, sedados, inconscientes ou com dificuldade de verbalizar que sentem dor, principalmente, pelo fato de constar três domínios de avaliação global das questões relacionadas com manejo da dor dos pacientes.

Em relação ao perfil de pacientes selecionados para esta investigação, verifica-se que 80% se constituíam de pacientes oncológicos, com idade média de 61 anos, considerados em consonância com o perfil de internação na instituição hospitalar, que é referência para tratamento em oncologia no Estado.

Em relação às variáveis fisiológicas dos pacientes avaliados, realizou-se as medidas no momento de repouso (paciente estável no leito) e repetiu-se as medições no momento doloroso (durante aspiração traqueal) de modo a se identificar possíveis alterações. Todos os pacientes estavam sedados em infusão contínua, no momento das avaliações. Os dados indicam os valores modificados em todos os parâmetros mensurados (frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio, pressão arterial diastólica, pressão arterial média, pressão arterial sistólica) nos dois momentos,

Os resultados encontrados sobre os aumentos dos escores do momento doloroso (aspiração traqueal) em relação ao momento de repouso, podem ser correlacionados com as pesquisas de Gonçalves; Schmit; Roehrs (2013); Carvalho (2018); Hora; Alves (2020) e Cazita *et al.* (2022), que mostram em seus resultados que há um aumento da frequência cardíaca e da PA diastólica durante as intervenções.

Esses achados são consistentes com a pesquisa de Azevedo-Santos *et al.* (2017) que

observaram que os valores de frequência cardíaca, pressão arterial e saturação não foram significativamente maiores durante a aspiração traqueal como previsto. Entretanto, afirmam que alterações na frequência cardíaca e na PA diastólica podem ser considerados indicadores fisiológicos confiáveis para a intensidade da dor, para os quais os profissionais de saúde precisam atentar durante os cuidados. As conclusões do estudo indicam ainda que variações nos parâmetros comportamentais podem ser justificadas pela reação do paciente ao toque feito pelo profissional, que não significa uma resposta do organismo à dor e que exigem uma observação atenta diferencial.

Kawagoe *et al.* (2017) afirmam que os pacientes em UTI estão sujeitos a intervenções intensivas de enfermagem, como reposicionamento, respiração e exercícios de tosse, aspiração traqueal e remoções de linha que aumentam suas experiências dolorosas, o que demandam atenção da equipe no seu manejo.

Azevedo-Santos *et al.* (2017) ainda comentam que evidências recentemente publicadas afirmam que as expressões faciais são acentuadas durante procedimentos dolorosos e tendem a ser o item que apresenta maior concordância entre avaliadores possivelmente pela familiaridade dos profissionais em analisar estas alterações (movimento dos olhos, sombrancelhas, lábios e bochechas), pois se trata de uma atividade comum para aqueles que observam isso diariamente. Válido acrescentar que a expressão facial é registrada pela escala BPS, e, é mais fácil de ser pontuada à beira do leito e pode ser aplicado para detectar dor em pacientes conscientes e inconscientes em estado crítico ventilados mecanicamente, mas com sensibilidade e especificidade diferentes.

No tocante às avaliações realizadas pelos enfermeiros participantes junto aos pacientes, com objetivo de capacitar o uso da escala BPS, após o treinamento e discussão sobre uso da escala, pode-se observar que em sua grande maioria, o percentual de concordância das avaliações da pesquisadora e dos enfermeiros foi expressivo. Entretanto, verificou-se situações de disparidade, o que deve ser cuidadosamente analisado como um indicador de revisão do processo.

A adoção de um instrumento validado nos cenários de prática em saúde é um desafio. Os enfermeiros, além da experiência profissional na unidade, tiveram o treinamento e acesso ao material produzido sobre a escala a ser utilizada, antes da aplicação à beira do leito. Não houve relato de dificuldades no entendimento da escala por parte dos participantes. As avaliações ocorreram simultaneamente e mesmo assim, verificou-se que a percepção dos profissionais foi diferente em algumas situações. Outra questão a ser analisada refere-se ao fato de haver, mesmo por parte da pesquisadora, avaliações com escores bem diferentes do

mesmo paciente, em oportunidades diferentes. Mesmo considerando as alterações possíveis da condição clínica dos pacientes e a extrema variabilidade em seu estado de saúde em razão de inúmeras intervenções às quais é submetido, deve-se recomendar avaliações mais próximas em um mesmo dia, em turnos diferentes, que expressem estas alterações identificadas.

Pode-se concluir que a avaliação oportuna e precisa da dor é o primeiro passo para o tratamento adequado. Embora a verbalização do paciente seja o indicador mais válido de avaliação da dor, muitos fatores podem comprometer a capacidade do paciente de se comunicar verbalmente. Além disso, a validação de qualquer ferramenta de dor requer testes repetidos de confiabilidade, validade e capacidade de resposta em amostras, configurações e observadores.

Por fim deve-se afirmar que se torna imprescindível que o conhecimento baseado nas melhores evidências científicas é um poderoso aliado dos enfermeiros para se estabelecer a melhor abordagem terapêutica, para se obter uma assistência de excelência e qualidade, pautada no respeito, na ética e no compromisso profissional com as melhores práticas.

***Conclusão***

---

## **8 CONCLUSÃO**

A dor deve ser compreendida em suas dimensões psíquicas, sociais, espirituais e físicas. Nesta perspectiva, todo indivíduo que sofre com ela tem direito a tratamento adequado, que respeite sua avaliação individual, e os profissionais dos serviços de saúde devem ser capazes de identificar suas necessidades.

O planejamento assistencial deve considerar os cuidados centrados no bem estar físico e emocional dos pacientes e o controle da dor deve ser uma preocupação dos enfermeiros, principalmente em unidades de cuidados intensivos. Entretanto, devemos considerar o quanto desafiador é este processo de avaliação.

O instrumento BPS mostrou-se de boa compreensão e utilização pelos enfermeiros participantes deste estudo, o que indica sua utilização dentro de uma boa perspectiva pelos profissionais atuantes em unidades de terapia intensiva.

Deve-se destacar a relevância desta pesquisa, em razão de poucos estudos na literatura brasileira, quanto a utilização desta ferramenta pelos enfermeiros intensivistas, na direção de um cuidado de excelência aos pacientes críticos.

*Referências*

---

---

## REFERÊNCIAS

- AHLERS, S.J.G.M. *et al.* The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. **Anesthesia & analgesia**, v. 110, n. 1, p. 127-133, 2010.
- AÏSSAOUI, Y. *et al.* Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. **Anesthesia & Analgesia**, v. 101, n. 5, p. 1470-1476, 2005.
- ANDRADE, F.L.M. *et al.* Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 8, n. 1, p. 3-16, 2018.
- ATTAL, N. *et al.* Neuropathic pain: are there distinct subtypes depending on the aetiology or anatomical lesion?. **Pain**, v. 138, n. 2, p. 343-353, 2008.
- AYASRAH, S.M. *et al.* Pain assessment and management in critically ill intubated patients in Jordan: A prospective study. **International journal of health sciences**, v. 8, n. 3, p. 287-299, 2014.
- AZEVEDO-SANTOS, I.F. *et al.* Psychometric analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in sedated and mechanically ventilated adult patients: a preliminary study. **Pain Practice**, v. 16, n. 4, p. 451-458, 2016.
- BARON, R. *et al.* Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)–short version. **GMS German Medical Science**, v. 13, n. 3, p. 20-44, 2015.
- BARR, J. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. **Critical care medicine**, v. 41, n. 1, p. 263-306, 2013.
- BARROS, AL *et al.* A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 63-63, 2010.
- BESSEN, B.A.M.P. *et al.* Implantação de um protocolo de manejo de dor e redução do consumo de opioides na unidade de terapia intensiva: análise de série temporal interrompida. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, p. 447-455, 2020.
- CADE, C.H. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. **Nursing in critical care**, v. 13, n. 6, p. 288-297, 2008.
- CARVALHO, J.I.T.. **Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em unidade de cuidados intensivos: Behavioral Pain Scale**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora, Évora.
- CAZITA, B.S. *et al.* Avaliação e controle da dor pelos enfermeiros intensivistas na terapia intensiva: uma revisão de escopo. **Scire Salutis**, v. 12, n. 2, p. 28-35, 2022.
- CHANQUES, G. *et al.* The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. **PAIN®**, v. 151, n. 3, p. 711-721, 2010.

---

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.

CORGOZINHO, M.M. *et al.* Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 249-256, 2020.

CUNHA *et al.* Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. **Revista ROL de Enfermería**, v. 43, n. 1, p. 59-68, 2020.

DE CASTRO *et al.* IMPLEMENTATION OF THE EVALUATION OF PAIN AS THE FIFTH VITAL SIGN. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 11, p. 3009-3014, 2018.

DELDAR *et al.* Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. **BMC Nurs.** v.17, n.11., p. 1-18, 2018.

DESANTANA, J. M. *et al.* Revised definition of pain after four decades. **BrJP**, v. 3, n. 3, p. 197–198, jul. 2020.

DEVLIN, J W. *et al.* Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. **Critical Care Medicine.**, v. 46, n. 9, p. 1532-1548, 2018.

FORTUNATO, J. G. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v. 12, n. 3, p. 10-117, 2013.

FRANCO, A. S. *et al.* Estratégias para avaliação da dor em pacientes críticos: um estudo bibliométrico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, p. 1-7, 2017.

GALLERT, D.D.B. *et al.* A Enfermagem e o Manejo da Dor em Paciente sob Cuidados Paliativos. Epitaya E-books, v. 1, n. 6, p. 64-78, 2022.

GÉLINAS, C. *et al.* The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: a validation study in 28 countries. **Pain**, v. 158, n. 5, p. 811-821, 2017.

GOMES, P.P.S. *et al.* Medidas não farmacológicas para alívio da dor na punção venosa em recém-nascidos: descrição das respostas comportamentais e fisiológicas. **BrJP**, v. 2, p. 142-146, 2019.

GONÇALVES *et al.* Avaliação da dor em paciente adulto sedado sob ventilação mecânica.. **Revista Inspirar: Movimento e saúde**, v. 5, n.7, p. 27-39, 2013.

GOPALAN, P.D.; PERSHAD, S. Decision-making in ICU—a systematic review of factors considered important by ICU clinician decision makers with regard to ICU triage decisions. **Journal of critical care**, v. 50, p. 99-110, 2019.

HORA, T.C.N.S; ALVES, I.G.N. Escalas para a avaliação da dor na unidade de terapia intensiva. Revisão sistemática. **BrJP**. São Paulo, v. 3, n.3, p.263-274, 2020.

KAWAGOE *et al.* Instrumentos de avaliação da dorem pacientes críticos com dificuldade de comunicação verbal: revisão de escopo. **Revista Dor**, v. 18, n. 2, p. 161-165, 2017.

KLEIN, C. **Estímulo padrão para avaliação das Escalas Behavioral Pain Scale e Critical-Care Pain Observation Tool para uso no Brasil**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre.

KRAUZER, I. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y Enfermeria*, Santiago, v. XXI, n. 2, p. 31-38, 2015.

LASSEN, H. C. A. A preliminary report on the 1952 poliomyelitis epidemic in. **Classic Papers in Critical Care**, v. 1, n. 1, p. 193-214, 1953.

LIMA, V. *et al.* O uso da escala da dor pelos profissionais de enfermagem no contexto da urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9,n. 11, p. 1-17, 2020.

LOBO, S.M. *et al.* Mortalidade por sepse no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 1, p. 1-4, 2019.

MANOEL, A.L.R. *et al.* O papel do enfermeiro no manejo da dor nos pacientes em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. **Scire Salutis**, v. 11, n. 3, p. 20-27, 2021.

MARSHALL, J.C. *et al.* What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. **Journal of critical care**, v. 37, n.7, p. 270-276, 2017.

MARTINEZ *et al.* Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 51, n. 4, p. 304-308, 2011.

MEMIS, D. *et al.* Intravenous paracetamol reduced the use of opioids, extubation time, and opioid-related adverse effects after major surgery in intensive care unit. **Journal of critical care**, v. 25, n. 3, p. 458-462, 2010.

MITRA, S. *et al.* Clinical utility of the behavioral pain assessment tool in patients admitted in the intensive care unit. **Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer- reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine**, v. 24, n. 8, p. 695–700, 2020.

MORETE, M.C. *et al.* Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escalade dor Behavioural Pain Scale. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 4, p. 373-378, 2014.

NASCIMENTO, J.CC.; SILVA, L.C.S. Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. **Revista Movimenta ISSN**, v. 7, n.2, p. 7, p. 711-720, 2014.

NASSAR JUNIOR, A. P. *et al.* Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. São Paulo. *Medical Journal*, v. 126, n. 4, p. 215-219, 2008.

OLIVEIRA, J. *et al.* Ferramenta de observação da dor em pacientes críticos de meia idade e idosos-revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. sup1, p. 291-303, 2022.

OLIVEIRA, L.S. *et al.* Avaliação da dor em pacientes críticos por meio da Escala Comportamental de Dor. **BrJP**. São Paulo, v.2, n.2, p. 112-116, 2019.

OLIVEIRA, N.C.A.C.. **Avaliação da dor e do estresse em crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. 2018. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PADILHA *et al.* Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. 1.ed. São Paulo: Manole Ltda; 2010. p. 1446-1446.

PAYEN, J.F. *et al.* Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical care medicine**, v. 29, n. 12, p. 2258-2263, 2001.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006.

PINHEIRO, A.R.P.Q.; MARQUES, R.M.D. Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 4, p. 571-581, 2020.

POLIT *et al.* **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 77-89

POTA, V. *et al.* Pain in Intensive Care: A Narrative Review. **Pain and Therapy**, v. 11, n. 2, p. 359-367, 2022.

PUNTILLO, K.A. *et al.* Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain® study. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 189, n. 1, p. 39-47, 2014.

QUEIRÓZ, D.T.G. *et al.* Dor-5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. **Rev enferm UFPE**, v. 9, n. 4, p. 7186-92, 2015.

RIBEIRO, C.J.N. *et al.* Avaliação da dor de vítimas de traumatismo craniencefálico pela versão brasileira da Behavioral Pain Scale. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 1, p. 42-49, 2018.

RIBEIRO, K.R.A. *et al.* Enfermagem nos cuidados paliativos aos pacientes críticos: revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 1, p. 112-122, 2019.

RIBEIRO, S. B. F. *et al.* Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. **Rev Bras**

**Anesthesiol.**, v.62, n.5, p. 599-611, 2012.

RIGOTTI, M.A.; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq ciênc saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-4, 2005.

RIPOLLÉS-MELCHOR, J. *et al.* Aceleração da recuperação após protocolo cirúrgico versus cuidados perioperatórios convencionais em cirurgia colorretal. Um estudo de coorte em centro único. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 68, n. 4, p. 358-368, 2018.

RODRIGUES, Jéssica Luiza Ripani *et al.* Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, n. 3, p. 23-34, 2020.

SAFAR, P. *et al.* The intensive care unit: A three year experience at Baltimore city hospitals. **Anaesthesia**, v. 16, n. 3, p. 275-284, 1961.

SANCIANI, K.C.M.M.. **Conhecimento da equipe de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos internados em clínica médica e cirúrgica**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo.

SANTANA, J.M. *et al.* Definição de dor revisada após quatro décadas. **BrJP**. São Paulo, v.3, n. 3, p.197-198, 2020.

SANTANA, L.S.R *et al.* Quantificação dos ruídos sonoros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 27-36, 2015.

SANTOS, A.F. *et al.* Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a avaliação da dor. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 325-330, 2018.

SANTOS, I.A.F. *et al.* Psychometric analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in sedated and mechanically ventilated adult patients: a preliminary study. **Pain Practice**, v. 16, n. 4, p. 451-458, 2016.

SANTOS, I.A.F. *et al.* Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 67, n. 3, p. 271-277, 2017.

SESSLER, C.N. *et al.* The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1338-1344, 2002.

SIERRA *et al.* Avaliação da dor em UTI adulta no Brasil através da “Behavioral Pain Scale”(BPS): Revisão sistemática. **Revista Inspirar**, v. 14, n. 3, p. 11-16, 2017.

SILVA *et al.* A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. **Revista Recien- Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 26, p. 40-59, 2019.

SILVA *et al.* Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções. **Rev Rene**, v. 12, n. 3, p. 13, 2011.

SILVA, E.J.G.D.G.; DIXE, M.A.C.R. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. **Revista Dor**, v. 14, n. 4, p. 245-250, 2013.

SOUZA, F.N. **Avaliação da dor em pacientes oncológicos em um hospital escola na cidade de Florianópolis/SC**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Farmacologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOUZA, J.B.; BARROS, C.M. Considerações sobre o novo conceito de dor. **BrJP**, v. 3, n. 3, p. 294-294, 2020.

SOUZA, R.C.S. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 55-63, 2013.

SOUZA *et al.* Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 90, n. 28, 2019.

STITES, M.; SURPRISE, J. Assessing pain in critically ill adults. **Nursing 2020 Critical Care**, v. 9, n. 4, p. 36-41, 2014.

TSURUTA, R.; FUJITA, M. Comparison of clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in critically ill adult patients. **Acute medicine & surgery**, v. 5, n. 3, p. 207-212, 2018.



---

**APÊNDICE A**  
**DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENFERMEIROS**

Iniciais do participante:

1-Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3-Formação:

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Possui Especialização?

a- ( ) Sim. Qual a área

b- ( ) Não

4-Tempo de Atuação Profissional:

( ) Até 01 Ano

( ) Entre 01 e 05 Anos

( ) Entre 06 e 10 Anos

( ) Acima de 10 Anos

5 - Tempo de Atuação Profissional na Terapia Intensiva

( ) Até 01 Ano

( ) Entre 01 e 05 Anos

( ) Entre 06 e 10 Anos

( ) Acima de 10 Anos

---

**APÊNDICE B**  
**Questionário Sobre o Conhecimento de Avaliação da Dor**  
**PRÉ TESTE**

Como você identifica a dor do paciente durante a prestação de cuidados de enfermagem?

---

Como você realiza a avaliação da Dor do paciente durante a prestação de cuidados de enfermagem?

---

Na sua prática profissional de enfermagem você já utilizou algum Instrumento para avaliação da dor em pacientes?

(     ) Sim

(     ) Não

Você considera necessária a utilização de um Instrumento de Avaliação da dor?

(     ) Sim

(     ) Não

Você já participou de capacitação ou curso sobre Avaliação da Dor?

(     ) Sim

(     ) Não

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem**



**Implantação da Avaliação da Dor em Pacientes Sedados sob  
Ventilação Mecânica em Unidade Terapia Intensiva**

*Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem*

**Mestranda: Rosivalda Ferreira de Oliveira**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Laus**

## Dor:

### Definição:

Segundo Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a danos real ou potencial ao tecido.



## Contextualização

**(a) Aguda com uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada (ex.: dor pós-operatória e trauma)**

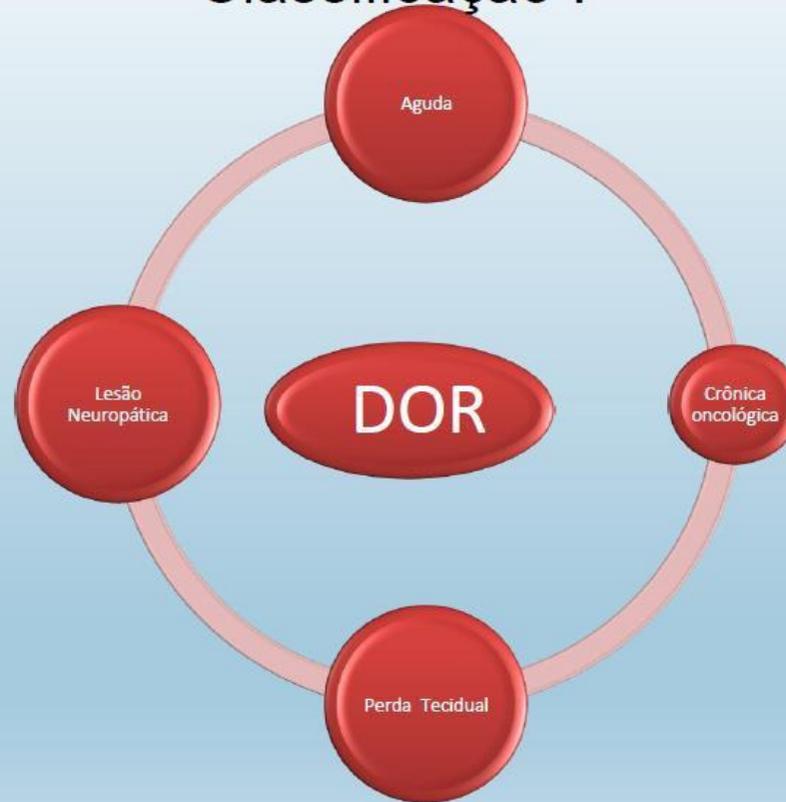
**(b) Crônica Oncológica**



**(c) Crônica Não Oncológica caracterizada por uma duração indeterminada e não autolimitada associada à inflamação tecidual persistente (ex.: dor por osteoartrite), perda tecidual (ex.: dor por amputação e remoção cirúrgica) e/ou lesão neuropática (ex.: neuralgia pós-herpética, lesão actínica pós-radioterapia e neuropatia diabética)**

Estudos internacionais e nacionais apontam que a dor, seja aguda ou crônica, em todos os níveis de atenção à saúde, é subdiagnosticada, mal avaliada, subtratada e algumas vezes negligenciada

## Classificação :



## Desafios:

Avaliação da dor para pacientes não verbais → A avaliação do nível de dor em pacientes internados constitui grande desafio para vários profissionais.

A avaliação e o tratamento inadequados da dor têm sido associados ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade em ambientes de cuidados intensivos.

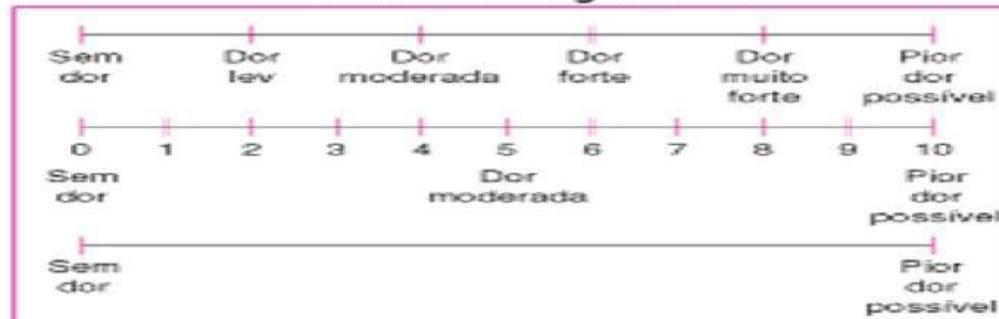
O estabelecimento de protocolos de avaliação da dor é responsável por melhor manejo da dor.

A prevalência da dor nos pacientes internados em UTI varia de 33% a 70% dependendo do perfil da unidade.

(KLEIN, 2016; SIERRA; COLAÇO; CRUZ, 2017; RIBEIRO et al., 2018; SILVA; VASCONCELOS; DA NÓBREGA, 2011; AZEVEDO-SANTOS E DESANTANA, 2019)

## Escala Unidimensional:

### Escala analógica visual



### Escala com descrição em palavras

- 0 = Sem dor
- 1 = Dor leve
- 2 = Dor angustiante
- 3 = Dor forte
- 4 = Dor terrível
- 5 = Dor excruciante

### Escala gráfica



### Escala verbal

"Em uma escala de 0 a 10, com 0 significando ausência de dor e 10 significando a pior dor que você pode imaginar, com está a sua dor agora?"

### Escala funcional da dor

- 0 = Sem dor
- 1 = Tolerável e a dor não impede nenhuma atividade
- 2 = Tolerável e a dor impede algumas atividades
- 3 = Intolerável e a dor não impede o uso de telefone, assistir TV ou ler
- 4 = Intolerável e a dor impede o uso de telefone, assistir TV ou ler
- 5 = Intolerável e a dor impede a comunicação verbal

## Escala Multidimensional:

Quadro 1 – Versão final da Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada PAINAD-Br. - Brasil, 2013.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA – PAINAD-Br				
<i>Instruções:</i> Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).				
Comportamento	0	1	2	Pontuação
<b>Respiração</b> Independente de vocalização	• Normal	• Dificuldade ocasional para respirar • Curto período de hiperventilação	• Respiração ruidosa e com dificuldades • Longo período de hiperventilação • Respiração Cheyne-Stokes	
<b>Vocalização negativa</b>	• Nenhuma	• Resmungos ou gemidos ocasionais • Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	• Chamados perturbadores repetitivos • Resmungos ou gemidos altos • Choro	
<b>Expressão facial</b>	• Sorrindo ou inexpressiva	• Triste • Assustada • Franzida	• Careta	
<b>Linguagem corporal</b>	• Relaxada	• Tensa • Andar angustiado/afito de um lado para o outro • Inquietação	• Rígida • Punhos cerrados • Joelhos encolhidos • Puxar ou empurrar para longe • Comportamento agressivo	
<b>Consolabilidade</b>	• Sem necessidade de consolar	• Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	• Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
				<b>Total</b>
<b>Pontuação:</b> O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 1-3=dor leve; 4-6=dor moderada; 7-10=dor severa. Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.				

QUADRO 2 - Proposta de adaptação do Questionário de dor de McGill para a língua portuguesa. São Paulo, 1995.

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA, SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-belscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apaavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-ateemorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-dóida		4-atroveça
5-como batida	5-esmagamento	5-passada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2-aformenta	1-aperta
2	1-figada	1-sensível	3-crual	2-adormeca
1-pontada	2-puxão	2-actiosa	4-maldita	3-rapura
2-choque	3-em torção	3-estolante	5-mortal	4-aspreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2-perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-galada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada			1-chata	
5-em lança			2-que incomoda	20
	8	12	3-ásgastante	1-aborreceda
	1-formigamento	2-sufocante	4-forte	2-ã náusea
4	2-coceira		5-insuportável	3-agonizante
1-fina	3-ardor			4-pavorosa
2-cortante	4-ferroada			5-torturante
3-estrapalha				

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
TOTAL.....	TOTAL.....

## Escala Behavioral Pain Scale(BPS):



## Escala BPS:

Quadro 1 - Versão Brasileira da escala *Behavioural Pain Scale* (BPS).

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4

Fonte: Azevedo-Santos *et al.* (2017).

Classificação:

3 - Sem dor

4-6 - Dor fraca

7-8 - Dor moderada

9-11 - Dor forte

12 - Dor insuportável

## Avaliação da Dor:



**ESCALA DE DOR**  
www.experienciasdeumtecnicoenfermagem.com  
Experiências de um Técnico de Enfermagem

Escala Intensidade de Dor

Leve Moderada Intensa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala Comportamental de Dor

Expressão Facial

Relaxada	Parcialmente Tensa	Totalmente Tensa	Fazendo Careta
1	2	3	4

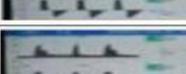
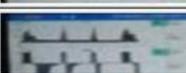
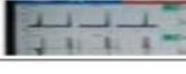
Movimentos dos Membros Superiores

Relaxado	Parcialmente Flexionado	Totalmente Flexionado	Totalmente Contrado
1	2	3	4

Ventilação Mecânica

Tolerando Movimentos	Losses, mas tolerando a VM maior parte do tempo	Lutando contra Ventilador	Impossibilidade de Controle de VM
1	2	3	4

Siga nossa página oficial [facebook.com/experienciasdeumtecnicoenfermagem](https://www.facebook.com/experienciasdeumtecnicoenfermagem)

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO	
 <p><b>EXPRESSÃO FACIAL</b></p>	RELAXADA	1	
	PARCIALMENTE CONTRAÍDA = SOBRANCELHAS FRANZIDAS	2	
	COMPLETAMENTE CONTRAÍDA = PÁLPEBRAS FECHADAS	3	
	CARETA = ESGAR FACIAL	4	
<p><b>MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES (EM REPOUSO: VERIFIQUE O TÓNUS MUSCULAR)</b></p>	SEM MOVIMENTO	1	
	PARCIALMENTE FLETIDOS	2	
	MUITO FLETIDOS COM FLEXÃO DOS DEDOS	3	
	RETRAÍDO, RESISTÊNCIA AOS CUIDADOS	4	
<p><b>ADAPTAÇÃO AO VENTILADOR</b></p>	TOLERA A VENTILAÇÃO	1	
	TOSSE MAS TOLERA A VENTILAÇÃO A MAIOR PARTE DO TEMPO	2	
	LUTA CONTRA O VENTILADOR MAS A VENTILAÇÃO AINDA É POSSÍVEL ALGUMAS VEZES	3	
	INCAPAZ DE CONTROLAR A VENTILAÇÃO	4	

VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BPS - IP

## Benefícios:



- Qualidade do Cuidado no que tange Avaliação da Dor em Pacientes Intubados
- Tomadas de medidas assertivas com relação ao manejo da Dor neste perfil de pacientes
- Aquisição de Conhecimento direcionado na Avaliação da Dor
- Redução do tempo de permanência de Internação

DELDAR K, FROUTAN R, EBADI A. Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2018; 17: 11. doi: 10.1186/s12912-018-0281-3.

DeSANTANA, J.M.; PERISSINOTTI, D.M.; OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; CORREIA, L.M.; OLIVEIRA, C.M.; FONSECA, P.R. Definição de dor revisada após quatro décadas. *BrJP. São Paulo*, 2020 jul-set;3(3):197-8.

DEVLIN, J W et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*: September 2018 - Volume 46 - Issue 9 - p 1532-1548. doi: 10.1097/CCM.0000000000003259.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 12, n. 3, p. 110-117, 2013.

FRANCO, A. S. et al. Estratégias para avaliação da dor em pacientes críticos: um estudo bibliométrico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 16, n. 4, p. 1-7, 2017.

GÉLINAS, C. et al. The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: a validation study in 28 countries. *Pain*, v. 158, n. 5, p. 811-821, 2017.

OLIVEIRA, L.S. et al. Avaliação da dor em pacientes críticos por meio da escala comportamental de dor. *BrJP*, v. 2, n. 2, p. 112-116, 2019.

OLIVEIRA, N.C.A.C. Avaliação da dor e do estresse em crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Tese de Doutorado (área de concentração: Saúde Mental). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Riberão Preto. Riberão Preto, p. 102. 2019.

PAYEN, J.F. et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical care medicine*, v. 29, n. 12, p. 2258-2263, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, C.J.N. et al. Avaliação da dor de vítimas de traumatismo cranioencefálico pela versão brasileira da Behavioral Pain Scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, n. 1, p. 42-49, 2018.

RIBEIRO, S. B. F et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Rev Bras Anestesiol*, v.62, n.5, p. 599-611, 2012.

SANTOS, I.A.F. et al. Psychometric analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in sedated and mechanically ventilated adult patients: a preliminary study. *Pain Practice*, v. 16, n. 4, p. 451-458, 2016.

**APÊNDICE D**  
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES**

Codiname paciente:

Sexo: Feminino ( )      Masculino ( )

Idade (em anos):

Diagnóstico de Internação:

Drogas Sedativas Utilizadas:

**Tabela das Avaliações dos Pacientes selecionados para a pesquisa**

Enfermeiros participantes	Momento 1: Repouso	Momento2: Aspiração Orotraqueal	% de concordância
Enfermeiro- Padrão			
Avaliador 1			
Avaliador 2			

---

**APÊNDICE E**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

(Participante Enfermeiro)<sup>1</sup>

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa intitulada: Implantação de instrumento de Avaliação da Dor em Pacientes sedados em Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. Esta pesquisa tem por objetivo a Implantação de uma Escala de Avaliação da dor chamada Behavioral Pain Scale (BFS) já validada no Brasil para este perfil de Pacientes. O estudo justifica-se pela falta e necessidade de uma Avaliação da Dor que proporcione uma mensuração eficaz deste fenômeno em Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que por sua condição apresentam-se impossibilitados de expressar. O estudo será executado por Enfermeiros que exercem Cuidados em Pacientes em UTI de um Hospital de Referência em Oncologia na Região Metropolitana de Belém-Pará.

Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e que seu nome será mantido em sigilo, resguardando seu anonimato por meio do código PE1, PE2, PE3. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas com este nome fantasia. Contudo, para evitar orisco de quebra no anonimato para identificar sua resposta usaremos códigos alfanuméricos. Não serão revelados nomes, para não haverem danos a sua integridade física ou moral, nem a sua família, nem à instituição, bem como, não haverá nenhum retorno financeiro. A qualquer momento você poderá desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo material gravado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase. Este trabalho será realizado com recursos próprios dos pesquisadores. Não haverá nenhum pagamento por sua participação.

O manejo dos riscos, mesmo que mínimos compreendem a(s) providência(s) a serem tomadas na circunstância de riscos ou desconforto. Para os participantes enfermeiros será assegurada a não realização das perguntas e da aplicabilidade do instrumento caso hajam episódios de desconforto, e entrega de todo material de pesquisa ao participante caso se sintam vulnerabilizados por algum questionamento, a pesquisadora principal também se compromete a prestar escuta empática, caso alguma inquietação seja verbalizada.

Caso hajam danos decorrentes da aplicação do estudo, esclarecemos o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e

das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. A pesquisa ocorrerá dividida nas seguintes etapas:

- Identificação do Conhecimento Prévio do participante sobre a referida escala através de Encontros presenciais ou Virtuais pelas Plataformas digitais.
- Será realizada a seleção dos Pacientes internados previamente solicitado o Consentimento pelo responsável legal para realização da Aplicação da Referida escala na Observância dos diferentes momentos do Cuidado.
- Será realizada a Aplicação da Escala BFS pelo Pesquisador que será considerada com Padrão-Ouro juntamente com dois Enfermeiros participantes da pesquisa com finalidade de atingir um nível de concordância de 80% em diferentes momentos do cuidado (Procedimentos dolorosos/Repouso/Procedimentos Não dolorosos).

Os benefícios diretos da pesquisa são relativos a aquisição de maior conhecimento por parte dos enfermeiros, os benefícios indiretos estão relacionados ao manejo da dor e qualidade da assistência baseada em evidências, e tardios serão a redução de indicadores de tempo de permanência já que a avaliação da dor segundo o que indiretamente beneficia o serviço no qual estes profissionais estão lotados que sua participação será com aplicação da Escala BFS para o paciente possibilitará o preenchimento de uma lacuna na qualidade do Cuidado proporcionando uma Assistência de Enfermagem.

Para que sua participação ocorra você deverá responder as perguntas de um questionário que contem perguntas socioeconômicas, que durará provavelmente 30 minutos. Após isso, haverá uma discussão sobre a Behavioral Pain Scale em reunião agendada conforme seu horário com outros enfermeiros da unidade com objetivo de avaliar a pertinência do instrumento com o enfermeiro padrão ouro. Na ocasião serão discutidos os itens de composição da escala, sendo a oportunidade para capacitação dos profissionais para utilização da mesma. O material para essa capacitação será elaborado pela pesquisadora com base na revisão de literatura. Ao final da capacitação, os enfermeiros devem apresentar 80% de acertos no questionário dado pela enfermeira padrão-ouro. Estas sessões de capacitação serão realizadas em turnos inversos ao trabalho da equipe assistencial, de modo a propiciar a participação do maior número possível de enfermeiros. Acreditamos que toda essa dinâmica para capacitação durará cerca de 1 hora.

Se você tiver dúvidas e desejar mais esclarecimento poderá fazer contato com a responsável: Rosivalda Ferreira de Oliveira no endereço travessa Apinagés número 1729 bairro Condor em Belém, Pará. Meu e-mail é: rosa.oliveira.enf@hotmail.com e meu telefone: (91)88307166. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de

---

Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP-EERP/USP), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante de pesquisa, sob o número do CAAE: 60181922.9.0000.5393. Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, e-mail: cep@eerp.usp.br ou no endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto, SP. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso haja qualquer dúvida com relação aos seus direitos. Você também pode procurar o Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Ophir Loyola, localizado Av. Gov. Magalhães Barata, 992 - São Brás, Belém - PA, 66060-281.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com os pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar e autorizo. Concordo voluntariamente em participar desse estudo assinando este termo em duas vias no qual uma ficará comigo.

Local: Belém, PA ...../...../.....

---

Assinatura do voluntário ou impressão digital

---

Orientadora Prof<sup>ª</sup> Ana Maria Laus

---

Rosivalda Ferreira de Oliveira

---

**APÊNDICE F**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE**

(Representante Legal do Paciente )<sup>2</sup>

Venho por meio deste convidar Sr<sup>o</sup> ou Sr<sup>a</sup> como Responsável Legal do paciente \_\_\_\_\_ para participar de uma pesquisa intitulada: Implantação de instrumento de Avaliação da Dor em Pacientes sedados em Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. Esta pesquisa tem por objetivo a Implantação de uma Escala de Avaliação da dor chamada Behavioral Pain Scale (BFS) já validada no Brasil para este perfil de Pacientes. O estudo justifica-se pela falta e necessidade de uma Avaliação da Dor que proporcione uma mensuração eficaz deste fenômeno em Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que por sua condição apresentam-se impossibilitados de expressar. O estudo será executado por Enfermeiros que exercem Cuidados em Pacientes em UTI de um Hospital de Referência em Oncologia na Região Metropolitana de Belém-Pará.

A identidade de seu familiar será mantido em sigilo, resguardando seu anonimato por meio do código P1 Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e nome do seu, P2, P3. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas com este nome fantasia. Contudo, para evitar risco de quebra no anonimato para identificar sua resposta usaremos códigos alfa numéricos. Não serão revelados nomes, para não haverem danos a sua integridade física ou moral, nem a sua família, nem à instituição, bem como, não haverá nenhum retorno financeiro. A qualquer momento você poderá desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo material gravado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase. Este trabalho será realizado com recursos próprios dos pesquisadores. Não haverá nenhum pagamento por sua participação.

Os pacientes considerados elegíveis para o estudo, que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos, que não tem possibilidade de decisão sobre a participação no estudo em razão de sua condição de saúde, serão incluídos mediante sua autorização. Há riscos de produção de sentimentos de desconforto que serão dirimidos pela pesquisadora, haverá uma intervenção de caráter não invasivo além das intervenções que já existem no cenário de Unidade de Terapia Intensiva sendo destinada sobretudo a avaliação da dor. Assim, seu não aceite não implicará em qualquer tipo de prejuízo a assistência

interprofissional do seu familiar ou prejuízo ao quadro clínico do mesmo.

Para os participantes sedados em UTI o manejo de risco compreende avaliações sempre realizadas com a observância da equipe interprofissional da UTI, e devidamente inseridas na dinâmica normal da clínica, nunca desnecessariamente. No caso de qualquer instabilidade clínica no momento das avaliações a pesquisadora, que é enfermeira da clínica, compromete-se a prestar junto a equipe interprofissional um atendimento ágil. Em continuidade, para minimização dos riscos apenas uma avaliação será realizada em cada paciente, nunca de forma inoportuna e com o mesmo devidamente monitorizado. Todas estas informações serão prestadas ao responsável legal.

Caso hajam danos decorrentes da aplicação do estudo, esclarecemos o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa

A pesquisa ocorrerá dividida nas seguintes etapas:

- Será realizada a seleção dos Pacientes internados previamente solicitado o Consentimento pelo responsável legal para realização da Aplicação da Referida escala na Observância dos diferentes momentos do Cuidado.
- Será realizada a Aplicação da Escala BFS pelo Pesquisador que será considerada com Padrão-Ouro juntamente com dois Enfermeiros participantes da pesquisa com finalidade de atingir um nível de concordância de 80% em diferentes momentos do cuidado (Procedimentos dolorosos/Repouso/Procedimentos Não dolorosos).

Os benefícios da sua contribuição será a aplicação da Escala BFS para o seu paciente possibilitando o preenchimento de uma lacuna na qualidade do Cuidado proporcionando uma Assistência de Enfermagem em relação a dor. Os benefícios para os participantes que são pacientes sedados na UTI, a saber: Os benefícios diretos são a avaliação da dor com uma escala reconhecida internacionalmente e aquisição de um escore que ajudará a equipe interprofissional no manejo da dor deste paciente, culminando indiretamente em maior conforto deste paciente durante sua permanência na unidade

Desta forma para que a participação do paciente ocorra você deve ser o responsável legal por este paciente e concordar com os procedimentos descritos a seguir. Eu selecionarei pacientes internados na UTI que atendam ao critério para aplicação da escala, os quais serão submetidos à avaliação pelos enfermeiros participantes. As informações sobre a condição de sedação e inconsciência serão obtidas nos prontuários. Serão elaborados cartões de consulta rápida contendo a escala BPS para o momento da avaliação da dor à beira leito. Serão feitas 10 (dez) observações por um enfermeiro da UTI nos seguintes momentos: Com o paciente

em repouso, a avaliação clínica do paciente será feita antes da realização da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). Os procedimentos dolorosos a serem avaliados: aspiração de vias aéreas superiores, coleta de gasometria arterial, dreno torácico, traqueostomia, passagem de acesso venoso central, curativos de lesões por pressão, etc. Os procedimentos não dolorosos a serem avaliados: banho no leito, alimentação por via oral, nebulização, curativo e verificação de sinais vitais

Se você tiver dúvidas e desejar mais esclarecimento poderá fazer contato com a responsável: Rosivalda Ferreira de Oliveira no endereço travessa Apinagés número 1729 bairro Condor em Belém, Pará. Meu e-mail é: rosa.oliveira.enf@hotmail.com e meu telefone: (91)88307166. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP-EERP/USP), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante de pesquisa, sob o número do CAAE: 60181922.9.0000.5393. Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, e-mail: cep@eerp.usp.br ou no endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto, SP. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Caso haja qualquer dúvida com relação aos seus direitos. Você também pode procurar o Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Ophir Loyola, localizado Av. Gov. Magalhães Barata, 992 - São Brás, Belém - PA, 66060-281.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com os pesquisadores do projeto sobre minha decisão em participar e autorizo. Concordo voluntariamente em participar desse estudo assinando este termo em duas vias no qual uma ficará comigo.

Local: Belém, PA ...../...../.....

---

Assinatura do participante

---

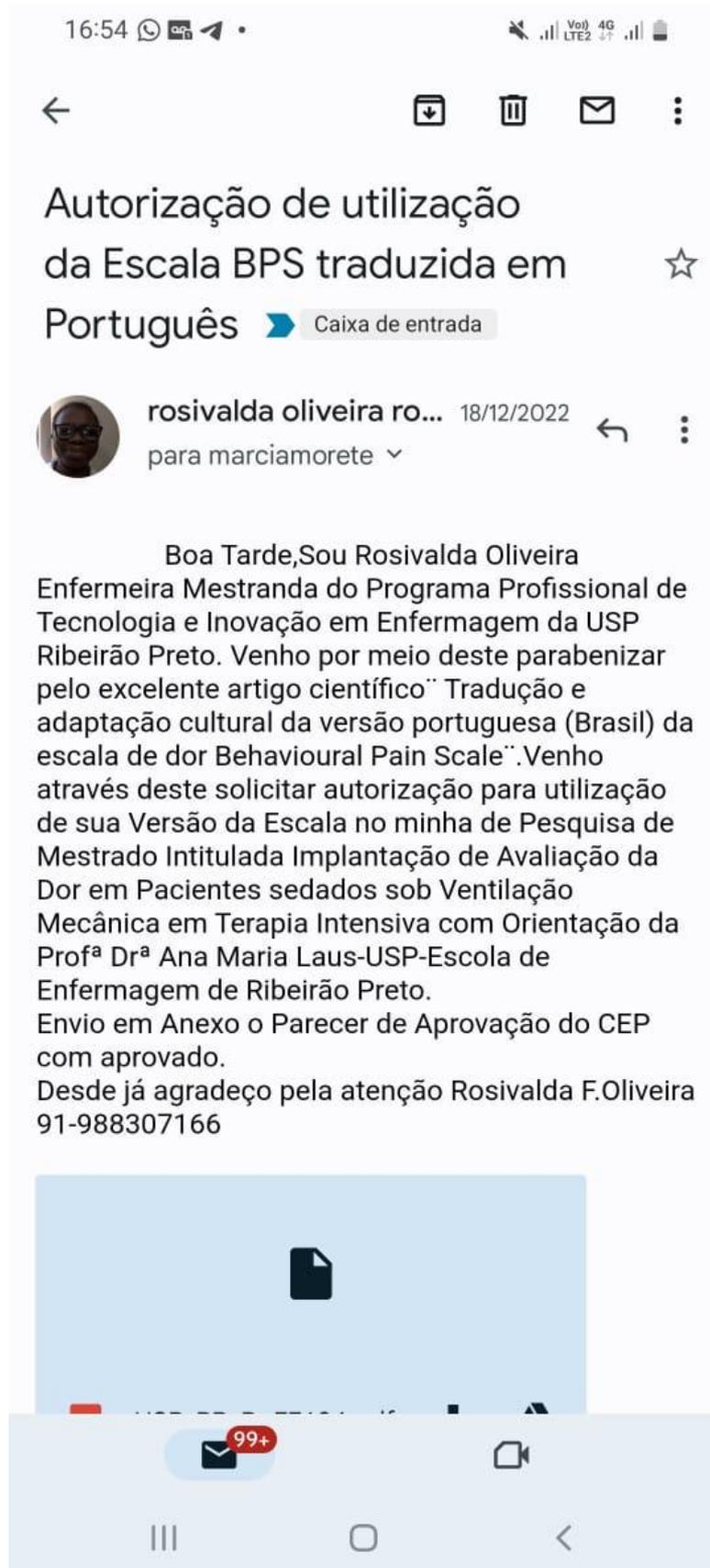
Pesquisadores Prof<sup>ª</sup> Ana Maria Laus

---

Rosivalda Ferreira de Oliveira



ANEXO A –  
AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR ESCALA BPS TRADUZIDA EM PORTUGUÊS





**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -  
HOL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Implantação de Avaliação da Dor em pacientes sedados sob ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva

**Pesquisador:** ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60181922.9.3001.5550

**Instituição Proponente:** Hospital Ophir Loyola

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.821.836

**Apresentação do Projeto:**

A dor em Unidade de Terapia Intensiva continua a ser um elemento subnotificado e não avaliado, o perfil de pacientes geralmente sedados colabora para este entrave assistencial, corrobora-se portanto para que a enfermagem intensiva atue utilizando escalas na sistematização de seus cuidados. Objetivo: Descrever o processo de implantação de um instrumento validado para avaliação da dor de pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica em uma UTI. Método: Estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Alta Complexidade em Oncologia Ophir Loyola, situado na região metropolitana de Belém. Os participantes serão de dois grupos, enfermeiros atuantes na unidade e pacientes internados avaliados por meio das ferramentas de pesquisa. A coleta contará com identificação de profissionais, apresentação e discussão da escala em reunião com os enfermeiros da unidade e seleção de pacientes sedados para a avaliação após consulta de prontuários. A análise de dados ocorrerá após a organização em banco de dados, sendo as variáveis categóricas apresentadas por meio de frequência simples e analisadas por estatística descritiva. Será realizado por meio do índice de concordância entre os participantes da pesquisa.

(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1919359.pdf)

**Endereço:** Av. Magalhães Barata, n° 992, 1° andar do prédio anexo

**Bairro:** SAO BRAS

**CEP:** 66.063-240

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3265-6699

**E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -  
HOL



Continuação do Parecer: 5.821.836

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever o processo de implantação de um instrumento validado para avaliação da dor de pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica em uma UTI.

Objetivo Secundário:

- Avaliar o conhecimento prévio dos enfermeiros quanto a avaliação da dor em pacientes críticos;
- Avaliar o instrumento quanto a sua adequação à realidade da instituição segundo opinião dos enfermeiros da unidade;
- Capacitar os enfermeiros para uso do instrumento proposto.

(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1919359.pdf)

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos de quebra do anonimato de participantes serão minimizados, com o não registro de seus nomes e identificação dos mesmos por meio de algarismos arábicos por ordem de abordagem na coleta. Em relação aos pacientes serão tomados os cuidados éticos junto ao cuidador familiar do mesmo, explicando a importância da pesquisa e colocando-se a disposição para sanarem-se dúvidas e para obtenção de mais informações sobre o estudo e a escala.

Benefícios:

Os benefícios são concernentes a capacitação de pessoal para uso da escala, e implementação da avaliação da dor na unidade.

(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1919359.pdf)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo relevante, tendo em vista que os resultados, no caso a tecnologia assistencial, poderá subsidiar informações capazes de facilitar o atendimento e a prática assistencial dos enfermeiros no que tange a assistência prestada a paciente críticos de ua UTI, contribuindo de forma significativa para o mesmo. O projeto apresenta introdução com problemática, objetivos e bibliografia pertinente e bem elaborada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Endereço:** Av. Magalhães Barata, n° 992, 1° andar do prédio anexo

**Bairro:** SAO BRAS

**CEP:** 66.063-240

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3265-6699

**E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

## HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL



Continuação do Parecer: 5.821.836

O protocolo apresenta os elementos essenciais para sua apreciação tais como: folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável, carta de apresentação do projeto ao CEP e TCLE dos participantes. O currículo encontra-se impresso na plataforma Lattes.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências. Acorando-se no parecer consubstanciado de n 5.777.634, da egrégia Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Res. CNS 466/12, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais da pesquisa. Nesse sentido, ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador:

- Em se tratando de projetos a serem desenvolvidos no Hospital Ophir Loyola - HOL, os pesquisadores devem apresentar o parecer de aprovação emitido pelo CEP, junto a Divisão de Pesquisa do HOL, antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto e
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Naoiniciacao.pdf	29/11/2022 13:15:52	Thais Sassim Rodrigues Correa	Aceito
Outros	isencaoonusHOL.pdf	29/11/2022 13:15:08	Thais Sassim Rodrigues Correa	Aceito
Outros	ActOrientador.pdf	29/11/2022 13:14:44	Thais Sassim Rodrigues Correa	Aceito
Outros	TCUD.pdf	29/11/2022 13:14:28	Thais Sassim Rodrigues Correa	Aceito

**Endereço:** Av. Magalhães Barata, n° 992, 1° andar do prédio anexo

**Bairro:** SAO BRAS

**CEP:** 66.063-240

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3265-6699

**E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -  
HOL



Continuação do Parecer: 5.821.836

Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACEITEHOL.pdf	29/11/2022 13:14:00	Thais Sassim Rodrigues Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO03_TCLE_RESPONSAVEL_LE GAL.pdf	10/11/2022 19:46:23	ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	Of_resposta_parecer_CEP_5723447.pdf	10/11/2022 19:31:38	ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO03_TCLE_ENFERMEIRO_102 022.pdf	10/11/2022 19:11:15	ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINALPROJETOROSIVALDA290822.pdf	23/09/2022 14:38:03	ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Modelooficionovoprojeto230622.pdf	23/06/2022 17:22:03	ROSIVALDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 16 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Cláudio Tobias Acatauassú Nunes**  
**(Coordenador(a))**