



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

LUANGELA CARLA LOPES SOARES

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa**

Cuité - PB

2015

LUANGELA CARLA LOPES SOARES

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo

Cuité - PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S676a Soares, Luangela Carla Lopes.

Avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. / Luangela Carla Lopes Soares. – Cuité: CES, 2015.

59 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo.

1. Dor. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Enfermagem. I.
Título.

CDU 616-083.98

LUANGELA CARLA LOPES SOARES

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DA DOR PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa**

Monografia aprovada em: 11 / 03 / 2015

BANCA EXAMINADORA:

Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo

Profª Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo

(Orientadora- Universidade Federal de Campina Grande)

Kaisy Pereira Martins

Enfª Ms. Kaisy Pereira Martins

(Membro externo- Hospital Universitário Alcides Carneiro)

Alana Tamar O. de Souza

Profª Ms. Alana Tamar Oliveira Souza

(Membro interno-Universidade Federal de Campina Grande)

Cuité-PB

2015

*Dedico, primeiramente, a **Deus**, por estar constantemente presente, guiando-me e conduzindo-me em todas as etapas de minha vida. Obrigada, pela força nos momentos de fraqueza, pelo consolo nos momentos de lágrimas, pela companhia nos momentos de solidão e por me conduzir sempre ao caminho da felicidade. Obrigada, por ter me sustentado nesta nova caminhada. Ao senhor, dedico-lhe este trabalho e toda a minha vida.*

Este trabalho é dedicado, especialmente, a minha família:

*Os meus queridos pais: **Delmira e Luiz**, mestres da vida, que se dedicaram com fervor, não medindo esforço para a formação pessoal e profissional de seus filhos e que me apoiaram constantemente em todas as minhas iniciativas. Obrigada, pelo amor incondicional.*

*A meus irmãos: **Luiz Carlos e Luiz Júnior** que têm me acompanhado em todas as etapas de minha vida, torcendo e motivando-me para prosseguir em frente sempre.*

AGRADECIMENTOS

*Aos meus Avós: **Maria e Francisco**, exemplos de caráter, serenidade, dignidade e simplicidade, com vocês aprendi as lições de vida mais importantes e estarão para sempre no meu coração.*

Aos meus tios, que acreditam no meu potencial, e que me incentivaram para que eu alcançasse o meu objetivo.

*Aos meus primos, especialmente, a **Expedita Maria**, por ter me apresentando e me fazer encantar pelo universo da Enfermagem; e **Ana Maria**, por todo o companheirismo e carinho.*

*A meu amado, **Fernando**, por toda paciência, compreensão, carinho, amor e incentivo, e por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer.*

*As minhas amigas, **Alessandra, Edvalcilia, Eliziane, Monique, Monnalina, Milena e Rosely**; amizades verdadeiras que foram construídas ao longo desses cinco anos. Agradeço de coração todos os momentos compartilhados.*

Aos meus amigos, pelo apoio e por compreenderem minha ausência em diversos momentos.

A todos os professores pelo conhecimento transmitido ao longo do curso.

*A minha orientadora, **Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo**. Por todo seu cuidado, confiança, ensinamento, estímulo e paciência investidos; e por ser uma docente comprometida com o seu fazer científico, profissional empenhada com a pessoa humana e educadora dedicada; aumentando o meu desejo de aprender e de realizar essa pesquisa.*

*As Professoras constituintes da banca examinadora, **Kaisy Pereira Martins e Alana Tamar Oliveira Souza**, pela atenção dado ao meu estudo, e pelas preciosas contribuições propostas.*

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, contagiada pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

RESUMO

SOARES, Luângela Carla Lopes. **Avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva:** revisão integrativa. 2015. 59f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

Introdução: A unidade de terapia intensiva (UTI), consiste em um ambiente especializado destinado a assistência de pacientes graves. Nesse cenário, os pacientes, frequentemente, são submetidos a procedimentos invasivos que desencadeiam ou podem intensificar a dor. É importante enfatizar que o fenômeno da dor, é uma problemática pouco preocupante, na ótica de alguns profissionais da saúde, inclusive do enfermeiro, entretanto, sabe-se que o não controle da sensação dolorosa, pode ocasionar diversas repercussões para o paciente, incluindo, alterações respiratórias, hemodinâmicas, metabólicas e aumento do tempo de permanência hospitalar. **Objetivo:** realizar um levantamento acerca da avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em UTI. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no mês de janeiro de 2015, nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foi utilizada como estratégia de busca: “Dor AND Unidades de terapia intensiva AND Enfermagem”. Como critérios de inclusão, foram delimitadas as publicações entre 2009 a 2014, que estivessem disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês e espanhol. A amostra foi constituída por 13 artigos. **Resultados:** verificou-se um maior número de pesquisas, entre os anos de 2011 e 2013, com representatividade de três (23,1%) e seis (46,2%) artigos, respectivamente. Quanto ao país de origem, seis (46,2%) estudos, foram provenientes dos Estados Unidos da América (EUA); seis (46,2%) do Brasil e um (7,7%) do Irã. Como instrumentos para avaliação específica da dor em pacientes críticos, foram identificados a *Behavioral Pain Scale*- BPS (escala comportamental da dor) e a ferramenta de observação da dor em paciente crítico (CPOT). Foram identificados, dois protocolos para o controle da dor, os quais visam em comum, a diminuição da sedação, para que aos poucos os pacientes, sejam desmamados do ventilador mecânico, e portanto, tenham diminuídos os dias de internação. **Considerações finais:** Pode-se verificar, que a maioria dos estudos referem que o conhecimento do enfermeiro sobre a identificação, avaliação e controle da dor é insuficiente. Alguns estudos, mostram que os profissionais da enfermagem, reconhecem a importância da mensuração da dor e o registro da mesma com o quinto sinal vital, entretanto, não avaliam e registram sua ocorrência na prática clínica. O uso de escalas e protocolos clínicos para controle da dor e sedação em pacientes críticos se constituem em elementos indispensáveis para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para a promoção do menor tempo de ventilação mecânica e de internação hospitalar. Diante dessas constatações, aponta-se a necessidade de mais pesquisas e estudos acerca dessa temática. Destarte, espera-se que essa pesquisa possa contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos acerca da avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em UTI.

Palavras-chaves: Dor. Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

SOARES, Luângela Carla Lopes. **Assessment and pain management by nurses in intensive care units**: integrative review. 2015. 59s. Course work (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU), consists of a specialized place for the care of critically ill patients. In these circumstances, patients, often, undergo invasive procedures that trigger or can intensify the pain. It is important to emphasize that the phenomenon of pain, it is a bit worrying problem, in the view of some health professionals, including nurses, however, it is known that controlling not the painful condition can cause several repercussions for the patient, including, respiratory, hemodynamic, metabolic and increased length of hospital stay changes. **Objective:** To conduct a survey on the assessment and pain management by nurses in ICU. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, realized in January 2015, in the databases *Medical Literature analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Literature Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and *electronic library Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Was used as the search strategy: "Pain AND intensive care units AND Nursing". As inclusion standards, the publications were delimited between 2009-2014, which were fully available and in the idioms portuguese, english and spanish. The sample consisted of 13 articles. **Results:** there was a bigger number of surveys, between the years 2011 and 2013, which represented three (23,1%) and six (46,2%) articles, respectively. Concerning the country of origin, six (46,2%) studies were from the United States of America (USA); six (46,2%) from Brazil and one (7,7%) from Iran. As instruments for specific evaluation of pain in critically ill patients, were utilized *Behavioral Pain Scale*- BPS (behavioral pain scale) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Were identified, two protocols for pain control, which aim in common, decreased sedation, so that slowly the patients are disconnected from the ventilator, and so the days of hospitalization have decreased. **Conclusion:** It can be seen that most studies report that nurses knowledge about the identification, evaluation and pain control is insufficient. Some studies show that the nursing professionals, recognize the importance of pain measurement and registration thereof with the fifth vital sign, however, do not assess and record their occurrence in clinical practice. The use of scales and clinical protocols for pain control and sedation in critically ill patients constitute essential elements for the improvement of nursing care quality and to promote shorter mechanical ventilation and hospitalization. Based on this evidence, pointing to the need of more research and studies about this theme. Thus, it is expected that this research will contribute to the improvement of knowledge about the assessment and management of pain by nurses in ICU.

keywords: Pain. Nursing. Intensive Units Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPMN	Sociedade Americana de Dor de Gerenciamento de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CES	Centro de Educação e Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPOT	Ferramenta de Observação da Dor em Paciente Crítico
EUA	Estados Unidos da América
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations</i>
LILACS	Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
PB	Paraíba
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURA E QUADROS

FIGURA 1. Escala Visual Numérica.....	22
FIGURA 2. Escala Visual Analógica.....	23
FIGURA 3. Escala de Faces da Dor.....	23
FIGURA 4. Ferramenta de Observação de Dor do Paciente Crítico.....	24
FIGURA 5. Escala Comportamental da Dor.....	25
FIGURA 6. Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados MEDLINE, biblioteca SciELO e LILACS.....	30
QUADRO 1. Distribuição dos artigos segundo o autor, periódico, tipo de estudo, ano e país de publicação.....	33
QUADRO 2. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à primeira categoria.....	35
QUADRO 3. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à segunda categoria.	40
QUADRO 4. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à terceira categoria.	44

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	112
2. OBJETIVOS	1515
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	167
3.1. As Unidades de Terapia Intensiva: bases históricas e conceituais	188
3.2. Fisiologia do mecanismo da dor e os tipos de dor.....	19
3.3. A dor em pacientes críticos: fatores desencadeantes e alterações fisiológicas	20
3.4. As escalas de avaliação da dor.....	21
3.5. Os benefícios e a importância da avaliação da dor pelo enfermeiro.....	25
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
4.1. Tipo de estudo.....	29
4.2 Universo e amostra	29
4.3 Procedimentos para a coleta de dados	30
4.4 Análise e discussão dos dados	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1. Categoria 1- Dor em pacientes críticos: compreensão e avaliação do enfermeiro	35
5.2. Categoria 2 - Instrumentos para avaliação da dor no paciente crítico	39
5.3. Categoria 3 - Protocolos utilizados para o controle da dor em Unidade de Terapia Intensiva.....	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE.....	58
APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.....	59

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um ambiente especializado, destinado a assistência de pacientes graves, com necessidade de tratamento e monitorização contínua. Nesse cenário, os pacientes frequentemente, são submetidos a procedimentos invasivos que são indispensáveis ao seu tratamento, tais como: intubação traqueal, medição de pressão arterial invasiva, por meio de cateter arterial, acesso venoso central, passagem de sondas vesical e gástrica, dentre outros. Assim sendo, muitos desses procedimentos desencadeiam ou podem intensificar a dor.

Diante disso, Sakata (2010) afirma que muitos pacientes hospitalizados em UTI vivenciam a dor. Fortunato et al., (2013) afirma que esse fenômeno foi conceituado pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma experiência sensorial e emocional desgastante para o paciente, e que está integrada a uma lesão possível ou existente do tecido. Ademais, a ocorrência de dor deve ter uma grande importância para os cenários hospitalares, pois é considerado como o quinto sinal vital.

Torna-se, portanto, um problema constante em UTIs, sendo de extrema relevância, pois a dor tende a aumentar as taxas de mortalidade e ainda modifica inteiramente alguns aspectos fisiológicos e comportamentais dos pacientes (SOUZA et al., 2013). Outrossim, a literatura destaca que a vigência de dor pode ser um fator que pode determinar o retardo na liberação do uso da ventilação mecânica e pode aumentar o tempo de permanência do paciente em UTI (SAKATA, 2010).

Nesse contexto, o não controle da dor pode implicar em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, ocasionando um aumento da possibilidade de ocorrer instabilidade cardiovascular, maior gasto energético e dificuldade ao deambular, o que pode favorecer a trombose venosa profunda (FORTUNATO et al., 2013). Além disso, a dor não controlada tem sido relacionada a uma variedade de efeitos psicológicos, incluindo depressão, ansiedade, delírio, perturbação pós-stress traumático e desorientação. Apesar do reconhecimento de que a dor é um estressor comum na UTI, as altas taxas de dor não controlada em pacientes criticamente doentes continuam a ser comuns (STITES, 2013).

Barr et al., (2013) afirmam que nos recentes estudos realizados em pacientes que receberam alta da UTI, mas que ainda continuaram hospitalizados, mostraram que 82% de uma amostra de 75 pacientes, relataram lembrar que sentiam dor ou desconforto quando estavam com o uso do tubo endotraqueal. Outro estudo, identificou que 77% de uma amostra de 93 pacientes, relataram que durante sua estadia na UTI, sentiram dor de intensidade moderada a grave.

Outra pesquisa relevante, realizada com pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca, revelou que uma semana após a alta, 82% de uma amostra de 120 pacientes, descreveram a dor como a lembrança traumática mais frequente de sua duração na UTI (BARR et al., 2013). Acrescidos a esses dados, os pacientes críticos, podem não verbalizar queixas e relatar desconfortos devido à seriedade da doença, ao uso de ventilação mecânica e ao uso de sedativos - fatos que tornam o fenômeno da dor pouco preocupante por parte de alguns profissionais de saúde.

Nesse contexto, torna-se de extrema relevância a avaliação e o controle da dor em pacientes críticos pelo enfermeiro, já que esse profissional realiza cuidados contínuos e frequentes ao paciente crítico, sendo responsável pela execução e auxílio de alguns procedimentos invasivos que podem ser causadores de sensações álgicas, tais como: banho no leito, mobilização, curativos, punções, aspirações, entre outros. Dessa forma, Souza et al., (2013), afirma que devido aos momentos do cuidado é de suma importância que o enfermeiro saiba reconhecer apropriadamente os sinais clínicos da dor para poder intervir propiciando o seu alívio.

Outrossim, é indispensável que esse profissional adote protocolos clínicos para controle da dor e também utilize escalas de avaliação da dor para mensurar a possibilidade de ocorrência desse fenômeno, não apenas nos pacientes conscientes, mas também naqueles sedados ou inconscientes. O enfermeiro, deve observar nesses últimos, os equivalentes somáticos e fisiológicos da dor, que são passíveis de se identificar por meio de sinais e condutas característicos no paciente, tais como: a expressão facial, a postura corporal de proteção, a tensão muscular, entre outros (SOUZA et al., 2013). Portanto, é interessante que haja uma estratégia terapêutica que tenha como evidência o controle e a monitorização da dor e o alívio da ansiedade durante a internação no cenário de cuidados críticos.

Diante dessa realidade, justifica-se a necessidade de se investigar na literatura científica atualizada, as formas de avaliação e controle da dor que possam ser implementadas pelos enfermeiros que atuam no cenário das UTIs. Assim, vislumbra-se por meio desse estudo, oferecer subsídios que permitam a prática de intervenções de enfermagem baseadas em evidências relacionadas a avaliação e controle da dor nos pacientes críticos. Além disso, ressalta-se que o fenômeno da dor e a sua avaliação é dificilmente discutido na literatura nacional e na prática clínica desses profissionais, justificando a realização desse estudo.

Esse estudo resultou do interesse, em aprofundar os conhecimentos acerca da avaliação da dor em pacientes que não podem verbalizar, visto que, enquanto acadêmica de enfermagem, na disciplina de cuidados críticos, não houve a abordagem sobre como fazer a

mensuração, nem da importância de registrar a dor como um quinto sinal vital (NASCIMENTO; KRELING, 2011). Esse fato, foi consubstanciado durante a experiência prática nos estágios, pois em sua maioria, os profissionais da enfermagem, não sabiam da existência das escalas comportamentais pra avaliação da dor em pacientes incapazes de verbalizar, tampouco como aplicá-las. Desse modo, foi observado empiricamente, que os registros da sensação dolorosa dos pacientes eram falhos, refletindo em deficiências no planejamento de uma assistência adequada.

Assim sendo, espera-se que esse estudo possa contribuir com a práxis dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro atuante em UTI, para que esses, despertem para a necessidade da prestação de cuidados que promovam o conforto e o alívio da dor, durante a hospitalização do paciente em UTI.

Ante o exposto as questões norteadoras dessa pesquisa foram: Qual o conhecimento produzido na literatura acerca da avaliação da dor pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva? Qual (is) instrumento (s) existente (s) na literatura, para avaliação da dor no paciente crítico que podem ser aplicados pelo enfermeiro? Existe (m) protocolo(s) na literatura para o controle da dor em UTI?

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- ✓ Realizar um levantamento na literatura acerca da avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva

Objetivos específicos:

- ✓ Verificar por meio da literatura, o conhecimento de enfermeiros acerca da avaliação da dor em Unidades de terapia Intensiva;
- ✓ Investigar se existem instrumentos para avaliação da dor no paciente crítico que podem ser aplicados pelo enfermeiro;
- ✓ Identificar protocolos utilizados para o controle da dor em Unidade de Terapia intensiva.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. As Unidades de Terapia Intensiva: bases históricas e conceituais

As unidades de terapia intensivas (UTIs), foram criadas com o intuito de solucionar o problema do tratamento dos pacientes graves, sendo o espaço destinado aos que precisavam de cuidados diários complexos e controle rigoroso. A terapêutica intensivista, tem como princípio o conceito de que, por mais que existam variadas enfermidades, o desencadear da morte está restrito a pequenos fenômenos fisiológicos, que são susceptíveis de serem influenciados se conservadas as funções básicas da vida (GOMES, 2008).

Em 1854, na Guerra da Crimeia, Florence Nightingale, idealizou dispor juntos, os pacientes que estavam em estado grave, para assim, poder oferecer uma melhor assistência (DIAS; MATTA; NUNES, 2006). Inicialmente, a classificação dos doentes era de acordo com o grau de dependência, as enfermarias eram divididas de tal maneira que os mais graves permaneciam perto do local de trabalho dos enfermeiros, para que fosse possível ter uma maior atenção e um melhor atendimento.

Conforme o progresso dos procedimentos cirúrgicos, foi possível constatar que havia uma necessidade de se direcionar cuidados ao paciente que estivesse durante o período de pós-operatório imediato, o que resultou no desdobramento das unidades especiais de terapia, as quais seriam salas especiais anexados as salas de cirurgia (FERREIRA, 2007).

A primeira UTI que funcionou conforme os padrões técnicos foi criada no Hospital *Johns Hopkins* no ano de 1914, nela continha três leitos destinados aos pacientes de pós-operatório de neurocirurgia (CHEREGATTI; AMORIM, 2010). No Brasil, as primeiras UTIs tiveram início na década de 1970, e objetivavam reunir os pacientes que estivessem em estado crítico em uma área hospitalar adequada. Disponibilizavam de uma infraestrutura própria, provido de equipamentos e materiais, além de profissionais capacitados para o desenvolvimento do trabalho com segurança (FERREIRA, 2007).

Hoje, a UTI caracteriza-se como uma unidade hospitalar complexa, dotada de sistema de monitorização contínua, com equipamentos sofisticados e recursos destinados ao tratamento de pessoas em estado grave de saúde (ou potencialmente graves), com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, cujo suporte e tratamento intensivos possibilitam a recuperação da saúde (BRITO, 2010). Esse setor é dotado de recursos humanos especializados para assegurar uma prática contínua, sendo o enfermeiro, o líder da equipe de enfermagem (BOTEGA; FONTANA, 2010).

Destarte ressalta-se que a UTI, é um ambiente que possui muitos ruídos relacionados aos equipamentos e alarmes dos monitores. Sem dúvida, esses fatores físicos, podem

umentar o nível de estresse dos pacientes e dificultar o processo de recuperação. Ademais, existem outros problemas relacionados aos procedimentos executados na UTI e a dinâmica de internação desse setor- os quais são geradores de sensações álgicas nos pacientes. Nesse contexto, há uma grande dificuldade dos profissionais que atuam nesta área, em relação a avaliação e controle da dor, uma vez que, na maioria dos casos, os pacientes se encontram sedados, dificultando assim, a avaliação desse fenômeno que é tido como subjetivo (NASCIMENTO; SILVA, 2014).

3.2. Fisiologia do mecanismo da dor e os tipos de dor

Seja qual for à lesão tecidual, independente da etiologia, precede a uma reação inflamatória. Isso resulta na liberação de mediadores, tais como a bradicinina, histamina e prostaglandinas, que excitam as terminações nervosas livres presentes no sistema nervoso periférico (SNP). O impulso elétrico é conduzido através das fibras nervosas à medula espinhal e encaminhado para a região do tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais. No tálamo, a informação dolorosa é projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. Nas conexões efetuadas entre o impulso doloroso com estruturas do sistema límbico é atribuídas à dor o caráter emocional de sofrimento e desconforto. A atuação conjunta desses sistemas resulta no aspecto multidimensional do processo doloroso e respostas decorrentes (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

Há que se considerar que o sistema nociceptivo tem sua atividade modulada pelo sistema supressor da dor que é composto por elementos neuronais da medula espinhal, tronco encefálico, tálamo, estruturas subcorticais, córtex cerebral e SNP. A ativação do sistema supressor da dor aumenta a síntese de neurotransmissores (encefalinas e serotoninas), que por meio de tratos descendentes são projetados na substância cinzenta da medula espinhal e de tratos ascendentes para estruturas encefálicas exercendo atividade inibitória sobre os componentes do sistema nociceptivo. O sistema supressor de dor é continuamente ativado por estímulos que alcançam o Sistema Nervoso Central (SNC) durante a vida diária normal e também é ativado pela dor e por aspectos emocionais e cognitivos ainda não completamente conhecidos (OLIVEIRA; TRINDADE, 2013).

Enquanto que, a dor crônica é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma, é mal delimitada no tempo e no espaço e ansiedade e

depressão são respostas frequentemente associadas ao quadro clínico (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

O mecanismo de evolução é específico para cada tipo de dor. Na dor nociceptiva, que compreende a dor somática e visceral, há estimulação química ou física de terminações nervosas normais. A dor neuropática resulta de alguma injúria anormal, de forma parcial ou total de estruturas sensíveis do sistema nervoso central ou periférico. A dor idiopática tem mecanismo de ordem psíquica, e pode ser diferenciada em aguda e crônica. A forma aguda apresenta início súbito e resposta neurovegetativa de ordem simpática e a forma crônica caracteriza-se por um prolongamento da dor aguda, onde estimulações nociceptivas repetidas levam a uma variedade de modificações no SNC (KRAYCHETE et al., 2011).

A dor nociceptiva classifica-se em: visceral (por lesão de vísceras pélvicas abdominais ou torácicas, além de órgãos inervados pelo sistema neurovegetativo, onde a dor pode ser referida à distância do sítio vegetativo) e somática (que é subscrita como reflexo da ação inflamatória da pele, tecido celular subcutâneo, músculo, fáscias, tendões e ossos). A dor neuropática está associada ao estímulo somatossensorial anormal de qualquer elemento do sistema nervoso central ou periférico. Já a dor idiopática ou psicogênica é rara em acometidos pelo câncer, e tem etiologia psíquica. A dor mista é evidenciada quando dois ou mais tipos de dor coexistem. Destaca-se ainda que pode ocorrer episódios de dor incidencial (Breakthrough Pain) onde há um aumento da intensidade dolorosa em adição a dor de base, de forma limitada cronologicamente (KRAYCHETE et al., 2011).

3.3. A dor em pacientes críticos: fatores desencadeantes e alterações fisiológicas

A vivência da dor é comumente experimentada em pacientes gravemente enfermos. Quando o estímulo doloroso não é controlado ocasiona respostas de estresse físico e emocional, retarda a recuperação do paciente, aumentam as possibilidades de ocorrer complicações e prolonga a estadia na UTI (MORTON; FONTAINE, 2011). Assim, a dor se constitui em um importante estressor para os pacientes que estão nas UTIs, pois contribui para alterações do padrão do sono e podendo levar a exaustão, desorientação e agitação (SOUZA et al., 2013). Então, se o paciente possui inquietação emocional, causada por esse fator externo, há atraso no processo de cura, já que essa, depende também do emocional (NASCIMENTO; SILVA, 2014).

Destarte, muitos procedimentos realizados na UTI estão associados à dor, seja a cateterização venosa periférica ou central, a gasometrias, exames, traqueostomias, a intubação, a sondagem nasogástrica ou nasoenteral, com a consequente presença de uma estrutura estranha irritante, às vezes durante dias. Até mesmo os procedimentos de rotina como a percussão torácica pode ser bastante doloroso para muitos pacientes. Ou seja, aquilo que foi feito para promover assistência, acaba sendo a própria fonte de desconforto, mesmo que seja temporário (RIGOTTI, 2005).

A dor também possui repercussões fisiológicas genericamente referidas como respostas ao estresse, que atualmente são vistas como respostas de não adaptação e podem gerar sérias complicações ao paciente crítico. Pode ainda, desencadear reações reflexas segmentares e supra segmentares, que incluem distúrbios na função pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal e urinária, prejuízo da função e metabolismo muscular, bem como neuroendócrino, alterações metabólicas e imunológicas (CALIL, 2005).

Nesse contexto, os enfermeiros têm competências para avaliar as condições físicas do paciente em relação às alterações na mensuração da pressão arterial, da frequência cardíaca e da avaliação respiratória. Portanto, a análise das implicações fisiológicas que a dor desencadeia constitui-se em fontes para a sua avaliação. Contudo, cada indivíduo tem uma resposta fisiológica e de forma singular. Ou seja, os parâmetros fisiológicos como a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória podem apresentar aumentados ou diminuídos em resposta a dor, variando de pessoa a pessoa (MORTON; FONTAINE, 2011).

3.4. As escalas de avaliação da dor

A avaliação da dor na UTI é um constante desafio para o enfermeiro, devido à gravidade e a instabilidade do paciente. Portanto, é importante que o enfermeiro esteja atento aos sintomas e manifestações algícas que o paciente em estado crítico possa demonstrar durante a realização dos cuidados (BATISTA, 2011). Uma forma de realizar avaliação algíca diária nos pacientes críticos dá-se por meio de escalas de avaliação da dor.

A utilização das escalas deve fornecer de subsídios ao profissional para que possa ser possível reconhecer as alterações existentes no paciente e intervir de acordo com a necessidade. Portanto, é interessante que o profissional seja treinado para poder aplicar a escala e saber interpretá-la. O instrumento não deve apenas mostrar a alteração existente, mas

sim ser norteador das ações, tendo como finalidade a melhoria da condição do paciente (FORTUNATO et al 2013).

Destarte, essa avaliação é complexa, pois não deve se destacar apenas a intensidade, mas sim, dar atenção às características da dor que o paciente crítico pode apresentar como o início, a localização, a irradiação, periodicidade, tipo, a duração e os fatores que podem desencadear o estímulo. Portanto, é imprescindível que se faça a observação das reações comportamentais e fisiológicas que são emitidas pelo paciente, que são: a expressão facial, inquietação, posição antálgica, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, hipertensão, taquipneia, assim como outras que são singulares a cada ser (BATISTA, 2011).

A Escala visual numérica, tem como finalidade mensurar a intensidade da dor, em um contexto clínico, utilizando registro numérico, sem necessidade de haver o contato visual. Portanto, o paciente deve estar consciente e referir uma dor quantificada entre zero e dez, sendo o zero “nenhuma dor” e dez ‘dor máxima imaginável (FORTUNATO et al., 2013). Entretanto, pacientes orientados que se encontram em assistência intensiva têm maiores dificuldades em relatar verbalmente sua dor devida tanto aos tubos conectados como à condição física em que se apresentam (NASCIMENTO; SILVA, 2014).

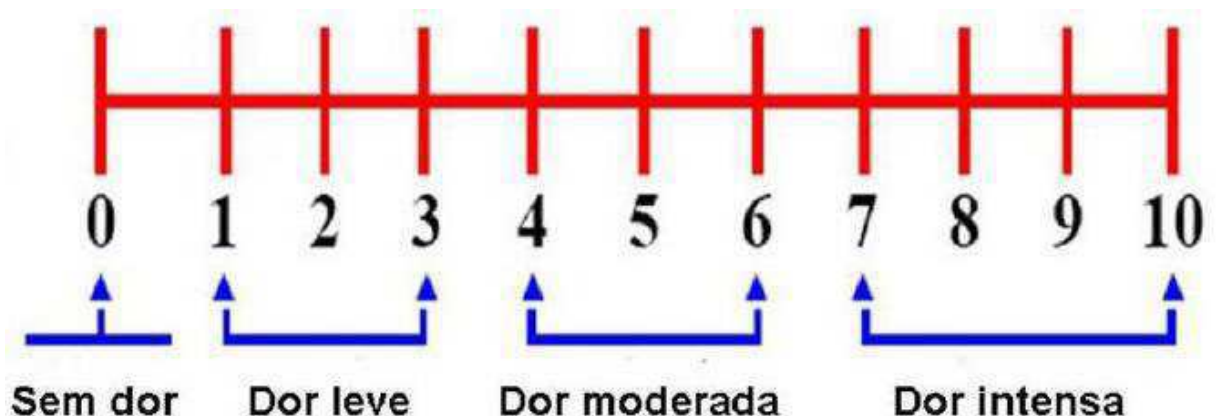


Figura 1. Escala Visual Numérica. **Fonte:** Google imagens, 2014.

Outra escala que pode ser utilizada é a escala visual analógica, que se assemelha à numérica, porém existe nesta a obrigatoriedade em haver o contato visual, entre o paciente e a

escala, e este deve sinalizar ao avaliador, o grau de sua dor. É importante explicar ao paciente que uma extremidade indica “sem dor” e a outra indica “dor máxima” (FORTUNATO et al., 2013).

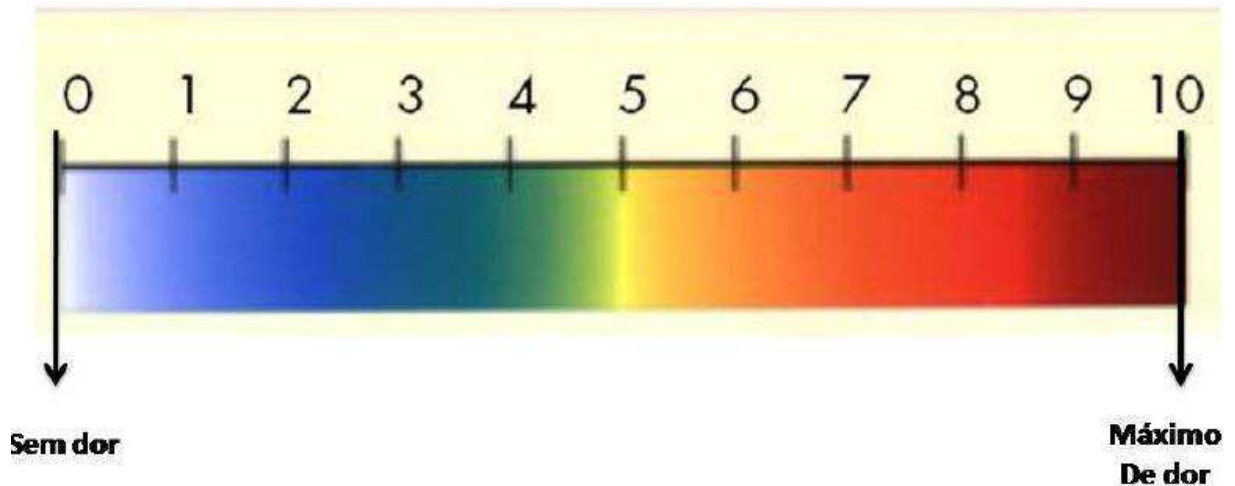


Figura 2. Escala Visual Analógica. **Fonte:** Google imagens, 2015.

Já a escala de faces de dor, se concretiza em descritores visuais através de expressões faciais que refletem a intensidade dolorosa. É solicitado que o paciente observe e indique qual dos descritores traduz a dor que está sentindo. Varia de zero a cinco, onde o zero significa “sem dor” e o cinco indica “dor insuportável” (FORTUNATO et al., 2013).

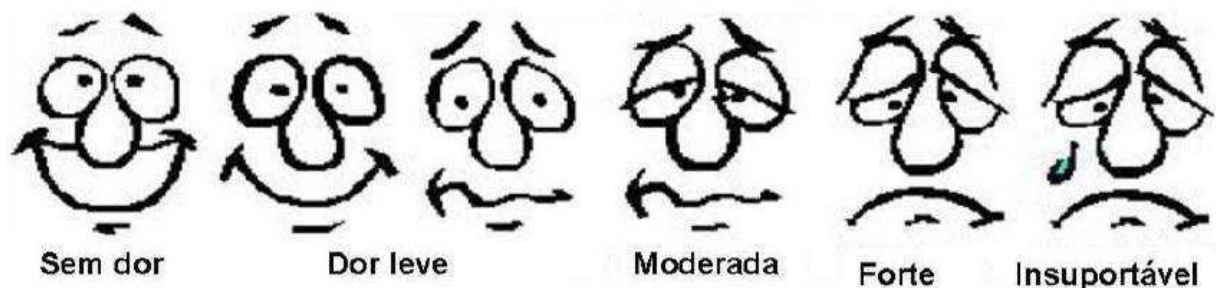


Figura 3. Escala de faces de dor. **Fonte:** Google imagens, 2015.

Poucas ferramentas foram desenvolvidas para pacientes críticos adultos não verbais como, a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale - BPS*) e a Ferramenta de

Observação de Dor do Paciente Crítico (*Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT*) (GONÇALVES; SCHMITZ; ROEHRS, 2013).

O estudo da ferramenta CPOT, mostrou que o instrumento foi projetado para uso dos pacientes críticos entubados e não entubados. A escala tem quatro domínios: expressões faciais, movimentos, tensão muscular e adaptação ao ventilador- são pontuadas de 0 a dois; escores totais variam de 0 (sem dor) a 8 (dor máxima) (STITES, 2013). Esta ferramenta foi derivado de uma revisão de literatura, levantamento de dados nos prontuários dos pacientes críticos, consultas com enfermeiros e médicos intensivista (GONÇALVES; SCHMITZ; ROEHRS, 2013).

CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)		
Indicador		Descripción
Expresión facial	0	Relajado, neutro (no tensión muscular)
	1	Tenso (ceño fruncido, cejas bajadas, órbitas de ojos contraídas)
	2	Muecas (movimientos anteriores + párpados fuertemente cerrados)
Movimientos del cuerpo	0	Ausencia de movimientos
	1	Protección (mov. lentos, se toca donde le duele, busca atención a través de movimientos)
	2	Agitado (empuja el tubo, no obedece órdenes)
Tensión muscular	0	Relajado (no resistencia a mov. pasivos)
	1	Tenso, rígido (Resistencia a mov. pasivos)
	2	Muy tenso o muy rígido (Fuerte resistencia)
Adaptación al ventilador	0	Bien adaptado (no alarmas, fácil ventilación)
	1	Tose pero se adapta
	2	Lucha con el ventilador (asincronía, activación alarmas)
Rango total	0 - 8	

Figura 4. Ferramenta de Observação de Dor do Paciente Crítico. **Fonte:** Google imagens, 2015.

Enquanto, que a BPS, considera três dimensões de avaliação: expressão facial, movimento ou posicionamentos dos membros superiores e sincronia com o ventilador mecânico. É fácil de ser utilizada. Pois, cada comportamento possui um escore de 1 a 4, e tendo uma pontuação total máxima de 12 e mínima de 4. Quando o escore for maior que 6, considera-se a presença de dor intolerável (SAKATA, 2010, GONÇALVES; SCHMITZ; ROEHRS, 2013).

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
Total		

Figura 5. Escala Comportamental da Dor. Extraído de: MORETE et al., 2014.

Esta escala é a mais recomendada em pacientes críticos, pois, possui a maior quantidade de parâmetros que são observados no paciente em estado grave, avaliando-o de forma mais completa (FORTUNATO et al., 2013). Foi a primeira a ser idealizada e a mais recomendada para a avaliação da dor em pacientes com ventilação mecânica, entubados e incapazes de autorrelatarem a dor (BATALHA et al., 2013).

3.5. Os benefícios e a importância da avaliação da dor pelo enfermeiro

O enfermeiro tem um papel preponderante na avaliação precisa da experiência dolorosa e na promoção, manutenção e restauração do conforto frente à vivência da dor e suas consequências (VILA, 2001). Devido à proximidade com o paciente, é dever desse profissional, garantir que as intervenções relacionadas ao controle da dor, sejam postas em práticas e assegurar que o paciente tenha uma assistência de qualidade. O enfermeiro deve

conhecer a escala da dor, mais apropriada ao estado do paciente e ter conhecimentos científicos acerca dos medicamentos que devem ser utilizados para o controle da dor, caso necessário (FORTUNATO et al., 2013).

A avaliação de dor deve ser sistematizada, prática, baseada em evidências clínicas e incorporada à assistência da equipe que atende o paciente. Para o paciente crítico e impossibilitado de comunicação, essa avaliação se torna crucial, porque a dor é um componente relevante em seu diagnóstico e tratamento, implicando em aumento de morbidade e mortalidade. Capacitar à equipe de enfermagem é de fundamental importância para a qualidade do cuidado e o conhecimento repercute nesse aspecto (SOUZA, 2013).

A promoção do conforto e o alívio da dor são intervenções essenciais que abarcam, além do conhecimento científico e agilidade técnica, éticas da prática da enfermagem e questões humanitárias. O estudo da dor é de extrema importância devido ao fato de que a sensação dolorosa ocasiona o estresse, aflição e desconforto tanto para o paciente, quanto a sua família (NASCIMENTO; SILVA, 2014).

Portanto, com a finalidade de aprimorar o tratamento da dor a *Joint Commission Accreditation on Health care Organizations - JCAHO* (Comissão Conjunta de Acreditação das Organizações de Saúde) estabeleceu como indicador de qualidade da assistência, a avaliação da dor como quinto sinal vital. Logo, precisaria ser avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados os outros sinais vitais, para que se regularize sua avaliação, bem assim como, a conduta tomada, sua fundamentação e os resultados obtidos (SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

Nesse contexto, a prescrição da avaliação da dor é indispensável, pois o registro permite que outros profissionais da equipe de saúde possam avaliar o paciente nos três turnos e, deste modo, instituem uma melhor assistência terapêutica ao paciente. Deverá conter neste registro o local do evento doloroso, a intensidade, o tipo, a duração, os fatores de piora e melhora, além da administração ou não de analgésicos (CALIL; PIMENTA, 2005).

A falta de conhecimento acerca da mensuração da dor é indicada como um fator-chave no controle ineficaz da dor, pois o conhecimento apropriado permite o seu controle mais eficaz e conseqüente redução de tempo e recursos empregados no seu alívio (BARRETO et al., 2012).

Destarte, é de suma importância que os enfermeiros estejam sempre atentos para o lado subjetivo da dor e verifiquem até que ponto esta pode ser influenciada pela ansiedade. Pois, a admissão em uma UTI é por si só um fator que gera a ansiedade e o grau de ansiedade do indivíduo pode determinar aumento na percepção da dor (SILVA, 2011). Uma vez que, a

assistência ofertada ao cliente deve ser humanizada, atenciosa, respeitosa e justa, promovendo a interação e a comunicação entre os membros da equipe e o cliente, onde a dignidade pessoal do cliente seja valorizada (CHAVES, 2005).

O conhecimento ofertado nas instituições de ensino de enfermagem acerca da dor e analgesia faz-se de maneira inconstante e reduzida, conseqüentemente, os profissionais formados não empregam este conhecimento na prática diária. Mesmo com os obstáculos, a implantação de um programa de manejo da dor é de extremo valor, aprimorando a assistência e a formação dos futuros profissionais, além de tratar o paciente de forma mais humanizada e segura (NASCIMENTO; KRELING, 2011).

Contudo, o desempenho da equipe de enfermagem, de modo independente e colaborativo, deve compreender a identificação da queixa álgica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, a aferição das repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das intervenções. O enfermeiro intensivista deve aceitar que o paciente sente a dor, sem o mesmo ter que provar que ela exista (SILVA, 2011).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática proposta. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) esse tipo de estudo, permite a síntese de estudos publicados e possibilita conclusões de uma particular área de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam de novos estudos.

4.2 Universo e amostra

O universo desse estudo foi composto de artigos científicos publicados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a delimitação da amostra, foram utilizados como critérios de inclusão: estar nos idiomas inglês, português e espanhol, estar disponível na íntegra, ter tempo de publicação dos últimos cinco anos (2009 a 2014). Foram excluídos os artigos repetidos, monografias, artigos indisponíveis na íntegra. Foram utilizados os seguintes descritores: Dor, Unidades de Terapia Intensiva e Enfermagem. A estratégia de busca, ocorreu com o uso do indicador booleano AND. Para as bases LILACS e MEDLINE, a estratégia utilizada foi: “Dor AND Unidades de terapia intensiva AND Enfermagem”. Através desta busca, na LILACS foram encontrados um total de 58 achados, e utilizados apenas 2 artigos. E na MEDLINE, um total de 181 e aproveitados 8 artigos. Na biblioteca eletrônica SciELO, a busca foi realizada da seguinte forma: “Dor AND Unidades de Terapia Intensiva” que teve como resultado 15 artigos, sendo selecionado apenas um e “Dor AND Enfermagem” resultando em 263 achados, sendo selecionados apenas dois, que atendiam aos critérios de inclusão e aos objetivos do estudo.

Dessa forma, a figura abaixo, ilustra a quantidade de artigos encontrados (517), os quais fizeram parte do universo da pesquisa e aqueles que compuseram a amostra (13 artigos).



Figura 6. Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados MEDLINE, biblioteca SciELO e LILACS. **Fonte:** dados da pesquisa, 2015.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados as etapas percorridas foram: elaboração das questões norteadoras da pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos (amostragem) e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em janeiro de 2015, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, tendo como questões norteadoras: Qual o conhecimento produzido na literatura acerca da avaliação da dor pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva? Qual (is) instrumento (s) existente (s) na literatura, para avaliação da dor no paciente crítico que podem ser aplicados pelo enfermeiro? Existe (m) protocolo(s) na literatura para o controle da dor em UTI?

Para coleta de dados utilizou-se um instrumento (APENDICA A) que contemplava informações relacionadas à identificação do artigo, autor (es), periódico publicado, ano da publicação, características metodológicas do artigo, país da publicação, objetivos e considerações finais.

4.4 Análise e apresentação dos dados

Os 13 estudos selecionados, foram impressos, traduzidos, lidos na íntegra, sendo dispostos e apresentados em quadros. Os principais aspectos abordados, acerca da avaliação da dor em pacientes hospitalizados em UTI pelo enfermeiro, foram categorizados em três temáticas: dor em pacientes críticos: compreensão e avaliação do enfermeiro; instrumentos para avaliação da dor no paciente crítico e protocolos utilizados para o controle da dor em unidade de terapia intensiva e posteriormente foram submetidas a análise temática. Inicialmente, as informações foram comparadas item por item, sendo logo após, categorizadas e agrupadas de acordo com suas similaridades. Posteriormente foi efetuada a discussão conforme a literatura pertinente.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das publicações selecionadas, buscou-se realizar uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática, a fim de se compreender o conhecimento dos enfermeiros frente à avaliação da dor em pacientes críticos, bem como os instrumentos utilizados para avaliação da dor e os protocolos para controle desse fenômeno em UTI.

Assim sendo, dos 13 estudos selecionados, oito (61,5%) foram obtidos por meio da MEDLINE, dois (15,4%) por meio da LILACS, e três (23,1%) pela SciELO. O quadro 1, abaixo ilustra a caracterização desses estudos:

Quadro 1- Distribuição dos estudos segundo autor, periódico, tipo de estudo, ano e país de publicação.

Autor	Periódico	Tipo de estudo	Ano	País de publicação
SILVA, C.C.S; VASCONCELOS, J.M.B; NÓBREGA, M.M.L.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	2011	Brasil
SANTOS, M.Z; KUSAHARA, D.M; PEDREIRA, M.L.G.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo descritivo	2012	Brasil
ROSE, L. et al.	<i>American Journal of Critical Care</i>	Estudo descritivo e de abordagem qualitativa	2012	EUA
ROSE, L. et al.	<i>American Journal of Critical Care</i>	Estudo prospectivo e quantitativo	2013	EUA
STITES, M.	<i>Crit Care Nurse</i>	Revisão de literatura	2013	EUA
ABDAR, M.E.et al.	<i>Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research</i>	Ensaio clinico randomizado	2013	Irã
BALAS, C.M. et al.	<i>Crit Care Med</i>	Estudo prospectivo	2013	EUA
SOUZA, R.C.S. et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo transversal e prospectivo	2013	Brasil
MAGALHÃES, P.A.P. et al.	Revista Dor	Estudo prospectivo e quantitativo	2011	Brasil
NASCIMENTO, L.A; KRELING, M.C.G.D.	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo transversal e prospectivo	2011	Brasil
TOPOLOVEC-VRANIC, J. et al.	<i>American Journal of Critical Care</i>	Estudo prospectivo quantitativo	2010	EUA
AL-QADHEEB, N.S. et al.	<i>American Journal of Critical Care</i>	Estudo descritivo quantitativo	2013	EUA
MORETE, M.C. et al.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Estudo observacional e quantitativo	2014	Brasil

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Como é possível observar no quadro 1, em relação ao ano de publicação dos estudos inseridos nessa revisão, percebeu-se um maior número de pesquisas, entre os anos de 2013 e 2011, com representatividade de seis (46,2%) artigos e três (23,1%), respectivamente. Quanto ao país de origem, seis (46,2%) estudos foram provenientes dos Estados Unidos da América (EUA), seis (46,2%) originados no Brasil e um (7,7%) artigo proveniente do Irã.

Em relação aos tipos de estudos, predominaram os descritivos e prospectivos, com cinco (38,5%) estudos cada; um (7,7%) observacional e um (7,7%) representando os seguintes tipos: ensaio clínico randomizado, revisão de literatura e de intervenção. Com relação à abordagem, predominou a quantitativa, com 12 (92,3%) artigos, outros três (23,1%) possuíam abordagem qualitativa.

No que concerne aos periódicos, quatro (30,7%) artigos foram publicados na *American Journal of Critical Care*, dois (15,4%) na *Critical Care* e um (7,7%) em cada periódico a seguir: revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene, Revista da Escola de Enfermagem da USP, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Dor e Acta Paulista de Enfermagem.

Assim sendo, foi possível constatar maior número de publicações no cenário internacional, obtendo sete (53,8%) artigos, com destaque para os Estados Unidos. Esse achado reafirma, o déficit de produções científicas nacionais sobre a avaliação da dor em pacientes críticos pelo enfermeiro e reflete as fragilidades identificadas na prática desses profissionais, sobre como avaliar corretamente a dor usando as escalas apropriadas para cada tipo de paciente.

Desse modo, Souza et al., (2013) afirma que é importante capacitar a equipe de enfermagem para a qualidade na assistência do cuidado e o conhecimento repercute nesse aspecto. Um conhecimento inadequado adicionado à impossibilidade do doente em comunicar sua dor, a não priorização da avaliação da dor e o despreparo da equipe multiprofissional acerca da temática se constituem em obstáculos que dificultam o manejo da dor dos pacientes criticamente doentes.

O pouco número de estudos relacionados a essa temática na literatura nacional pode ser entendida, em parte, devido ao pouco interesse dos profissionais atuantes em cuidados críticos em pesquisar sobre a avaliação e o controle da dor, visto esse ser um fenômeno subjetivo, o qual, muitas vezes, não é visualizado como outros problemas mais emergentes, que acometem esses pacientes. É possível verificar que comumente no cenário das UTIs, são utilizadas a sedação e a analgesia contínuas, por vezes, em excesso.

Assim sendo, comumente os profissionais não se atentam para investigar a ocorrência da sensação dolorosa no paciente, para assim, poder prestar a assistência correta e de acordo com as necessidades individuais, pois, acreditam que a sedação e analgesia contínuas são suficientes para suprir as demandas de desconforto álgico do paciente (SILVA; VASCONCELOS; NOBREGA, 2011; SHINOTSUKA, 2013). Cumpre assinalar, que muitos enfermeiros, não adquirem conhecimentos acerca da avaliação da dor em pacientes críticos, durante a sua formação acadêmica na graduação, tendo apenas o contato com a problemática na prática clínica ou em cursos de capacitações (MAGALHÃES et al., 2011).

No que se refere aos enfoques das publicações inseridas no estudo, emergiram três categorias temáticas empíricas, que atenderam as questões norteadoras e aos objetivos desse estudo, a saber: Dor em pacientes críticos: compreensão e avaliação do enfermeiro; instrumentos para avaliação da dor no paciente crítico e protocolos utilizados para o controle da dor em unidades de terapia Intensiva.

5.1. Categoria 1- Dor em pacientes críticos: compreensão e avaliação do enfermeiro

Nessa categoria foram selecionados, especialmente, os estudos que enfocavam o conhecimento e a prática do enfermeiro na avaliação da dor em unidades de terapia intensiva. Dessa forma, foram incluídos oito estudos, como ilustra o quadro 2:

Quadro 2. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à primeira categoria.

Títulos	Objetivos	Considerações finais
Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções	Pesquisar o conhecimento e a prática dos enfermeiros intensivistas acerca da avaliação da dor em pacientes críticos, reconhecendo as principais intervenções usadas.	Foi possível verificar que os enfermeiros percebem a dor como uma queixa importante e inevitável causada por vários fatores. Mas, mesmo existindo à disposição dos enfermeiros uma série de instrumentos para avaliar a dor, estes são pouco utilizados, devido ao pouco conhecimento ou divulgação das escalas, e pelas dificuldades de manejo que tornam ainda mais graves a subestimação e o subtratamento da dor.
Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança	Apresentar a vivência de enfermeiros que cuidam de crianças e neonatos gravemente enfermos, no que tange à avaliação e intervenção para alívio da dor, identificando questões referentes ao sistema de prestação da assistência que	As enfermeiras valorizam a avaliação e intervenção para o alívio de dor em crianças, mas apontam vários fatores que comprometem a prática, pois, as instituições de saúde não realizam capacitação acerca da temática, nem tampouco

	possam comprometer a prática da enfermagem e a segurança do paciente.	implementam protocolos e processos assistenciais que permitam melhorar este cuidado.
Práticas de avaliação da dor e de gestão dos enfermeiros de cuidados críticos: uma pesquisa no Canadá.	Documentar o conhecimento acerca das percepções de práticas de avaliação de dor e de gestão entre os enfermeiros de unidades de terapia intensiva canadenses.	A maioria dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva não utilizam instrumentos de avaliação da dor para pacientes incapazes de se comunicar e não tinham conhecimento das diretrizes de gestão da dor publicadas por sociedades profissionais.
Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem	Analisar a implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital em um hospital-escola; descrever a opinião dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre a importância da avaliação da dor e seu registro; identificar as dificuldades na avaliação da dor e relatar as sugestões dos profissionais para a implementação da avaliação da dor como sinal vital.	Os técnicos e auxiliares de enfermagem do hospital-escola consideram importante a avaliação da dor como quinto sinal vital, embora relatem algumas dificuldades na implantação desta nova rotina. As principais limitações citadas estão relacionadas à falta de compreensão do paciente na mensuração da dor por meio de escala e a falta de tempo do profissional para avaliar a dor. É de extrema importância a participação ativa do enfermeiro da unidade de internação nesta implementação com supervisão e orientação a seus profissionais.
Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico	Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva de um hospital privado da cidade de São Paulo em relação à utilização de uma avaliação comportamental de dor que foi instituída no serviço para uso em pacientes com barreiras de comunicação.	Os resultados mostraram que a equipe de enfermagem conhece os pressupostos básicos de dor e os principais aspectos da avaliação comportamental utilizada na instituição em pacientes críticos. Entretanto, isso não significa adesão integral às ações adequadas de alívio e consequentemente notificações precisas desses eventos.
Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma	Caracterizar a percepção e as dificuldades da equipe de enfermagem frente à identificação, quantificação e manuseio da dor de pacientes vítimas de trauma e treiná-la para sua avaliação e adequado tratamento.	A maioria dos profissionais tinha o conhecimento acerca da “dor o quinto sinal vital”, dos instrumentos para mensurar a dor e dos medicamentos utilizados no tratamento e seus efeitos adversos. Contudo, com treinamento, o conhecimento sobre a avaliação e tratamento da dor aumentou significativamente.

<p>Percepções da comunicação entre enfermeiros e médicos durante a noite sobre dor, agitação e delírio nos pacientes de terapia intensiva.</p>	<p>Determinar as percepções da comunicação entre enfermeiros e médicos durante a noite sobre a dor, agitação e delírio dos pacientes na unidade de terapia intensiva e desenvolver um instrumento de pesquisa qualitativa para investigar o assunto.</p>	<p>A diferença perceptual entre a comunicação enfermeira-médico sobre dor, agitação e delírio à noite é numerosa e deveria ser mais estudada.</p>
--	--	---

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Conforme evidencia-se no quadro 2, foi possível detectar em quatro estudos, que os profissionais da enfermagem reconhecem a dor como o quinto sinal vital, valorizando-a como uma queixa importante. Entretanto, a avaliação da dor não é efetuada na prática desses profissionais, devido a fragilidades no conhecimento da temática, falta de divulgação das escalas de avaliação da dor e de protocolos de gestão da dor.

No tocante à verificação da dor, como quinto sinal vital, no estudo de Nascimento e Kreling (2011), foi possível identificar que dos 188 profissionais de enfermagem entrevistados, 149 (79,3%) relataram que avaliavam a dor, juntamente a outros sinais vitais, sendo que 24 (12,8%) verificavam às vezes, e 13 (6,9%) somente quando o paciente se queixava de dor.

Embora no estudo supracitado, a maioria dos profissionais, tenha relatado avaliar a dor juntamente aos sinais vitais, essa realidade não é observada na prática clínica, fato identificado na maioria dos estudos incluídos nessa pesquisa (NASCIMENTO; KRELING, 2010; MAGALHÃES et al., 2011; SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012; SILVA; VASCONCELOS; NOBREGA, 2011).

Associado a isso, Bottega e Fontana (2010) referem ainda que existe a insensibilidade por parte de alguns profissionais em perceber a importância da dor como um quinto sinal vital, além disso, esses profissionais não fazem a mensuração da dor do paciente no momento da entrevista, contendo, portanto, nos seus registros, somente as informações referentes aos quatro sinais vitais, que já são utilizados na prática clínica.

Nesse contexto, Sousa, et al., (2010) afirmam que a dor deve ser mensurada e registrada tanto quanto os sinais de temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, também como um sinal vital e em todo ambiente clínico deverá ser registrada por ocasião da admissão e permanência do cliente no hospital. O maior desafio ao combate à dor, inicia-se, na deficiência de sua percepção e compreensão por parte dos profissionais, como refere à maioria dos estudos. No entanto, algumas iniciativas nacionais, demonstraram preocupação para estabelecer a dor como quinto sinal vital nas instituições hospitalares. Entretanto, existe a

passividade dos profissionais de saúde no convívio cotidiano com tal realidade, levando a subidentificação e subnotificação (MAGALHÃES et al., 2011).

No estudo de Magalhães, et al., (2011), identificou-se que 43 (84,3%) dos profissionais tinham informação acerca da dor como o quinto sinal vital, sendo que 28 (54,9%) no ambiente profissional, 21 (41,2%) em congressos e palestras, 14 (27,5%) em cursos técnicos e 13 (25,5%) dos profissionais adquiriram o conhecimento sobre dor na graduação.

Esses dados refletem que a problemática da avaliação da dor, parte da formação. Mesmo atuando na prática clínica, alguns profissionais ainda não tem um conhecimento apurado acerca do tema. Alguns referem, que há um déficit do conhecimento adquirido na graduação e que persistem até a prática clínica, pois, apesar de saber que a dor é um sinal vital, ainda não fazem a devida avaliação diária, juntamente com os outros sinais vitais. Assim, é comum esses profissionais não darem a devida importância a esse fenômeno (NASCIMENTO; KRELING, 2011, MAGALHÃES et al., 2011).

Souza, et al., (2013) acrescentam os obstáculos que dificultam a avaliação e o manejo da dor dos pacientes criticamente doentes, a saber: equipe multiprofissional com conhecimento inadequado acerca da temática; impossibilidade do doente em comunicar sua dor, e a não priorização da dor como sinal vital. Nascimento e Kreling (2011) elencam outras dificuldades, tais como: à incompreensão da escala de intensidade por parte do paciente e a falta de tempo para avaliar a dor por parte do profissional.

Nascimento e Kreling (2011) reiteram ainda, outras barreiras para a avaliação da dor em pacientes conscientes: o fato de o paciente estar com dor e, por isso, ter sua atenção prejudicada na hora da avaliação; o estado mental alterado pela ansiedade, confusão e estado físico também podem alterar a avaliação da dor, como no caso de pacientes com audição comprometida; a linguagem utilizada pelo profissional ao se questionar a dor, muitas vezes, técnica e de difícil entendimento pelo paciente, além do desconhecimento das técnicas de avaliação da dor pelos profissionais, também se constituem em fatores limitantes para a sua avaliação.

Nesse sentido, salienta-se que a avaliação e o alívio da dor são processos que necessitam do trabalho em equipe, com vistas, a promoção de cuidados eficazes e individualizados ao paciente e sua família. O enfermeiro por estar em posição privilegiada no contato com o paciente, deve avaliar o bem-estar físico, psicológico e especialmente a resposta aos tratamentos instituídos (SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2011).

Na tentativa de melhorar as dificuldades de avaliação da dor em cuidados críticos, um estudo verificou que a estratégia de treinamento da equipe de enfermagem, melhorou, substancialmente o conhecimento desses profissionais, no que concerne á avaliação da dor (STITES, 2013). Assim sendo, para Souza, et al., (2013) é indispensável a capacitação destes profissionais, para que haja uma qualidade na assistência de enfermagem no tocante a avaliação e controle da dor, sendo que o conhecimento repercute nesse aspecto.

É pertinente pontuar que nos estudos de Nascimento e Kreling (2011), os profissionais foram questionados sobre o que seria necessário o hospital realizar, para que todos os profissionais avaliem a dor como sinal vital. Foram obtidas 198 sugestões, sendo a mais citada à realização de cursos e treinamentos 92 (49%), posteriormente, a maior cobrança da avaliação por parte do enfermeiro 42 (22%) e 37 (20%) dos profissionais consideraram que a avaliação da dor precisa partir da iniciativa do próprio profissional.

Assim sendo, é importante que todo profissional da área da saúde, em especial a enfermagem, tenha informações sobre como ocorre o processo e os mecanismos da dor, visto que este é um grande determinante para o acontecimento dos transtornos físico-psicossociais. Antes de inserir uma terapêutica é importante avaliar sistematicamente a pessoa e identificar os problemas, o que implicará em um tratamento mais bem sucedido, seguramente feito com base na anamnese e no exame físico do paciente (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudo para a Dor (2010), a avaliação da dor nas instituições de saúde deve ser bem implantadas por meio de estratégias adequadas, devendo o seu registro, ser realizado, juntamente com os demais sinais vitais, visando garantir, imediata intervenção e reavaliações subseqüentes.

Portanto, a avaliação da dor e o registro sistemático e período de sua intensidade são fundamentais para o acompanhamento da evolução do quadro de dor e para que se realizem os ajustes necessários ao tratamento. A inclusão da avaliação da dor junto aos sinais vitais pode assegurar que todos os pacientes tenham acesso às intervenções para controle da mesma, assim que ocorre o tratamento imediato das demais alterações.

5.2. Categoria 2 - Instrumentos para avaliação da dor no paciente crítico

Nessa categoria foram selecionados, os estudos que evidenciam os instrumentos para a avaliação da dor no paciente crítico. Dessa forma, foram incluídos quatro estudos, como ilustra o quadro 3 abaixo:

Quadro 3. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à segunda categoria.

Títulos	Objetivos	Considerações Finais
A satisfação do paciente e documentação de avaliações de dor e de gestão após a implementação da escala de dor não-verbal no adulto	Avaliar a reposta da implementação de uma nova ferramenta de avaliação de dor em uma unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia traumatológica.	A aplicação de uma escala objetiva de classificação da dor para a avaliação da dor em pacientes criticamente doentes que não verbalizam pode melhorar a classificação da experiência de dor, e a documentação das avaliações da dor por enfermeiros.
Escala de dor observacionais em adultos criticamente doentes	Realizar um estudo sobre as escalas de dor observacionais em pacientes adultos em estado crítico.	A avaliação sistemática da dor deve ser feita rotineiramente, e o autor relato do paciente deve ser a principal base para a avaliação da dor sempre que possível. A avaliação da dor como rotina, norteadas por um instrumento de avaliação da dor observacional pode diminuir o tempo de internação em UTI; diminuir a duração da ventilação mecânica e aumentar a satisfação dos pacientes, dos seus familiares e prestadores de cuidados de saúde.
Instrumento comportamental de avaliação da dor para adultos críticos incapazes de auto relatar dor.	Determinar o efeito da ferramenta de observação da dor em cuidados críticos na frequência de documentação da avaliação da dor e administração de analgésicos e sedativos em pacientes criticamente doentes incapazes de dor auto relato.	Implementação da Ferramenta de Observação da Dor em Paciente Crítico (CPOT) aumentou a frequência de avaliação da dor e administração de analgésicos opióides nas duas UTIs. Poucos episódios de dor foram detectados usando o CPOT, embora cerca de 40% dos episódios de dor não foram abordados com a administração de analgesia, o que sugere a necessidade da conexão entre o manejo da dor para os resultados da avaliação. A eficácia da CPOT para otimizar a administração adequada de um analgésico em pacientes criticamente doentes incapazes de auto relato precisa ser avaliado em ensaios clínicos randomizados.
Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor <i>Behavioural Pain Scale</i>	Realizar tradução e adaptação cultural para português do Brasil da escala de dor <i>Behavioural Pain Scale</i> , e avaliar suas propriedades psicométricas.	A escala <i>Behavioural Pain Scale</i> , mostrou ser de fácil aplicação e reprodutibilidade. Foi notada uma adequada consistência interna e, portanto, a adaptação dessa escala para o Brasil, para avaliação da dor, em pacientes graves, mostrou-se satisfatória.

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Conforme evidencia-se no quadro 2, foi possível verificar nos quatros estudos a importância de se utilizar uma escala para avaliar os pacientes críticos. Os instrumentos que foram abordados são: Escala Comportamental (BPS) e a ferramenta de observação da dor em paciente crítico (CPOT).

Estas escalas são de fácil manejo em pacientes com o nível de consciência rebaixado e que não podem verbalizar. Para os pacientes que verbalizam, é de extrema importância também aplicar uma ferramenta que ajude no relato mais fidedigno da sensação dolorosa. Tais como: a Escala Visual Numérica, a Escala de Faces de Dor e a Visual Analógica. Portanto, o enfermeiro deve buscar compreender a subjetividade da dor, conhecer e saber manusear as escalas, para que assim, possa implementá-las corretamente para cada tipo de pacientes.

Para tanto, os artigos que integram essa categoria, destacam a investigação sobre as escalas de avaliação da dor e enfatizam a importância de o profissional de enfermagem contribuir para a busca e o alívio da dor, prestando uma assistência mais humanizada.

As altas taxas de dor não controlada em pacientes criticamente doentes continuam a ser comuns (CAMPBELL; HAPP, 2010). De acordo com Nascimento e Silva (2014), as escalas de dor são ferramentas que facilitam a interação e o diálogo entre os membros da equipe de saúde, permitindo avaliar a evolução da dor em cada paciente e a verificar a resposta frente à terapia analgésica.

Nascimento e Silva (2014) afirmam que o alívio da dor e a promoção de conforto são intervenções essenciais que envolvem, além do conhecimento científico e habilidade técnica, questões humanitárias e éticas da prática da enfermagem. A importância do estudo da dor deve-se ao fato de que a sensação gera estresse, sofrimento e desconforto para o paciente e sua família.

As escalas para a avaliação da dor em adultos baseiam-se, fundamentalmente, no auto relato, o que dificulta de forma considerável sua avaliação em pacientes com déficits cognitivos e que estejam sobre o uso da ventilação mecânica (MORETE et al., 2014). No que se refere aos instrumentos utilizados para avaliação e quantificação da dor, Magalhães (2011), evidenciou que 50 (98,0%) dos profissionais de seu estudo, responderam conhecer algum tipo de instrumento, e 44 (86,2%) relataram que o instrumento mais conhecido é a escala verbal numérica.

Porém, quando o paciente é incapaz de auto relatar a dor, a utilização de uma escala comportamental é altamente recomendada. Segundo Gélinas (2009), Sessler e Pedram (2009), a Sociedade Americana de Dor de Gerenciamento de Enfermagem (ASPMN), orienta o uso de uma escala comportamental validada, para que possa detectar a presença de dor em

pacientes entubados, exemplos destas escalas são: a BPS e a CPOT e, estas escalas apresentam resultados aceitáveis para os pacientes em questão.

De acordo com Gélinas (2009) a CPOT tem comprovado resultados válidos de confiabilidade em adultos de UTI conscientes e inconscientes em estudos observacionais e descritivos. Neste ponto, está sendo usado tanto para fins clínicos ou pesquisas em muitos centros de saúde de cuidados no Canadá, nos Estados Unidos, e outros países. Ela está disponível em francês e inglês, e algumas traduções em outras línguas estão em andamento (Finlandês, Português, Italiano e Sueco). Mesmo que, pesquisas ainda estejam sendo realizadas, para melhorar a especificidade de alguns indicadores da CPOT e avaliar a sua viabilidade e utilidade clínica no atendimento de rotina, a escala parece apoiar os enfermeiros de UTI, na avaliação da dor de seus pacientes e pode contribuir para melhor controle da dor no adulto em estado grave.

Porém, outro autor analisou as escalas BPS e CPOT e recomendou a BPS, argumentando que esta foi testada num grupo mais amplo de doentes e que mostrou maior validade e confiabilidade (PUNTILLO et al., 2009). Sakata (2010), ainda afirma que a BPS contempla a maior quantidade de parâmetros a serem observados no paciente crítico, visando avaliá-lo de forma completa.

Três artigos, mostram a importância da aplicação da BPS, para avaliar a dor em pacientes inconscientes e em uso de ventilação mecânica, sendo essa escala, considerada um indicador sensível da dor em pacientes sedados em ventilação artificial. Desse modo, o paciente em ventilação mecânica, deve ser avaliado quanto à dor para otimizar a dose de medicamentos, visando reduzir o tempo de necessidade de ventiladores e de permanência em UTI (GONÇALVES; SCHMITZ; ROEHRS, 2013, MORETE et al., 2014, ROSE et al., 2013).

Esta escala é a mais recomendada em pacientes críticos, pois possui a maior quantidade de parâmetros que são observados no paciente em estado grave, avaliando-o de forma mais completa (FORTUNATO et al., 2013). Foi a primeira a ser idealizada e a mais recomendada para a avaliação da dor em pacientes com ventilação mecânica, entubados e incapazes de autorrelatarem a dor (BATALHA et al., 2013).

Em relação à avaliação da dor utilizando a BPS no estudo de Stites (2013), foi possível observar que as pontuações dessa escala foram avaliadas primeiramente em repouso e, em seguida, durante um procedimento não doloroso, tais como: aplicação de meias de compressão ou troca de curativo de um cateter venoso central e durante um procedimento nociceptivo, por exemplo: aspiração traqueal. Os pacientes que passaram por procedimentos

dolorosos tiveram escores mais elevados de BPS (com variação de 4,6-5,2) do que os pacientes que tiveram procedimentos não dolorosos (intervalo da pontuação da BPS, 3,3-3,7). Ademais, 24 dos 28 avaliadores desse estudo, relataram que foi fácil de aplicar a BPS, levando um tempo médio, entre dois a cinco minutos para ser concluído.

Outro estudo, sobre a validação BPS, que foi realizado por dois avaliadores realizado em uma UTI de um hospital privado de grande porte, situado na cidade de São Paulo (SP); Morete, et al., (2014) mostraram que dentre os itens avaliados pela escala, o único que apresentou classificação quatro - dor forte - foi “expressão facial”; esse item, foi classificado com intensidade dois em cerca de 25% dos casos. O item “membros superiores” foi classificado em sua maioria como um - menor dor, 88,1% pelo avaliador um e 84,2% pelo avaliador dois, assim como o item “adaptação à ventilação mecânica” (deu resultado de 96% para os dois avaliadores). Indicando que o item que apresentou classificação de dor mais forte foi “expressão facial”.

Gonçalves, Schmitz e Roehrs (2013) afirmam que, a expressão facial é o item que mais colabora para avaliação da dor, os estudos levantados referiram que geralmente altera por primeiro, seguida pelos movimentos dos membros superiores e da aceitação da ventilação. São condutas de quem sente dor: a careta, a testa franzida, a rigidez, as pálpebras cerradas e ou apertadas, o nariz franzido, o lábio superior levantado, os punhos cerrados, ainda quando avaliar a aceitação da ventilação mecânica deve se levar em consideração a presença de broncoespasmo, hipoxemia e secreção, sendo que estas ocorrências podem afetar a ventilação.

Calil e Pimenta (2005), asseguram que a observação da expressão facial, fornece informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor, permitindo uma comunicação eficaz entre o paciente e as pessoas envolvidas em seus cuidados.

O estudo de Morete, et al., (2014), ainda apresentou que a escala BPS revelou-se ser de uma confiança adequada e demonstrou ter boa concordância ou reprodutibilidade entre os avaliadores. Portanto, a eficiência e a continuidade da terapêutica dependem da avaliação e mensuração da dor, por meio de um instrumento confiável e válido, implicando na tomada de decisões a partir de uma criteriosa avaliação, com a participação do paciente, o que é fundamental no curso da atividade gerencial e cuidadora do enfermeiro. Desse modo, a tomada de decisões embasada no saber científico e na ética confere credibilidade, eficiência e eficácia no trabalho desse profissional (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Logo, o conhecimento dos enfermeiros sobre os instrumentos ofertados para o manejo da dor é de fundamental importância para o acompanhamento eficaz na assistência para esses

pacientes. A implementação dessas escalas nas instituições, pode facilitar o controle, os ajustes nas doses da analgesia e nos registros de dor, fornecendo, portanto, subsídios para uma assistência holística e humanizada.

5.3. Categoria 3 - Protocolos utilizados para o controle da dor em Unidade de Terapia Intensiva

Para essa categoria foram selecionados, os estudos que evidenciam os protocolos utilizados para o controle da dor em Unidade de Terapia Intensiva. Dessa forma, foram incluídos dois estudos, como ilustra o quadro 4, abaixo:

Quadro 4. Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à terceira categoria.

Títulos	Objetivos	Considerações Finais
Efeitos da prática de um protocolo de sedação dos enfermeiros sobre os níveis de sedação e consciência de pacientes em ventilação mecânica	Analisar os efeitos da aplicação de um protocolo de sedação por enfermeiros de UTI em níveis de sedação e consciência dos pacientes, bem como a utilização de tranquilizantes e analgésicos.	O nível de sedação ideal não deve ser nem profunda nem inadequada. O planejamento e intervenção da equipe médica são essenciais a este respeito, entretanto, os enfermeiros estão continuamente presentes ao lado dos pacientes, dessa forma, esses profissionais podem desempenhar um papel crucial na sedação adequada. Os pacientes que permanecem em sedação profunda podem ter muitos riscos, tais como: redução da atividade respiratória, aumento da permanência no ventilador, o aumento do tempo de hospitalização, aumento do risco de infecção e de úlcera por pressão. Um protocolo com interrupção diária da sedação por enfermeiros diminui a quantidade de tranquilizante (midazolam) e a ingestão de analgésicos, nos pacientes de UTI pode ser controlado por medidas não farmacológicas, que podem ser realizadas pelos enfermeiros, tais como: realização de técnicas de curativos apropriadas, promoção de decúbito confortável e mudança de decúbito, retirando a tensão a partir das áreas sujeitas a pressão, melhora dos ruídos do ambiente.

<p>Aplicação do pacote ABCDE no cuidado diário: oportunidades, desafios e lições para a implementação de diretrizes para a dor, agitação e delírio (PAD) em UTI</p>	<p>Identificar os benefícios e os obstáculos para a adoção do pacote ABCDE e avaliar em que grau de implementação o pacote foi eficaz, sustentável e propício à sua disseminação.</p>	<p>A implementação do pacote ABCDE resultou em redução do uso de sedativos infundidos continuamente, melhor coordenação dos cuidados prestados e maior interação multiprofissional, o que trouxe autonomia para os profissionais não médicos. Quanto aos obstáculos foram citados: relutância da prática médica em seguir protocolos novos, a coordenação de várias atividades no trabalho, além do protocolo, falhas na comunicação, carga de trabalho e preocupações com relação ao próprio protocolo, tais como tratamento de eventos adversos. Por fim, este protocolo tem como bases fundamentais: o conforto e o controle da dor, a utilização da menor sedação possível, o uso de estratégias proativas de desmame da ventilação mecânica e o início precoce de terapia ocupacional.</p>
---	---	---

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Na categoria 3, os dois estudos, retratam a implementação dos protocolos de analgesia e sedação. Os protocolos abordados são: protocolo de sedação por enfermeiros em UTI e o pacote ABCDE, o qual retrata as bases para a prática de analgesia, assim como, as diretrizes de dor, agitação e delírio em UTI. Os dois protocolos, identificados nesse estudo, visam em comum, a diminuição da sedação, para que aos poucos os pacientes, sejam desmamados do ventilador mecânico, e portanto, tenham diminuídos os dias de internação.

O primeiro estudo, intitulado: “Efeitos da prática de um protocolo de sedação dos enfermeiros sobre os níveis de sedação e consciência de pacientes em ventilação mecânica”, além de enfatizar o “despertar diário” da sedação, refere que práticas não-farmacológicas para o controle da dor, devem ser praticadas pelos enfermeiros, pois, a aplicação dessas medidas contidas no protocolo de sedação por enfermeiros, diminuiu a quantidade do uso de ansiolítico e a ingestão de analgésicos, nos pacientes conscientes (ABDAR et al., 2013).

O estudo concluiu, que o fenômeno da dor, pode ser controlado/amenizado por medidas não farmacológicas, que devem ser implementadas por enfermeiros, tais como: realização de técnicas de curativo apropriadas, promoção de posição confortável, mudança frequente de decúbito, retirando a tensão a partir das áreas sujeitas à pressão e a manutenção de um ambiente tranquilo (ABDAR et al., 2013).

Quanto ao alívio farmacológico da dor, foi possível constar por Silva, Vasconcelos e Nobrega (2011) que um estudo realizado com enfermeiros, estes referiram o analgésico como intervenção mais frequentemente proposta para controle da dor. O uso de analgésicos é uma das formas mais utilizadas para analgesia da dor no meio clínico e deve ser realizada avaliando-se inicialmente a intensidade, duração e o tipo de dor sentida.

O segundo estudo dessa categoria, enfatiza o uso do pacote intitulado ABCDE, que consiste em: *Awakening and Breathing coordination of daily sedation and ventilator removal trials; Choice of analgesic and if needed sedatives; Delirium monitoring and management; Early mobility and exercise* (coordenação do despertar e da respiração, controlando a sedação diária e a remoção do ventilador; escolha de analgésicos e sedativos conforme necessário; monitoramento e controle do *delirium*; mobilização e exercícios precoces). Esse protocolo possui como pilares: o conforto e o controle da dor, a utilização da menor sedação possível, o uso de estratégias proativas de desmame da ventilação mecânica e o início precoce de terapia ocupacional (FARIA; MORENO, 2013).

O pacote é composto por cinco componentes principais que incluem o desempenho diário: 1) Ensaios despertar espontâneo (SATs); 2) teste em ventilação espontânea (SBT); 3) a coordenação dos pilares um e dois (de modo que a sedação é realizada antes do teste de ventilação espontânea começar); 4) triagem do delirium (agitação) para o controle da infusão da sedação e 5) mobilização progressiva precoce (BALAS et al., 2013).

Os resultados, mostraram que a instituição do protocolo “ABCDE” está associado a um menor tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento mais curto, menor duração e incidência de *delirium*, redução do compromisso cognitivo e aumento da sobrevida (FARIA; MORENO, 2013).

É pertinente destacar, que há cerca de dez anos, tiveram início o uso de protocolos com a interrupção temporária da infusão de analgésicos e sedativos, até que os pacientes fossem capazes de dar três ou quatro respostas simples ou apresentar agitação. Após o paciente despertar, a infusão é restabelecida de forma titulada com a dose prévia ou metade da dose prévia (SESSLER; PEDRAM, 2009). O uso de hipnóticos, é associado a reconhecidos efeitos colaterais, como níveis mais profundos de sedação, depressão hemodinâmica, maior duração da ventilação mecânica e, mais recentemente, *delirium* e disfunção cognitiva crônica (BUGEDO et al., 2013).

O estudo de Abdar (2013) foi observado que no Irã, os protocolos de sedação não são seguidos. Além disso, foi identificado que os pacientes nas UTIs são sedados com base nas prescrições dos médicos e de enfermeiros. Foi constatado também, que a possível utilização

de doses elevadas de tranquilizantes e analgésicos como a morfina e midazolam pode resultar em complicações cardiovasculares e respiratórias.

Mehta, McCullagh e Burry (2011) afirmam que a sedação é uma forma bastante usada para amenizar o desconforto nos pacientes críticos, facilitar a adaptação à ventilação mecânica e prevenir lesões auto infringidas nesses pacientes. Porém, Salluh, et al., (2010), ressalta que, apesar de seu uso ser rotineiro, a sedação excessiva se associado ao prolongamento do tempo de ventilação mecânica, aumenta as taxas de *delirium*, desencadeia maior tempo de permanência na UTI e aumenta a mortalidade.

Nesse contexto, diferentes estudos demonstraram que o uso de protocolos, sistemas de pontuação de sedação e interrupções diárias dos agentes sedantes, são utilizados a fim de reduzir a duração da ventilação mecânica e o tempo de permanência na UTI. Contudo, tem sido relatada uma ampla variedade de esquemas de sedação e práticas utilizadas nas UTIs de todo o mundo. É pertinente destacar, que os dados epidemiológicos, mostram que de 32% a 57% dos pacientes críticos, são submetidos à sedação profunda ou são sedados em níveis mais profundos do que o necessário (BUGEDO et al., 2013).

Mesmo diante dessa realidade, alguns autores, a exemplo de Abdar, et al., (2013), referem que a maioria dos pacientes da UTI são inquietos e dessa forma, precisam ser sedados, devido a muitas razões, tais como: ruídos de dispositivos, perda de contato com o ambiente externo, pouca diferenciação entre o dia e a noite, intubação, ventilação mecânica, as questões subjacentes e dor. Assim sendo, esse autor recomenda que o nível de sedação ideal não deve ser nem profundo, nem inadequado.

A aplicação dessas diretrizes, ocasionou a redução do tempo de ventilação mecânica e de permanência na UTI, bem como a necessidade de se realizarem exames complementares (SESSLER; PEDRAM, 2009, MEHTA; MCCULLAGH; BURRY, 2011).

De acordo com Barr et al., (2013), a utilização das escalas de sedação, protocolos de sedação idealizados para minimizar o uso de sedativos, e o uso de medicamentos não benzodiazepínicos, estão associados à melhora dos resultados de pacientes internados em UTI, incluindo uma duração mais curta de ventilação mecânica, diminuição do tempo de permanência em UTI e internação hospitalar e menor incidência de *delirium* e disfunção cognitiva ao logo do prazo.

Os opióides vêm sendo há muito reconhecidos como fármacos poupadores de hipnóticos, o que pode tornar mais leve o nível de sedação, facilitar a avaliação do paciente, tornar mais rápido o despertar e diminuir o tempo sob ventilação mecânica (PARK et al., 2007).

A evidência científica dessa medida é reforçada por Bugedo, et al., (2013) que identificou em seu estudo que o efeito poupador de hipnóticos, foi obtido com um protocolo com base em analgesia. Nessa pesquisa, foi evidenciado que 106 (37%) pacientes, em uma população cirúrgica mista, não necessitaram de hipnóticos durante o suporte ventilatório enquanto estavam sendo submetidos a um regime de sedação baseado apenas em analgesia. Portanto, esses autores concluíram que um protocolo com base em analgesia, pode reduzir o uso de hipnóticos e pode melhorar a prática de sedação em pacientes com necessidade de ventilação mecânica.

Contudo, mostra-se a importância da implementação dos protocolos de sedação e analgesia em UTIs, para que estes sejam atendidos dentro dos limites aceitáveis, evitando assim, os efeitos contrários que podem acarretar. E o enfermeiro tem papel fundamental, pois, constantemente está em contato com o paciente, podendo contribuir de forma significativa para a aplicação dos protocolos de maneira assertiva, visando a diminuição da quantidade de tranquilizantes, bem como a ingestão de analgésicos, e assim viabilizar o uso de medidas não farmacológicas, para promoção da qualidade de vida e bem estar do paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pode-se verificar, que a maioria dos estudos referem que o conhecimento do enfermeiro sobre a identificação, avaliação e controle da dor é insuficiente. Alguns estudos mostram que os profissionais da enfermagem reconhecem a importância da mensuração da dor e o registro da mesma com o quinto sinal vital, entretanto, não avaliam e registram sua ocorrência na prática clínica.

Alguns autores, citam as dificuldades existentes para que esse fenômeno não seja avaliado e monitorado por esses profissionais, tais como: a falta de familiaridade com as escalas de avaliação; pouco conhecimento tido durante a graduação; incompreensão da escala de intensidade por parte do paciente e a falta de tempo para avaliar a dor por parte do profissional, entre outras.

Nesse sentido, a dor deve ser considerada um sinal vital, tão importante quanto os outros, e dessa maneira, a eficiência do tratamento e o seu seguimento, dependem de uma avaliação e mensuração confiável e válida. É preciso também ser solidário e respeitar a dor física e subjetiva do paciente, tendo-se em mente que cada indivíduo a percebe de uma maneira ou intensidade diferente. Muitas vezes, somente a forma de ouvir esse paciente, de fazê-lo sentir que é respeitado, irá, de alguma maneira, amenizar este sofrimento.

Assim sendo, a implantação da dor como quinto sinal vital e o uso das escalas de dor, exigem persistência, incentivo e acompanhamento da equipe, como em qualquer nova rotina. Nesse sentido, destaca-se a importância da participação ativa do enfermeiro, nesta implementação com supervisão e orientação aos demais profissionais da área.

Identificou-se nos artigos selecionados a importância da avaliação e controle da dor pela equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro, pois devido aos procedimentos realizados é esse profissional, que possui maior contato com o paciente. Neste sentido, o enfermeiro intervirá, aplicando as escalas de acordo com a necessidade de cada cliente, avaliando a dor como o quinto sinal vital, realizando o registro da mensuração, para que haja um controle e que os outros profissionais tenham o conhecimento do parâmetro anterior; para que assim, possa planejar uma assistência correta do uso da quantidade de analgesia.

As escalas encontradas nessa revisão foram: a escala visual numérica, bastante usada e mais conhecida pelos profissionais, embora seja possível a aplicação somente em pacientes conscientes e as duas escalas BPS e CPOT que são mais indicados nos impossibilitados de se comunicar. Dentre eles, ressalta-se a BPS, por ser a escala que tem mais parâmetros para ser observados em paciente em pacientes críticos, bem como, o grande número favorável de estudos acerca desta escala, que é considerada de fácil aplicação por enfermeiros.

Estudos também mostram sobre os protocolos de analgesia e sedação, como o pacote ABCDE e o protocolo de sedação por enfermeiros em UTI. Ambos, com o mesmo propósito de atenuar a sedação do paciente para promover o despertar, evitar o prolongamento do paciente em uso da ventilação mecânica e a permanência por mais tempo na UTI.

Desse modo, esse estudo destaca a importância do enfermeiro em saber manusear as escalas, principalmente a BPS, para assim, aplicar nos pacientes inconscientes, a fim de minimizar o desconforto sentido por ele, e assim, ser possível os ajustamentos das doses corretas de analgésicos e sedação.

Para tanto, fica evidente que os enfermeiros devem ter um conhecimento mais apurado acerca do tema, avaliação e controle da dor, para que assim, sua assistência seja de qualidade. Contudo, seria de grande importância se algumas instituições hospitalares oferecessem capacitações para os profissionais, assim como instituíssem a avaliação, o registro da dor e o protocolo de sedação. Outra ressalva, seria que os alunos de graduação em enfermagem, pudessem ter uma intimidade maior com o tema.

Portanto, espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de conhecimentos acerca da avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva.

Diante dessas constatações, aponta-se a necessidade de se fazer mais pesquisas e estudos acerca da avaliação e controle da dor pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. O enfermeiro, como o profissional responsável pelo cuidado, deve prezar para que o conforto e a segurança do paciente estejam em primeiro lugar, sendo assim, a avaliação e controle da dor se constitui em ações de extrema importância na prática de enfermeiros intensivistas.

REFERÊNCIAS

ABDAR, M. E. et al. Effects of nurses' practice of a sedation protocol on sedation and consciousness levels of patients on mechanical ventilation. **Iran J Nurs Midwifery Res.** v. 18, n. 5, p. 391-395. sept/oct, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877462/>> Acesso em: 11 jan. 2015

ALMEIDA, C. S. L; SALES, C. A.; MARCON, S. S. O existir da Enfermagem cuidando na terminalidade da vida. **Revista Escola de Enfermagem USP.** v. 48, n.1 , p. 34- 40, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/.../pt_0080-6234-reusp-4..php/pdf >. Acesso em: 11 jan. 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, n1, p. 263-306, jan, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23269131>> Acesso em: 11 jan. 2015.

BARRETO, R. F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Rev. dor.** v. 13, n. 03, p. 213-219. jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n3/v13n3a04>> Acesso em: 11 jan. 2015.

BATALHA, L. M. C. et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). **Rev. Enf.** v. serIII, n. 9, p. 7-16. Mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12108>> Acesso em: 11 jan. 2015.

BATISTA, M. A. O. Dor e sedação: cuidados ante o quinto sinal vital. In: VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e vivências.** Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 15. p. 168-77.

BRITO, L. M. R. **Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensivo.** 2010. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

BOTEGA, F.H; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Texto contexto enferm.** v. 19, n.2, p. 283-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>> Acesso em: 14 jan. 2015.

BUGEDO, G. et al. Implantação de protocolo de redução de sedação profunda baseado em analgesia comprovadamente seguro e factível em pacientes submetidos à ventilação mecânica. **Rev. bras. Ter. intensiva.** v. 25, n. 3, p. 188-196, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n3/0103-507x-rbti-25-03-0188.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2015.

CALIL A.M, PIMENTA C.A.M. Intensidade da dor e adequação da analgesia. **Rev. Latino-am Enferm.** v.13, n.5, p. 692-699, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500013>> Acesso em: 11 jan. 2015.

CAMPBELL G, HAPP M. Symptom identification in the chronically critically

- ill. **AACN Adv. Crit Care.** v. 21, n. 1, p. 64-70, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958710/>> Acesso em: 11 jan. 2015.
- CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.20 n.1, p. 192-200. Jan./feb, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>> Acesso em: 11 jan. 2015.
- CHAVES, P.L, COSTA, V.T, LUNARDI, V.L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.1, p. 38-43, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100005>> Acesso em: 11 jan. 2015.
- CHEREGATTI, A.L.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** São Paulo: Martinari, 2010.
- CHEN, Y.Y. et al. The Chinese Behavior Pain Scale for critically ill patients: translation and psychometric testing. **Int J Nurs Stud.** v. 48, n. 4, p. 438-48, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20728886>> acesso em: 11 jan.2015.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.,** v.13, supl.1, p.571-80, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009>> Acesso em: 11 jan. 2015.
- DIAS, A.T.; MATTA, P.O.; NUNES, W.A. Índices de Gravidade em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Avaliação Clínica e Trabalho da Enfermagem. **Rev. bras. ter. intensiva.** v.18, n.3, p. 276-281, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300010>> Acesso em: 11 jan. 2015.
- FARIA, R.S; MORENO, R. P. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Rev bras ter intensiva.** v. 25, n.2, p. 137-147, abr/Jun, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>> Acesso em: 20 jan. 2015.
- FERREIRA, P. B. P. **O processo de cuidar do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva:** uma análise dos conhecimentos utilizados. 2007.130 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- FORTUNATO, J.G.S et al. Escalas de Dor no Paciente Crítico: Uma Revisão integrativa. **Revista HUPE.** v. 12, n. 3, p. 110-117, jul/set, 2013. Disponível em: <[10.12957/rhupe.2013.7538](http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538)> Acesso em: 11 Jan. 2015.
- GÉLINAS, C. Nurses evaluations of the feasibility and the clinical utility of the critical-care pain observation tool. **Pain Manag Nurs;** v.11,n. 2, p. 115-25, jun, 2009. Disponível em: <[10.1016/j.pmn.2009.05.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2009.05.002)> Acesso em: 20 jan. 2015.

GOMES, A. M. Planta física, equipamento e dotação de pessoal. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2ed. São Paulo: EPU, 2008.

GONÇALVES, A.A.S.G; SCHMITZ, R.K; ROEHRS, H. Avaliação da dor em paciente adulto sedado sob ventilação mecânica. **Revista Inspirar – Movimento & Saúde**. v. 5, n.6. Edição 27. nov./dez, 2013. Disponível em: <<http://inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2014/10/367.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2015.

MAGALHÃES, PAP et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e o tratamento da dor em pacientes em uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Rev dor**. v. 12, n.3, p. 221-25, jul/set, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a05.pdf>> Acesso em: 20 de fev. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MEHTA, S; MCCULLAGH, I; BURRY, L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. **Anesthesiol Clin**. v. 29, n. 4, p.607-24, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2011.09.003>> Acesso em: 20 fev. 2015.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>> Acesso em: 20 fev. 2015.

MORTON, P. G; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 9ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORETE, M.C et al. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor *Behavioural Pain Scale*. **Rev. bras. Ter. intensiva**. v. 26, n. 4, p. 373-378, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2015.

NASCIMENTO, J. C. C; SILVA, L.C.S. Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. **Revista Movimento**. v. 7, n. 2, p. 711-720. 2014. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/688/557>> Acesso em: 11 jan. 2015.

NASCIMENTO, L, A; KRELING, MCGD. Avaliação da dor como o quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n. 1, p. 50-54. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100007>> Acesso em: 11 jan. 2015.

NIGHTINGALE, F. Trad. Belem J. **Anotações de enfermagem, o que é, e o que não é**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2010.

NISHIDE, V.M.; MALTA, A.R.; AQUINO, T.B. **Enfermagem no Paciente Crítico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, P.M; TRINDADE, L.C.T. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. **Rev. Med. Res.** v. 15, n. 4, p.298-304, out./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/515/503>> Acesso em: 11 jan. 2015.

RIGOTTI, M.A; FERREIRA, A.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde.** v. 12, n.1, p. 50-54, jan/mar, 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2015.

SAKATA, R. K. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v. 60, n. 6, p. 653-658, nov/dez, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012>> Acesso em: 11 jan. 2015.

SANTOS, M.Z; KUSAHARA, D.M; PEDREIRA, M.L.G. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 46, n. 5, p. 1074-1081, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500006>> Acesso em: 11 jan. 2015.

SESSLER, C. N; PEDRAN, S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. **Crit Care Clin;** v. 25, n. 3, p. 189- 513, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19576526>> Acesso em: 11 jan. 2015.

SILVA, C.C.S.; VASCONCELOS, J. M.B.; NOBREGA, M. M. L. Dor em pacientes críticos sob a ótica de enfermeiros intensivistas: avaliação e intervenções. **Rev Rene.** v. 12, n. 3, p. 540-547, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/260>> Acesso em 11 jan. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDO PARA A DOR- SBED. Hospital sem dor: diretrizes para implementação da dor como 5º sinal vital. Disponível em: <www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>

SOUSA, F.F., et al. Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Rev Latino Am Enfermagem.** v. 18, n.1, 9 telas, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100002>> Acesso em: 11 jan. 2015.

SOUZA, R.C.S. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p.55-63, set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300007>> Acesso em: 11 jan. 2015.

PARK, G. et al. A comparison of hypnotic and analgesic based sedation in a general intensive care unit. **Br J Anaesth.** v. 98, n.1, p. 76-82, 2007. Disponível em: <<http://bja.oxfordjournals.org/content/98/1/76>> Acesso em: 20 jan. 2015.

KRAYCHETE, D. et al. Dor oncológica em cuidados paliativos: avaliação e tratamento. In: SANTOS, F.C. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e controle dos sintomas. São Paulo, Atheneu, 2011. Cap. 37, p. 375-86.

PUNTILLO, K. et al. Evaluation of pain in ICU patients. **Chest**. v. 135, n. 4, p. 1069-74, 2009. Disponível em: <10.1378/chest.08-2369.> Acesso em: 20 jan. 2015.

VILA, V.S.C.; MUSSI, F.C. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva dos enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Rev. Esc Enferm USP**. v. 35, n. 3, p. 300-307, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a14.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2015.

APÊNDICE - A

Instrumento para a coleta de dados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo:

Título do periódico:

Autor (es):

País:

Ano de publicação:

B. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

1. Tipo de publicação:

1.1. Pesquisa

Abordagem qualitativa Revisão de literatura Estudo Descritivo

Estudo descritivo-exploratório Estudo prospectivo Ensaio clínico randomizado

Estudo transversal

2. Título	
3. Objetivo	
4. Conclusão	