

# Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review  
Seguimiento del dolor en pacientes en estado crítico: una revisión integradora  
de la literatura

Joana Moreira Ferreira Teixeira\*;  
Maria Cândida Durão\*\*

## Resumo

**Contexto:** A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo. Por este facto, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

**Objetivo:** Conhecer as escalas/indicadores a utilizar na monitorização da dor da pessoa em situação crítica.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada através da pesquisa de trabalhos publicados e literatura cinzenta, pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**Resultados:** Identificaram-se 34 resultados, dos quais se selecionaram 7 documentos finais para extração e análise.

**Conclusão:** As escalas *BPS*, *BPAS* e *CPOT* são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico. Os indicadores de dor referidos são a variação do diâmetro pupilar, a assincronia do ventilador, a inquietude e os movimentos do corpo, expressão facial e as vocalizações.

**Palavras-chave:** doente crítico; dor; monitorização; avaliação; escalas; indicadores

## Abstract

**Background:** Pain is usually present in critically ill patients, with an impact on their overall health status. For this reason, pain management is essential, involving pain assessment, observation and treatment using appropriate assessment scales/indicators for identifying pain intensity and assessing the effectiveness of the interventions.

**Objective:** To identify the scales/indicators to be used for assessing pain in critically ill patients.

**Methodology:** Integrative literature review through the search for published and gray literature in the MEDLINE, CINAHL and the Cochrane Central Register of Controlled Trials databases.

**Results:** We found 34 documents, and selected 7 final documents for data extraction and analysis.

**Conclusion:** The BPS, BPAS and CPOT are considered to be the most suitable pain assessment instruments for critically ill patients. The pain indicators found were pupil diameter variation, ventilator asynchrony, restlessness and body movements, facial expressions and vocalizations.

**Keywords:** critically ill patient, pain, monitoring, evaluation, scales, indicators

## Resumen

**Contexto:** La persona en estado crítico tiene dolores muy a menudo, y estos provocan un impacto en su estado general. Por ello, la gestión del dolor resulta esencial e implica la evaluación, el seguimiento y el tratamiento del mismo mediante escalas e indicadores de control adecuados que permitan identificar su intensidad y evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

**Objetivo:** Conocer las escalas/indicadores que se utilizarán en el seguimiento del dolor de la persona en estado crítico.

**Metodología:** Revisión integradora de la literatura llevada a cabo a través de una búsqueda en la literatura publicada y gris en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y Cochrane Central Register of Controlled Trials databases.

**Resultados:** Se identificaron 34 resultados, de los cuales se seleccionaron 7 documentos finales para extraerlos y analizarlos.

**Conclusión:** Las escalas BPS, BPAS y CPOT se citan como las escalas más adecuadas para evaluar el dolor en pacientes en estado crítico. Los indicadores de dolor mencionados son la variación del diámetro de la pupila, la asincronía del ventilador, la inquietud y los movimientos corporales, la expresión facial y las vocalizaciones.

**Palabras clave:** pacientes críticamente enfermos, dolor, seguimiento, evaluación, escalas, indicadores.

Recebido para publicação em: 30.03.16

Aceite para publicação em: 18.07.16

\* RN., Enfermeira, Cuf Cascais Hospital, 2750-663, Cascais, Portugal [joanamf@hotmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica; recolha e análise de dados e discussão; tratamento e avaliação estatística; redação do artigo. Morada para correspondência: Rua Fernão Lopes 60 Cobre, 2750-663, Cascais, Portugal.

\*\* MSc., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 1600-190, Lisboa, Portugal. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão, redação do artigo.

## Introdução

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica (PSC) e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI), quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade e repercute-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Assim, o controlo da dor na PSC pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica a prioridade na sua avaliação e tratamento.

A dor é uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). A dor aguda está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, o que se traduz numa necessidade de vigilância sistemática; tem um início repentino e uma duração transitória (Howard & Steinmann, 2011).

A PSC pode estar consciente e orientada, ter alterações de consciência por sedação ou não, e/ou alterações da comunicação por presença de tubo-oro-traqueal ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica (Nürnberg Damström, Saboonchi, Sackey, & Björling, 2011). A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor que têm por base os indicadores de dor. Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia. A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a PSC, habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo oro-traqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestes doentes, o enfermeiro pode

basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor (Urden et al., 2008). As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos (Urden et al., 2008).

O controlo e gestão da dor na PSC, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento (Ferreira et al., 2014; Internacional Council of Nurses, 2010). Este aspeto constitui um direito de todo o doente internado, sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações e diminuição do conforto e bem-estar do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Urden et al., 2008). Por outro lado, mesmo quando existe uma intervenção efetiva nesta área, verificam-se lacunas em algumas áreas relacionadas com a gestão da dor, sendo evidenciadas por alguns autores, a ausência de avaliação/monitorização sistemática da dor (Barreira & Gomes, 2008; Maria, Sallum, Garcia, & Sanches, 2010).

O sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor depende da sua avaliação e monitorização sistemática, por forma a possibilitar ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Assim, tendo como finalidade contribuir para a gestão e controlo da dor da PSC, a presente revisão integrativa da literatura tem o objetivo de conhecer as escalas mais adequadas e os indicadores a utilizar na monitorização da dor da pessoa em situação crítica. Para dar resposta ao objetivo foi construída a questão de investigação: Quais as escalas de monitorização da dor a utilizar e os indicadores de dor a ter em consideração, para promover a gestão da dor na pessoa em situação crítica?

## Procedimentos Metodológicos de Revisão Integrativa

A realização da revisão integrativa da literatura (RII) teve em conta as orientações do Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que orientou a pesquisa, foi elaborada no formato PICO:

Quais as escalas de monitorização da dor a utilizar e os indicadores de dor a ter em consideração (I), para promover a gestão da dor (O) na pessoa em situação crítica (P), na qual os participantes são a pessoa em situação crítica, as variáveis independentes são as escalas e os indicadores de dor e os resultados, a gestão da dor, com o objetivo de conhecer as escalas adequadas e os indicadores a utilizar na monitorização da dor da pessoa em situação crítica

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos

de acordo com o tipo de estudo, participantes, intervenção (variável independente), resultados que se pretendem obter e data de publicação, descritos e justificados na Tabela 1 (JBI, 2014). A língua do artigo não foi utilizada como critério de exclusão, aceitando-se documentos de todas as línguas, com a perspetiva da necessidade de eventual tradução para a língua portuguesa, em alguns casos, o que não se veio a verificar pois todos os artigos resultantes da pesquisa eram em língua inglesa, espanhola e portuguesa.

Tabela 1

*Crítérios de inclusão e exclusão*

	Crítérios de inclusão	Justificação
Participantes	Doentes críticos com idades superiores ou iguais a 18 anos	Existem escalas de uso exclusivo para crianças pela variabilidade de comportamentos à dor (Sarmiento et al., 2013).
Intervenção (Variável independente)	Estudos que refiram a utilização de escalas/instrumentos e indicadores para monitorização da dor.	A monitorização da dor, requer a utilização de escalas/instrumentos adequados, para que seja possível quantificar a dor da pessoa, atribuindo-lhe um <i>score</i> final, mediante observação de indicadores de dor (Tomey & Alligood, 2002).
Resultados	Esta revisão irá considerar todos os documentos que incluam, como resultados, a gestão da dor.	Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), é dever do enfermeiro implementar intervenções autónomas e interdependentes, que visem a gestão e controlo da dor.
Documentos	Serão considerados para esta revisão, todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados, a que se tenha acesso.	Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo.
Crítérios de Exclusão		Justificação
Todos os documentos publicado antes do ano de 2003		Ano em que a dor foi, pela primeira vez, valorizada e equiparada aos restantes sinais vitais, no que diz respeito à necessidade de vigilância e registo sistemático (Direção Geral de Saúde, 2003).

Nota: Excluídos todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente.

A pesquisa foi realizada no período entre 1 e 15 de setembro de 2015 e teve como finalidade, encontrar trabalhos publicados nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*. Teve-se também em consideração a pesquisa de trabalhos não indexados/publicados, disponíveis em bibliotecas e literatura cinzenta. No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, primeiramente foram introduzidos os termos de pesquisa, em linguagem natural, tendo como base algumas palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados. Posteriormente, os descritores específicos de cada base de dados encontrados na pesquisa natural anterior, foram incluídos como *Major Heading* (MH). Consideram-se também os termos

critical patient, pain assessment, pain evaluation, pain control e pain scales pesquisados nos abstract (AB); e, acute patient, severe patient, pain instruments, pain relief e pain level no texto completo (TX). A estratégia de pesquisa foi a seguinte: (P) [critically ill patients OR critical illness OR critical patient OR acute patient OR severe patient] AND (I) [pain scales OR pain instruments OR pain measurement OR pain assessment OR pain evaluation OR pain management] AND (O) [pain control OR pain relief OR pain level]; tendo-se obtido 34 resultados.

Relativamente aos trabalhos não indexados/publicados disponíveis em bibliotecas, literatura cinzenta, foram utilizados os mesmos critérios e foi incluído um trabalho, uma tese de mestrado.

## Resultados e Interpretação

No seguimento do processo, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, com o objetivo de rejeitar aqueles que não respondiam aos critérios de inclusão (Tabela 1). Seguiu-se um segundo processo de seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos (esquemático na Figura 1), tendo-se obtido sete documentos para extração e análise.

Todo este processo foi realizado por dois revisores, de forma independente, e o resultado final foi obtido após reunião de consenso.

A extração e síntese da informação dos documentos finais foi suportada por um formulário de apoio (Tabela 2), com o objetivo de os resumir, identificando o título do artigo, autor, ano, características metodológicas, objetivos, resultados e conclusões, limitações e recomendações futuras.

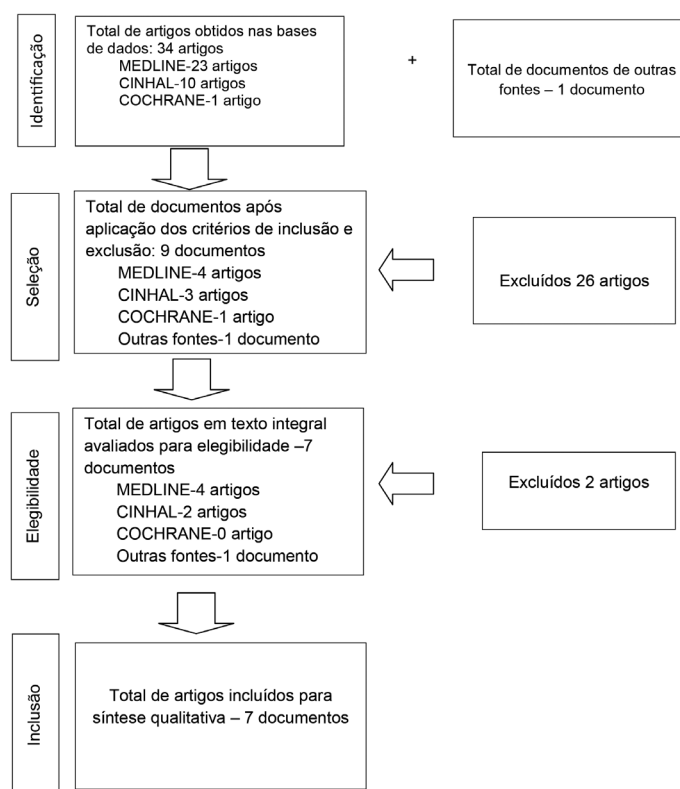


Figura 1. Obtenção de estudos finais.

Os resultados finais e a caracterização dos documentos obtidos através da pesquisa, encontram-se na Tabela 2. Os resultados obtidos apontam para que as escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS) e *Behavioral Pain Assessment Scale* (BPAS) e *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) são as mais adequadas para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos (Marques, 2009; Paulus et al., 2013). As escalas e NVPS demonstraram valores de confiabilidade razoáveis, sendo que a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale* (FLACC) foi considerada como tendo critérios de validade também razoáveis; contudo, foram ambas consideradas como tendo uma utilidade limitada em adultos (Odhner, Wegman, Freeland,

Steinmetz, & Ingersoll, 2003). Tendo em conta estes resultados e o facto de a BPS só dever ser utilizada em doentes ventilados, considera-se que em alguns doentes críticos não ventilados e com alterações de consciência e de comunicação, a monitorização da dor está muito comprometida, existindo em simultâneo uma ausência de indicadores de qualidade, no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico com dor. No que diz respeito ao que a evidência refere como indicadores de dor, foram citados a variação do diâmetro pupilar, a elevação de 1 valor no *score* da BPS, bem como a assincronia do ventilador (Paulus et al., 2013), a inquietude e os movimentos do corpo (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012) e a expressão

facial (Arif-Rahu & Grap, 2010; Haslam et al., 2012; Odhner et al., 2003). Embora Arif-Rahu e Grap, (2010) refiram que existe alguma inconsistência na definição dos descritores da expressão facial, referem também que dados obtidos pelo *Facial Action Coding System*, permitem aceder a evidência empírica que aponta para o uso da expressão facial com precisão nos instrumentos de monitorização da dor. Pode ainda referir-se a importância de produzir evidência sobre a eficácia das intervenções não farmacológicas, para que estas sejam utilizadas em simultâneo com as farmacológicas para potenciar resultados com mais segurança e menos gastos (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2013); a administração de bólus de analgesia antes da aspiração endo-traqueal (Paulus et al., 2013); a importância da gestão da dor, em simultâneo com a gestão da sedação e *delirium*, dando prioridade à avaliação e monitorização da

dor, antes do uso de sedativos e hipnóticos e a necessidade de registo das intervenções realizadas no âmbito da gestão da dor, para que se possa garantir a continuidade de cuidados neste âmbito (Haslam et al., 2012). A avaliação sistemática da dor e o seu tratamento reduzem a duração do tempo de ventilação mecânica e internamento (Haslam et al., 2012; Marques, 2009; Paulus et al., 2013). O facto de não ter sido realizada a avaliação da qualidade dos artigos pode considerar-se como uma limitação, bem como a pesquisa realizada relativamente à literatura cinzenta que poderia ter sido mais alargada. Tendo em consideração que a dor é um sinal sempre presente nos doentes em UCI, o conhecimento das escalas e indicadores de dor mais adequados, podem contribuir para uma prática de melhor qualidade e baseada em evidência.

Tabela 2  
*Caracterização dos documentos*

Título/Autor/ Ano	Características metodológicas	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações/recomendações
O fenómeno da dor numa unidade de cuidados intensivos (Marques, 2009)	Tese de mestrado -Estudo metodológico, exploratório e descritivo	Certificar a validação de instrumentos de avaliação da dor, que permitam melhor cuidar do doente de cuidados intensivos.	A dor é um fenómeno complexo, frequente e relevante; manifesta-se através de indicadores fisiológicos e comportamentais, traduzidos em instrumentos, que devem ser utilizados de forma sistemática, de forma a detetar e monitorizar a dor. <i>As Behavioral Pain Scale (BPS) e Behavioral Pain Assessment Scale (BPAS) e Critical Care Pain Observation tool (CPOT) são adequadas para avaliação da dor nos doentes em UCI; As escalas BPS e Behavioral e BPAS apresentam índices significativos de fidelidade, validade e sensibilidade, para doentes sedados e mecanicamente ventilados.</i> O estudo relativo à incidência e variabilidade da dor revela que: a dor é um fenómeno incidente nas UCI e aumenta significativamente durante os procedimentos, mesmo em doentes sedados e analgesiados; as manifestações de dor contribuem para o aparecimento de complicações, maior tempo de internamento, mais complicações pós alta, o que exige a necessidade de melhorar a sua deteção, avaliação e monitorização.	Limitações: A análise das características psicométricas não foi realizada para a escala CPOT por falta de tempo e por indisponibilidade dos serviços na aplicação de três escalas A CPOT não tem o processo de validação para português concluído.

<p><i>Pain may be inevitable; inadequate management is not</i> (Skrobik, 2008)</p>	<p>Artigo de revisão de literatura</p>	<p>Sensibilizar os profissionais de saúde para avaliação e gestão da dor em cuidados intensivos</p>	<p>Os doentes referem mais dor, nos posicionamentos e/ou aspiração de secreções. Administrar terapêutica profilática, antes de procedimentos dolorosos não é uma rotina dos enfermeiros das UCI's. É durante o repouso que a avaliação da dor mais é mais frequente. Existe uma grande variabilidade na percepção da dor e na resposta à analgesia.</p> <p>Os sedativos e o <i>delirium</i> dificultam a verbalização da dor pelo próprio. É importante tratar primeiro a dor, depois titular a sedação, evitando que seja excessiva e só depois o avaliar a existência do <i>delirium</i> (que pode ser confundido com presença de dor ou sedação insuficiente).</p> <p>Existe falta de registos relativos à avaliação e tratamento da dor. Recomenda-se a monitorização da dor e avaliação da efetividade/titulação da analgesia. O tratamento adequado deve ser assegurado pela implementação de protocolos.</p> <p>O uso de paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), em simultâneo com os opiáceos, reduz as necessidades de grandes doses dos primeiros, embora os seus efeitos secundários na PSC não estejam bem descritos. A evidência sobre o benefício das intervenções não farmacológicas em doentes de cuidados intensivos é escassa.</p>	<p>Importância de desenvolver evidência científica sobre eficácia das intervenções não farmacológicas no doente crítico, existindo poucos estudos neste âmbito.</p>
<p><i>Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients</i> (Paulus et al., 2013)</p>	<p>Estudo quantitativo – estudo prospetivo, realizado numa UCI cirúrgica de um hospital em França, com 34 doentes com idades entre os 18 e os 85 anos, sedados e sob ventilação mecânica, com grau de dor igual ou superior a 3, segundo <i>BPS</i>.</p>	<p>Avaliar o reflexo pupilar durante a estimulação tetânica, enquanto indicador de uma analgesia insuficiente, antes da estimulação nociceptiva, numa UCI</p>	<p>Em doentes sedados, a variação do diâmetro pupilar, pode ser indicadora da qualidade da analgesia. Uma variação do diâmetro pupilar igual ou superior a 5%, durante uma estimulação tetânica de 20 mA, é altamente indicadora de uma analgesia insuficiente para a aspiração endo-traqueal. Devem ser administrados bólus de analgesia antes da aspiração endo-traqueal. A analgesia insuficiente caracteriza-se por um aumento de 1 valor, no <i>score</i> da <i>BPS</i>. A inconsistência da avaliação sistemática da dor em UCI justifica o uso de doses baixas ou elevadas de analgésicos e hipnóticos com impacto nos <i>outcomes</i> do doente. A dor aguda pode levar a assincronia com o ventilador, aumento de lesões cerebrais e síndrome da insuficiência respiratória aguda (SIRA), desconforto, períodos de ventilação prolongada, confusão, maiores tempos de internamento, maior mortalidade, alterações metabólicas, maior risco de dor crónica. A <i>BPS</i> é uma escala útil para avaliar e monitorizar a dor em doentes incapazes de verbalizar a sua intensidade, quer por sedação, quer por outro fator</p>	<p>Limitações: foram medidas as variações do diâmetro pupilar e não o seu valor absoluto, que pode ser afetado por inúmeras variáveis (ruído, luz, elevada sedação, outras drogas, lesões por traumatismo cranioencefálico (TCE), entre outras). Mais estudos devem ser feitos para validar o diâmetro pupilar enquanto guia para administração de analgesia em doentes sedados em UCI.</p>
<p><i>Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management</i> (Gélinas et al., 2013)</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo, através da realização de uma entrevista semi-estruturada a seis doentes/familiares com experiência de internamento anterior em UCI e a enfermeiros de UCI.</p>	<p>Descrever as perspetivas do doente/famílias e enfermeiros sobre a utilidade, relevância e fiabilidade das intervenções não farmacológicas da dor, para uma gestão eficaz da mesma, numa UCI.</p>	<p>Das 33 intervenções não farmacológicas discutidas, as consideradas mais úteis, relevantes e fiáveis são: musicoterapia, distração, massagem simples, facilitar a presença de familiares. Os enfermeiros valorizam mais os posicionamentos e as intervenções dirigidas ao ensino, os doentes/familiares valorizam mais a escuta ativa e orientação para a realidade.</p> <p>Recomenda-se que nas UCI's os enfermeiros giram a dor através de intervenções não farmacológicas simultaneamente com as farmacológicas.</p>	<p>Limitações: amostra pequena;</p>

<p><i>Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report</i> (Haslam et al., 2012)</p>	<p>Método misto, retrospectivo.</p>	<p>Analisar os descritores/ indicadores de dor utilizados em dois UCI's no Canadá, para documentar a presença de dor.</p>	<p>Extraídos 679 descritores – 232 comportamentais, 93 fisiológicos e 117 que indicam presença/ausência de dor. Dados obtidos descrevem administração de analgesia sem avaliação/presença de indicadores e analgesia antes de procedimentos dolorosos. Inquietude, expressão facial contraída, movimentos do corpo, sugerem presença de dor. Dificuldade de distinguir comportamentos que resultam da dor, agitação ou <i>delirium</i>. Muitos enfermeiros interpretam os movimentos do corpo, a taquipneia e a desadaptação ventilatória, como sinais de sedação insuficiente e não como sinais de dor intensa. Estudos recentes sugerem a importância de realizar a gestão da dor, em simultâneo com a gestão da sedação e <i>delirium</i>, dando prioridade à avaliação e monitorização da dor, antes do uso de sedativos e hipnóticos. A avaliação sistemática da dor e o seu tratamento, reduzem o tempo de ventilação mecânica e de internamento.</p>	<p>Limitações: impossibilidade de analisar os significados do discurso, o que pode levar a diferentes interpretações. O contexto e a gravidade do doente pode influenciar o registo ou não da avaliação da dor. Este estudo diz respeito apenas a duas unidades, impossibilitando a generalização dos resultados obtidos. Sugestões: realização de mais estudos com o foco na tradução de instrumentos de monitorização da dor.</p>
<p><i>Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of science review</i> (Arif-Rahu e Grap, 2010)</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>Analisar a evidência relativa à relação entre a expressão facial e a avaliação da dor no doente crítico que não consegue comunicar.</p>	<p>Em UCI muitos fatores (presença do TOT, diminuição do nível de consciência, por sedação e /ou uso de bloqueadores neuromusculares) podem afetar a comunicação do doente, tornando a gestão da dor, um desafio. O alívio da dor requer uma avaliação sistemática, consistente e uma documentação de todo o processo de forma a garantir continuidade de cuidados. Não existe apenas um instrumento de monitorização da dor universalmente utilizado, mas um dos indicadores comuns a todos, é a expressão facial, embora exista inconsistência na definição dos descritores da expressão facial. O seu <i>score</i> deve ser baseado em dados objetivos. A maioria dos descritores faciais que identificam a dor, situam-se nas regiões superiores (olhos e sobrancelhas) e usam um <i>facial action coding system</i> para estudar as expressões nestas regiões, que é fiável para outras áreas, como o nariz e a boca. Dados obtidos pelo <i>facial action coding system</i>, permitem aceder a evidência empírica para o uso da expressão facial com precisão nos instrumentos de monitorização da dor.</p>	<p>Não relevante.</p>
<p><i>Assessing pain control in nonverbal critically ill adults</i> (Odhner et al., 2003)</p>	<p>Método qualitativo – estudo piloto</p>	<p>Analisar a adequação (validade e confiabilidade) das escalas <i>Adult nonverbal pain scale</i> (NVPS) e <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale</i> (FLACC) para monitorizar a dor em adultos, incapazes de comunicar, internados em UCI's.</p>	<p>Estudo realizado em UCI de queimados e trauma e foram utilizadas escalas FLACC e NVPS em doentes ventilados, incapazes de comunicar. Foram realizadas 200 monitorizações, em 59 doentes. Verificou-se que: FLACC e NVPS têm confiabilidade razoável; evidência razoável da validade de critérios, especialmente na FLACC; ausência de um indicador de comparação que confirme que, baixos ou altos <i>scores</i>, traduzem menos ou mais dor nos doentes; o componente do choro e consolabilidade na FLACC, apresentou uma baixa performance, significa que não deve ser utilizado em adultos; a eliminação destes dois componentes, de um total de 5, limita o uso desta escala em adultos; na NVPS, o componente relativo aos sinais vitais é comparável à componente do choro na FLACC, embora não possa ser removido por ter impacto no <i>score</i> total; o componente relativo aos parâmetros fisiológicos (características da pele) tem menos impacto no <i>score</i> total.</p>	<p>Limitações: Estudo com utilidade limitada no uso da destas escalas em adultos e identifica indicadores potenciais mais apropriados para os mesmos. Sugestões: realização de estudos em que a equipa de enfermagem esteja mais envolvida na colheita de dados, com doentes com maior variedade diagnóstica, que relacionem a avaliação da dor, com a administração de analgesia para avaliar a eficácia da medicação.</p>

## Conclusão

Esta RIL teve como objetivo conhecer as escalas adequadas e os indicadores a utilizar, na monitorização da dor da pessoa em situação crítica. Os resultados obtidos apontam que a chave para a

gestão da dor é avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada, mediante a deteção de indicadores como o diâmetro pupilar, a expressão facial, a desadaptação ventilatória, a inquietude e os movimentos do corpo. As escalas BPS, BPAS e CPOT são as mais adequadas para avaliação da dor

nos doentes de cuidados intensivos. A BPS é a escala mais utilizada. Contudo, nem todos os doentes impossibilitados de comunicar estão ventilados e a BPS só deve ser utilizada nesta situação. Como a CPOT pode ser aplicada em doentes ventilados e não ventilados, podemos dizer que, para investigações posteriores, é importante desenvolver estudos que possibilitem a sua utilização, nos vários contextos da prática clínica. A RIL elaborada também aponta para a necessidade de desenvolver evidência relativa à eficácia/efetividade das intervenções não farmacológicas da dor, que possa suportar a sua implementação, em simultâneo com a analgesia, de forma a potenciar o seu efeito, com menores doses de fármacos e como tal, menos efeitos secundários e custos financeiros. Por tudo isto, pode dizer-se que, com base nos dados obtidos, é possível melhorar os cuidados prestados ao doente crítico com dor, cujo impacto de repercute na pessoa como um todo, na sua estabilidade, eficácia do tratamento, traduzindo-se em menores custos para as instituições de saúde.

## Referências bibliográficas

- Arif-Rahu, M., & Grap, M. (2010). Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(6), 343–352. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.007
- Barreira, A., & Gomes, O. (2008). *Avaliação e registo da dor: Um imperativo em enfermagem*. Recuperado de [http://www.infinessources.ca/fer/depotdocuments/Avaliacao\\_da\\_dor-O\\_Gomes-mars2010.pdf](http://www.infinessources.ca/fer/depotdocuments/Avaliacao_da_dor-O_Gomes-mars2010.pdf)
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral de Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor* (Circular Normativa nº 9 CGDG, de 14/06/2013). Recuperado de <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia no doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Recuperado de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1082–1089. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Maria, A., Sallum, C., Garcia, D. M., & Sanches, M. (2010). Dor aguda e crônica: Revisão narrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(Esp.), 150–154. doi: 10.1590/S0103-21002012000800023
- Marques, M. (2009). *O fenómeno da dor numa unidade de cuidados intensivos* (Dissertação de mestrado não publicada). Recuperado de <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>
- Nürnberg Damström, D., Saboonchi, F., Sackey, P. V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379–386. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. (2003). Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6), 260-267. doi: 10.1097/00003465-200311000-00010
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Paulus, J., Roquilly, A., Belocil, H., Théraud, J., Asehnoune, K., & Lejus, C. (2013). Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients. *Critical Care*, 17(4), R161. doi: 10.1186/cc12840
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Recuperado de [http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao\\_DorAguda.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf)
- Skrobik, Y. (2008). Pain may be inevitable; Inadequate management is not. *Critical Care*, 12(2), 142. doi: 10.1186/cc6865
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta