

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA – IMIP**

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

**AVALIAÇÃO DA DOR NA UTI: ESTAMOS REALIZANDO
ESSE CUIDADO?**

**Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa Institucional de Bolsas
de Iniciação Científica referente ao
processo seletivo do edital PIBIC/
2017.**

Autora:

Gabriela Neves Lins de Albuquerque

Alunas colaboradoras:

Clarissa Ramos Lacerda de Melo

Lydia Maria Menezes de Albuquerque Germano

Orientadora:

Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

Recife

Agosto de 2017

DADOS DA ALUNA AUTORA:

1. Gabriela Neves Lins de Albuquerque

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 99290-3808

E-mail: gabrielalins05@gmail.com

DADOS DAS ALUNAS COLABORADORAS:

1. Clarissa Ramos Lacerda de Melo

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 99631-8521

E-mail: clarissalacerda1@gmail.com

2. Lydia Maria Menezes de Albuquerque Germano

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 99644-2626

E-mail: lydiamenezes09@gmail.com

DADOS DA ORIENTADORA:

1. Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

Médica anesthesiologista do IMIP e professora da pós-graduação do IMIP

Telefone: (81) 99419-7979

E-mail: orangeflavia@gmail.com

1. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP: Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista – Recife/PE – CEP: 52.050-300.

2. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS: Av. Jean Emile Favre, 422 – Imbiribeira – Recife/PE – CEP: 51.200-060.

RESUMO

Introdução: Pacientes graves frequentemente sentem dor durante seu internamento na UTI, decorrentes de sua condição clínica, procedimentos de rotina e tratamento. Sabe-se que a dor não tratada pode acarretar complicações fisiológicas e psicológicas, sendo um dos fatores determinantes de morbimortalidade em UTI. Contudo, esse sintoma continua sendo pouco avaliado e tratado pelos profissionais de saúde no cuidado intensivo, em parte devido à baixa adesão aos instrumentos de mensuração algica. **Objetivos:** Descrever a frequência de pacientes que apresentaram dor durante seu internamento em UTI Clínica e avaliar o conhecimento e utilização de instrumentos de mensuração desse sintoma por profissionais do mesmo setor. **Método:** Foi desenvolvido estudo de série de casos com 35 pacientes admitidos na UTI adulta de Clínica do IMIP (n=35). Aplicou-se aos pacientes ou seus representantes formulário contendo dados de identificação, clínicos e instrumentos de avaliação da funcionalidade prévia à admissão na UTI. Em seguida, foram aplicadas aos pacientes escalas de dor: EVA e BPS. Outro formulário foi aplicado aos profissionais do setor contendo perguntas sobre práticas de avaliação de dor. A análise foi realizada com o software Stata 12.1SE, adotando-se $p \leq 0,05$. **Resultados:** A frequência de pacientes com dor durante internamento foi de 11 indivíduos (31,42%). Todos os 16 profissionais de saúde conhecem o que é uma escala de dor, porém apenas 2 utilizavam esse instrumento, incluindo em pacientes sedados/intubados. **Conclusão:** Constatou-se frequência significativa de dor em pacientes na UTI Clínica do IMIP, a qual não estava sendo avaliada nem tratada pela ampla maioria dos profissionais.

Palavras chaves: dor, medição da dor, escalas de avaliação da dor, funcionalidade

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: Pacientes graves frequentemente sentem dor e desconforto durante seu internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), decorrentes de sua condição clínica e procedimentos de rotina e tratamento. Sabe-se que a dor não tratada pode acarretar complicações fisiológicas e psicológicas a curto e longo prazo, sendo um dos fatores determinantes de maior morbimortalidade em UTI. Contudo, esse sintoma continua sendo pouco avaliado e pouco tratado pelos profissionais de saúde na rotina do cuidado intensivo, em parte devido à baixa adesão por estes profissionais aos instrumentos de mensuração algica. **Objetivos:** Descrever a frequência de pacientes que apresentaram dor durante o período de internamento em UTI de Clínica Médica e avaliar o conhecimento e utilização de instrumentos de mensuração desse sintoma por profissionais do mesmo setor. **Método:** Foi desenvolvido estudo de série de casos descritivo com população de pacientes admitidos na UTI adulta de Clínica Geral do IMIP. Participaram da pesquisa pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos e com no mínimo 24 horas de internamento no setor, compondo uma amostra total de 35 participantes (n=35). As pesquisadoras aplicaram aos pacientes ou seus representantes formulário contendo dados de identificação e clínicos bem como instrumentos de avaliação da funcionalidade prévia à admissão na UTI. Em seguida, foram aplicadas aos pacientes as escalas de dor Escala Visual Analógica (EVA) e *Behavior Pain Scale* (BPS). Posteriormente, um segundo formulário foi aplicado aos profissionais, com no mínimo 3 meses de trabalho em UTI, envolvidos diretamente no cuidado dos pacientes contendo perguntas sobre práticas de avaliação de dor. A análise foi realizada com o software Stata 12.1SE. Foi adotado p com nível de significância de 5%. **Resultados:** A frequência de pacientes com dor durante internamento foi de 11 indivíduos (31,42%). Dos participantes avaliados com dor, 5 possuíam neoplasia, sendo a relação dor e neoplasia estatisticamente não significativa ($p>0,708$). Todos os 16 profissionais de saúde conhecem o que é uma escala de dor, no entanto apenas 2 utilizavam esse instrumento, incluindo em pacientes sedados/intubados. **Conclusão:** Conclui-se que apesar do estudo ser uma série de casos e a amostra não ter sido tão grande, ainda assim, podemos constatar que houve uma frequência significativa de dor em pacientes na UTI Clínica Adulto do IMIP, a qual não estava sendo avaliada nem tratada pela ampla maioria dos profissionais.

Palavras chaves: dor, medição da dor, escalas de avaliação da dor, funcionalidade

ABSTRACT

Background: Critically ill patients frequently experience pain during their intensive care unit stay due to their clinical condition, routine procedures and treatment. Untreated pain can result in psychological and physiological disorders, key factors to ICU morbimortality. However, this symptom continues to be poorly assessed and controlled by health professionals in the ICU, partly because of low adherence to pain assessment tools. **Objectives:** To describe the frequency of patients that presented pain during a clinical ICU stay and evaluate the knowledge and use of instruments to measure this symptom by professionals in this setting. **Methods:** A case series study was developed with 35 patients admitted to the IMIP clinical adult ICU (n = 35). Patients or their representatives were given a form containing identification data, clinical and functional evaluation instruments prior to admission to the ICU. Then, pain scales were applied to the patients: EVA and BPS. Another form was applied to professionals with questions about pain assessment practices. The analysis was performed with the Stata 12.1SE software, adopting $p \leq 0.05$. **Results:** The frequency of patients with pain during ICU stay was 11 individuals (31.42%). All 16 health professionals know what a pain scale is, but only 2 used it, including in sedated/intubated patients. **Conclusion:** There was a significant frequency of pain in patients in the IMIP clinical adult ICU, which was neither being evaluated nor treated by the vast majority of professionals.

Key words: pain, pain measurement, pain assessment scales, functionality

INTRODUÇÃO

Pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) frequentemente sentem dor e desconforto decorrentes de sua condição clínica e, principalmente, quando submetidos a procedimentos invasivos. Aproximadamente 50% dos indivíduos internados em UTIs relatam dor de moderada a severa, tanto no repouso quanto durante intervenções de rotina.^{1,2} Dor é conceituada segundo a Associação Internacional para Manejo da Dor (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual real e/ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Em outros termos, a dor é uma experiência multidimensional e subjetiva, que deve ser avaliada e tratada como tal.³

Sabe-se que a dor aguda não tratada nos pacientes críticos acarreta o aumento dos níveis de catecolaminas e hormônios estressores - causas de aumento da demanda de oxigênio, hipertensão arterial e diminuição da perfusão dos tecidos. Além disso, a ausência de controle algico na terapia intensiva pode implicar em complicações psicológicas e fisiológicas de curto e longo prazo tais quais agitação, distúrbios do sono e estresse pós-traumático. Da mesma maneira, o inadequado uso de analgésicos e sedação pode levar a efeitos adversos que incluem hipoventilação, hipomotilidade gastrointestinal, hemorragia gástrica e disfunção renal.^{1,4} Dessa forma, a falha no alívio da dor produz prolongadas taxas de estresse, que podem resultar em efeitos sistêmicos danosos e, portanto, prejudicar a recuperação e alta do paciente da UTI.⁵

Nesse contexto, numerosos estudos apontam que a avaliação e manejo algico inadequados têm sido fatores determinantes para maior morbimortalidade em UTI e contudo, apesar da elaboração de diretrizes de avaliação e controle da dor, esse sintoma continua sendo pouco avaliado e pouco tratado na rotina do cuidado intensivo.⁶ Relata-se

que quase 80% dos pacientes críticos sentem dor em diferentes níveis de intensidade durante seu internamento e a reportam como uma das principais fontes de estresse.⁵

Apesar da alta prevalência da dor, evidências apontam que menos de 50% dos profissionais intensivistas avaliam esse sintoma.⁷ Soma-se a essa deficiência o não uso de ferramentas padronizadas de mensuração algica, com variações amplas entre os profissionais em suas respostas à dor do paciente. Contrariamente, a instituição de protocolos de gerenciamento da dor e sedação contribui para mudanças na administração de medicamentos, uso de escalas de dor validadas e melhor registro e comunicação dos planos de manejo algico.⁸

Acreditando que os pacientes críticos possam estar sob importante risco de mau controle e prevenção da dor, o presente estudo teve como objetivo descrever a frequência de pacientes que apresentaram dor durante o período de internamento em UTI de Clínica Médica e avaliar o conhecimento e utilização de instrumentos de mensuração desse sintoma por profissionais do mesmo setor.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo série de casos no qual foram analisados pacientes admitidos na UTI Clínica Adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade de Recife, Pernambuco. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2016 a julho de 2017.

A coleta de dados foi iniciada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, sob o CAAE nº 56749416.1.0000.5569e protocolo nº 1.741.122. Foram incluídos apenas os pacientes que aceitaram participar do estudo ou cujo representante (acompanhante ou familiar) autorizou sua participação, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram da pesquisa pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos e com no mínimo 24 horas de internamento na UTI Clínica Adulto do IMIP, compondo uma amostra total de 35 participantes (n=35). Foram condições impeditivas de inclusão no estudo ausência de informante confiável, quer seja o paciente ou seu acompanhante, pacientes em pós-operatórios de cirurgias, pacientes sob bloqueio neuromuscular e pacientes com sequelas neurológicas impedindo a aplicação das escalas de dor.

O estudo analisou as seguintes variáveis: gênero, idade, estado civil, escolaridade, causa de admissão na UTI, doença oncológica e ciência do diagnóstico maligno, funcionalidade prévia, e prevalência de dor. O estado civil foi definido como a relação entre dois indivíduos, neste estudo, neste estudo, categorizado da seguinte maneira: pacientes casados ou em união estável; divorciados ou separados; solteiros ou viúvos. A escolaridade foi definida como o número de anos estudados e concluídos, dedicados à formação escolar e profissional, categorizada em 3 grupos: analfabetos, menos de 9 anos de estudo e com mais de 9 anos de estudo. A causa de admissão na UTI foi definida como

a condição clínica registrada em prontuário no ato da admissão do paciente no setor. A doença oncológica consistiu no diagnóstico histopatológico ou imunohistoquímico de neoplasia registrado em prontuário médico do paciente. A ciência do diagnóstico maligno consiste na resposta do paciente ou familiar (sem que se suscite o diagnóstico ao questioná-lo) quanto conhecimento do próprio paciente de que sofre da doença de base neoplásica.

A funcionalidade foi avaliada através de duas escalas validadas nacionalmente, cujo preenchimento se baseou em perguntas referentes à capacidade funcional prévia (15 dias) à admissão na UTI Clínica do IMIP. A *Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale* – ECOG, formulada por Zubrod e colaboradores em 1960⁷, avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escores que variam de zero a cinco pontos, permitindo classificar o paciente da seguinte forma: com o índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição), 1 (restrito para atividade física extenuante, porém capaz de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho), 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado, restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto). Por conveniência, os escores foram categorizados da seguinte maneira: totalmente ativo (0), boa performance (1 e 2) e baixa performance (3 e 4).⁹ Por sua vez, a Escala de *Palliative Performance* (PPS) contém perguntas referentes às seguintes características: deambulação, atividade ou evidência de doença, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência e subdivide-se em 11 níveis, de 0 a 100%, em aumentos seriados de 10%, sendo o 0% indivíduo morto e 100% o indivíduo independente e saudável.¹⁰

Para avaliação da dor, foi aplicada a Escala Visual Analógica (EVA) aos pacientes conscientes e orientados. Trata-se de uma escala com 10 pontos, em uma régua de 0 a 10 (0 corresponde a nenhuma dor e 10 uma dor insuportável), sendo o paciente solicitado a indicar o ponto referente a sua dor.¹¹ Nos pacientes inconscientes, sob sedação e/ou ventilação mecânica, foi utilizada a *Behavior Pain Scale* (BPS), na sua versão validada e traduzida para o português, que avalia três itens: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. Cada item é categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total mínima é 3 (sem dor) e máxima 12. Deve-se lembrar que aqueles não submetidos à ventilação mecânica são considerados bem adaptados à esta.⁷ Por fim, as variáveis de caracterização da amostra consistiram nas comorbidades, definidas por doenças crônicas registradas no prontuário do paciente, com uso de medicamentos de uso contínuo para seu controle e/ou prevenção de suas complicações.

Uma vez por semana durante o período de coleta de dados, as pesquisadoras abordaram os pacientes (quando capazes de se comunicar) ou seus acompanhantes, convidando-os a participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE. Em seguida, foi aplicado um formulário referente ao paciente com dados sociodemográficos e clínicos – escores obtidos da aplicação das escalas supracitadas de mensuração da funcionalidade PPS e ECOG e de avaliação algica EVA e BPS, além da razão de admissão na UTI, eventos associados e doenças crônicas concomitantes. Por fim, os formulários foram complementados com dados do prontuário de cada leito.

A coleta de dados também consistiu na aplicação de formulário à equipe multiprofissional da UTI, sendo elegíveis os profissionais com no mínimo 3 meses de prática em cuidado intensivo e em contato direto com o paciente. Os formulários

continham perguntas de identificação (incluindo profissão, especialidade, tempo de formação profissional e tempo que trabalha no setor) e perguntas acerca do conhecimento e aplicação de instrumentos avaliativos da dor - se sabe o que é uma escala de dor, se conhece alguma, se usa a expressão facial, sinais vitais e/ou relato do paciente como parâmetros de mensuração algica, se aplica alguma escala para avaliar dor nos pacientes conscientes e naqueles sedados e intubados no setor, se considera a escala efetiva, se sugere alguma escala mais efetiva que a utilizada, se concorda com a padronização do atendimento mediante instituição de um protocolo de manejo da dor nesta UTI, quantos dos pacientes sob cuidado estão com dor, se estes estão recebendo analgesia e se está surtindo efeito e, por fim, se considera que um paciente sedado é um paciente sem dor.

A análise foi realizada com o software utilizado o Stata 12.1SE (College Station, Texas 77845 USA). Na análise descritiva foi utilizado frequências e proporções para representar as principais variáveis. Para a variável idade, foi realizado o teste de Shapiro-Wilks para testar normalidade e, neste caso, utilizado a mediana e o respectivo desvio padrão como medida de tendência central.

Foram construídas tabelas de contingência do tipo 2x2 para as variáveis categóricas: ECOG, neoplasia e dor, utilizaram-se o teste exato de Fisher (um dos valores esperados menor que cinco). Foi calculada a razão de prevalência (RP) como medida do risco de acordo com a ocorrência ou não de dor, bem como o seu intervalo de confiança a 95%. À categoria de referência (ocorrência de dor) foi atribuído o risco padrão de 1,0. Consideramos o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Um total de 35 pacientes foram incluídos no estudo tendo seus dados registrados em formulário contendo informações sociodemográficas, mostrados na tabela 1, e clínicas na tabela 2.

Os dados na tabela demonstram que a idade variou entre 43 a 74 anos (p25-75), com valor de mediana correspondente a 61 anos. Além disso, a maioria dos pacientes apresentavam mais de 9 anos de estudo e apenas 2 eram analfabetos.

A tabela 2 apresenta as características clínicas das quais se infere que as principais causas de admissão na UTI foram sepse/choque e causas pulmonares. Os dados ainda apontam que apenas 2 pacientes do total da amostra não apresentavam comorbidades associadas. Quanto à presença de doença neoplásica, 13 participantes eram portadores e destes, apenas 8 tinham ciência do diagnóstico maligno.

Os dados da Tabela 3 demonstram que a frequência de pacientes com dor durante internamento foi de 11 indivíduos (31,42%), dentre os quais 3 eram totalmente ativos, 3 foram agrupados em boa performance e 5 apresentaram baixa performance previamente à admissão na UTI segundo a escala de funcionalidade ECOG ($p>0,344$). Dos participantes avaliados com dor, 5 possuíam neoplasia, sendo a relação dor e neoplasia estatisticamente não significativa ($p>0,708$).

No que se refere aos 16 profissionais incluídos na pesquisa, foram coletados dados sociodemográficos, os quais estão expostos na Tabela 4.

Foi aplicado um questionário com o intuito de avaliar o conhecimento destes participantes sobre a avaliação da dor em UTI, os resultados foram obtidos e retratados na Tabela 5.

Vale ressaltar que todos os 16 profissionais de saúde abordados tinham conhecimento sobre o que é uma escala de dor, no entanto apenas 2 utilizavam alguma

escala para mensuração da dor na UTI, incluindo em pacientes sedados/intubados. Além disso, 3 dos participantes disseram considerar a sedação como ausência de dor.

Por fim, verificou-se que 100% dos profissionais consideraram importante a instituição um protocolo de manejo da dor na UTI.

DISCUSSÃO

O presente estudo revela que dentre 35 pacientes admitidos na UTI adulto do IMIP do período de Setembro de 2016 a Maio de 2017, 11 pacientes (31,4%) apresentaram dor durante seu internamento. Os resultados também apontam que todos os 16 profissionais do setor entrevistados sabem o que é uma escala de dor, mas apenas 2 utilizam tais instrumentos para avaliar a dor em pacientes críticos.

A permanência na UTI, embora potencialmente salvar vidas, pode causar desconforto considerável aos pacientes. No entanto, a avaliação retrospectiva do desconforto, e entre eles de dor, é difícil de mensurar, porque a análise de eventos estressantes pode ser prejudicada pela sedação e doença grave durante a internação.¹² O presente estudo se propôs a fazer um relato de uma série de casos para avaliar a prevalência de dor usando escalas adequadas, inclusive para pacientes sedados, com a perspectiva de dirimir possível viés relacionados à sedação.

A prevalência de dor é concordante com alguns estudos da literatura.¹³ Um estudo realizado ainda na década de 90 já estava preocupado com a ocorrência deste evento e encontrou que quase 50% dos pacientes relataram dor.¹⁴ Destes, cerca de 15% relataram dor extremamente grave ou dor moderadamente grave ocorrendo pelo menos metade do tempo, e quase 15% dos pacientes com dor estavam insatisfeitos com seu controle. Após ajuste para variáveis de confusão, pacientes mais velhos e doentes relataram menos dor, enquanto os pacientes com mais dependências em atividades da vida diária, mais comorbidades, mais depressão, mais ansiedade e má qualidade de vida relataram mais dor.

Muito se discute sobre as possíveis causas de dor na UTI, e muito frequentemente esta dor é subdiagnosticada pela sedação. Os procedimentos invasivos repetidos ocorrem rotineiramente em pacientes que necessitam de cuidados intensivos, causando dor em um

momento em crítico. Na UTI, a dor pode resultar de várias fontes, incluindo incisões cirúrgicas, lesões traumáticas, infecções ocultas, imobilidade e procedimentos rotineiros da UTI, como até mesmo a mobilização.¹⁵ É importante entender que a dor precisa ser diagnosticada e tratada corretamente, pois as evidências sugerem que a exposição repetida e prolongada à dor altera o processamento subsequente da dor, o desenvolvimento a longo prazo e o comportamento, causando danos fisiológicos e psicológicos muito importantes. É essencial, portanto, prevenir ou tratar dor de forma agressiva e eficaz.

Todavia, antes de se instituir um tratamento adequado deve-se avaliar adequadamente o estado algico, e portanto, é imprescindível o conhecimento e uso adequado de escalas de avaliação da dor, como a EVA para pacientes conscientes e capazes de cooperar, e a BPS para pacientes em ventilação mecânica pode ser essencial para o sucesso da avaliação. Neste estudo utilizamos estas escala, o que nos permitiu achar com relativa precisão a prevalência da dor neste grupo piloto. Entretanto, ao se questionar aos profissionais se eles faziam uso de alguma escala apenas dois conheciam e a utilizavam com frequência.

O BPS é uma escala validada para pacientes criticamente doentes, sedados e ventilados mecanicamente^{16,17} e é baseado na soma de três subescalas: expressão facial, movimentos dos membros superiores e cumprimento da ventilação mecânica. Cada subescala é pontuada de 1 (sem resposta) para 4 (resposta total). Portanto, os escores BPS variam de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima). O VAS, por sua vez, é uma régua de 100 mm com um cursor móvel, onde do lado esquerdo é escrito 'sem dor' e no lado direito é escrito 'pior dor possível'.

Estas escalas apesar de fácil aplicação, necessita de treinamento específico para a equipe de enfermagem, o que não realizado de rotina nas UTIs. Na verdade, apesar da existência de escalas para quantificar a dor em pacientes que se comunicam e pacientes

sedados, estas práticas clínicas raramente são aplicadas. Pesquisas estudaram principalmente taxas de avaliação da sedação (consciência) e uso sedativo. O estudo DOLOREA, estudo multicêntrico, descreveu as práticas atuais em analgesia e sedação para 1.381 pacientes ventilados mecanicamente durante a primeira semana na UTI, e encontraram que apenas 42% dos pacientes receberam avaliações de dor no dia em UTI, embora 90% dos pacientes tenham recebido concomitantemente opióides.¹⁸

Apesar da existência desta escalas e de não serem de difícil aplicação, a avaliação e o tratamento da dor em pacientes críticos são processos altamente complexos, e possivelmente a solução recaia sobre o uso de uma abordagem padronizada e sistemática para avaliação e tratamento da dor por profissionais de saúde. Um estudo realizado em 2011 em na UTI destacam áreas específicas para melhoria na comunicação entre enfermeiros e pacientes que não falam na unidade de terapia intensiva, particularmente na comunicação sobre dor e no uso de estratégias de comunicação assistiva e materiais de comunicação. Reforçando o que encontramos no nosso estudo, onde a avaliação de dor ainda necessita de estratégias para melhorar e estimular sua avaliação.¹⁹

Um achado que merece uma discussão é o fato de pacientes oncológicos (37,14%), admitidos na UTI Clínica do IMIP, reportaram menos dor do que os outros internados. Isso possivelmente possa estar relacionado com a maior permissividade ao uso de opióides em pacientes nesta população, como administração minuciosa de fármacos e cuidados específicos relacionados à doença.

Este estudo teve algumas limitações. Primeiramente trata-se de um estudo de série de casos, sem um grupo controle para avaliação. Outra limitação é que coletamos resultados de dor de pacientes em repouso e sem estímulos dolorosos. No projeto de estudo ideal em que diferentes sistemas de pontuação de dor na UTI são comparados, os escores de dor deveriam ser avaliados na ausência e presença de um estímulo doloroso

inevitável, para poder estudar a sensibilidade a mudança para cada escala de dor. Em estudos posteriores, portanto, os escores de dor basais devem ser obtidos junto com pontuação de dor durante a intervenção para avaliar e julgar a prevalência de dor em diferentes situações (por exemplo, em repouso e durante intervenções dolorosas).

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que, apesar do estudo ser uma série de casos e a amostra não ter sido tão grande, ainda assim, podemos constatar que houve uma frequência significativa de dor em pacientes na UTI Clínica Adulto do IMIP, os quais não estavam sendo avaliados nem tratados pela ampla maioria dos profissionais.

Desta forma, seria ideal a criação de um protocolo de manejo de dor em UTI, conforme sugerido pelos profissionais, o qual poderia ser instituído nas UTIs do IMIP.

O presente estudo, apesar do limitado número de participantes, levanta a necessidade de desenvolvimento de novos estudos em maior escala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. Rijkenberg, RN, W. Stilma, H. Endeman, R.J. Bosman, Oudemans-van Straaten. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care*. 2015; 30: 167-172
2. Gélinas, Celina. Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016; 34: 1-11
3. Bonica JJ. The need of a taxonomy. *Pain* 1979;6(3):247-8
4. Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(1):32–9.
5. Adam VN, Matolíc M, Ilíc MK, Grizelj-Stojcic E, Smiljanic A, Skok I. Pain management in critically ill patients. *Periodicum Biologorum*. 2015;117(2):225-230.
6. Management P. *Observational Pain Scales*. 2013;33(3).
7. Morete MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the behavioral pain scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):373–8.
8. Larson GE, Arnup SJ, Clifford M, Evans J. How does the introduction of a pain and sedation management guideline in the paediatric intensive care impact on clinical practice? A comparison of audits pre and post guideline introduction. *Austin Critical Care*. 2014; 27(2):69.
9. Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide, *J Chron Dis* 1960;11:7-33.
10. Maciel MGS, Carvalho RT. *Paliative Performance Scale – PPS Versão 2 – Tradução Brasileira para a Língua Portuguesa*. São Paulo, 2009.

11. Ahlers SJGM, Van Der Veen AM, Van Dijk M, Tibboel D, Knibbe CAJ. The use of the behavioral pain scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg*. 2010;110 (1):127–33
12. Rotondi A, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahue M, Pinsky Mr: Patients' recollection of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2002, 30: 746-752.
13. Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Craine MH, Snow AL. Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *J Rehabil Res Dev*. 2007; 44(2): 315-30.
14. Desbiens, Norman A. ; Wu, Albert W. ; Broste, Steven K. ; Wenger, Neil S. ; Connors, Alfred F. Jr.; Lynn, Joanne; et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: *Critical Care Medicine* 1996, 24 (12): 1953-1961
15. Payen, Jean-Francois; Bru, Olivier; Bosson, Jean-Luc; Lagrasta, Anna; Novel, Eric; Deschaux, Isabelle; et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine* 2001, 29 (12): 2258-2263
16. Aissaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005, 101: 1470-1476.
17. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med* 2001, 29: 2258-2263.
18. Jean-Francois Payen; Jean-Luc Bosson; Gérald Chanques; Jean Mantz; José Labarere. Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Post Hoc Analysis of the DOLOREA Study. *Anesthesiology* 2009, 111 (12): 1308-1316.

19. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, et al. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American journal of critical care : an official publication. American Association of Critical-Care Nurses.* 2011, 20 (2): 28-40.

TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes.

Características		
Gênero (N/%)		
Masculino	16	45,71
Feminino	19	54,29
Idade (Mediana/p25-75)		
	61	43-74
Estado Civil (N/%)		
Casado/União Estável	17	48,57
Divorciado/Separado	1	2,86
Solteiro/Viúvo	5	14,29
Grau de Escolaridade (N/%)		
Analfabeto	2	5,71
<9 anos de estudo	5	14,29
>9anos de estudo	13	37,14

Tabela 2 – Características clínicas dos participantes.

Características	N	%
Causa de Admissão na UTI		
Causas cardíacas	3	8,57
Causas renais	1	2,86
Causas pulmonares	9	25,71
Causas cerebrais	2	5,71
Sepse/choque	9	25,71
Causas do TGI	2	5,71
Distúrbios hidroeletrólíticos	1	2,86
Causas hepáticas	3	8,57
Distúrbios autoimunes	1	2,86
Câncer	2	5,71
Causas vasculares	1	2,86
Causas ginecológicas	1	2,86
Neoplasia		
Sim	13	37,14
Não	22	62,68
Ciência da Neoplasia		
Sim	8	22,86
Não	1	2,86
Sem informação	4	11,43
Não se aplica	22	62,86
Comorbidades		
Sim	32	91,43
Não	2	5,71
Sem informação	1	2,86

Tabela 3 – Frequência de dor nos pacientes de acordo com a funcionalidade e presença de neoplasia.

Características	Dor		RP (IC 95%)	Valor de p*
	N	%		
ECOG				
Totalmente ativo (score: 0)	3	20,00	NC**	0,344
Boa performance (scores: 1/2)	3	30,00		
Baixa performance (scores: 3/4)	5	50,00		
Neoplasia				
Sim	5	45,45	1.41(0.53-3.7)	0,708
Não	6	54,54		

(*) Teste Exato de Fisher (**) Não Calculável

Tabela 4 – Características sociodemográficas dos profissionais

Características	N	%
Gênero		
Masculino	5	31,25
Feminino	11	68,75
Profissão		
Médico	5	31,25
Enfermeiro	2	12,50
Técnico de Enfermagem	6	37,50
Fisioterapeuta	3	18,75
Especialidade		
Clínica Médica	2	12,50
Fisioterapia Respiratória	1	6,25
UTI/Intensivista	4	25,00
Residência em Clínica Médica	1	3,25
Tempo de Formação Profissional		
< 5 anos	10	62,50
> 5 anos	6	37,50
Tempo no Setor		
<36 meses	11	68,75
>36 meses	5	31,25

Tabela 5 – Conhecimentos dos profissionais em relação à avaliação da dor.

Características	N	%
Você sabe o que é uma escala de dor?		
Sim	16	100
Não	0	0
Conhece alguma escala de dor?		
Sim	15	93,75
Não	1	6,25
Sem contar com o uso de escalas, utiliza alguma das seguintes práticas para avaliar a dor?		
Expressão facial	15	93,75
Sinais vitais	13	81,25
Relato do paciente	15	93,75
Você considera que o paciente sedado é um paciente sem dor?		
Sim	3	18,75
Não	13	81,25
Você aplica alguma escala para avaliar dor nesta UTI?		
Sim	2	12,50
Não	14	87,50
Considera que a escala utilizada é efetiva na mensuração da dor nos pacientes internados?		
Sim	2	12,50
Não	0	0
Não se aplica	14	87,50
Você usa alguma escala para avaliar dor em pacientes sedados/intubados?		
Sim	2	12,50
Não	14	87,50
Você sugere alguma escala que julgue ser mais efetiva que a utilizada?		
Sim	0	0
Não	2	12,50
Não se aplica	14	87,50
Considera que deveria ser instituído nessa UTI um protocolo de manejo da dor?		
Sim	16	100
Não	0	0
Dos pacientes sob seu cuidado, quantos estão com dor no momento?		
Nenhum	9	56,25
1 a 2 pacientes	6	37,50
3 a 5 pacientes	0	0
6 a 8 pacientes	1	6,25
Os pacientes com dor, estão recebendo analgesia?		
Sim	5	31,25
Não	2	12,50
Essa analgesia está surtindo efeito?		
Sim	2	12,50
Não	3	18,75