

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

Carolina Duarte da Silva

**Avaliação da dor em pacientes sedados e intubados no centro de terapia  
intensiva adulto: Implantação da escala Behavioral Pain Scale (BPS)**

Porto Alegre  
2018

**Carolina Duarte da Silva**

**Avaliação da dor em pacientes sedados e intubados no centro de terapia  
intensiva adulto: Implantação da escala Behavioral Pain Scale (BPS)**

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências e Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Emiliane Nogueira de Souza

Co-orientadora: Dra. Gabriela Peretti Wagner

Porto Alegre

2018

### Catlogação na Publicação

Silva, Carolina Duarte da

Avaliação da dor em pacientes sedados e intubados no centro de terapia intensiva Adulto: implantação da escala Behavioral Pain Scale / Carolina Duarte da Silva. -2018.

49 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Orientador(a): Profª Drª Emiliane Nogueira de Souza ;  
coorientador(a): Profª Drª Gabriela Peretti Wagner.

1. Dor. 2. Medição de dor. 3. Unidade de terapia intensiva. I. Título.

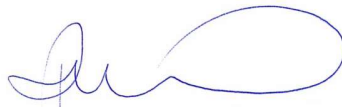
Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

Carolina Duarte

**Avaliação da dor em pacientes sedados e intubados no centro de terapia  
intensiva adulto: Implantação da escala Behavioral Pain Scale (BPS)**

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de  
Porto Alegre.  
Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 30 de julho de 2018



---

Dra Rúbia Natasha Maestri  
Hospital Moinhos de Vento



---

Dra Karin Viegas  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



---

Dra Carine Blatt  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

## RESUMO

**Introdução:** Pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva - Adulto (CTI-A) podem ter dificuldades de expressar a sua dor. A avaliação, registro e manejo da dor de pacientes sob efeito de sedativos e dependentes de ventilação mecânica, em um CTI-A é considerado complexo, pela subjetividade do fenômeno e características dos pacientes. **Objetivos:** Implantar a escala da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), para a avaliação da dor em pacientes internados em um CTI-A sedados e intubados. **Desenvolvimento:** Intervenção para a qual se utilizou a ferramenta PDSA (Plan-Do-Study-Act), realizada no CTI-A de um hospital geral na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi realizada a avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem sobre a verificação da dor em pacientes sedados e intubados; após foi realizada a capacitação da equipe para a utilização do instrumento. Após o período de implantação, realizou-se uma análise dos registros da equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes avaliados com o instrumento, sendo realizada nova capacitação da equipe. O material para a capacitação foi elaborado pela pesquisadora com base na revisão de literatura. As sessões de capacitação foram realizadas em turnos inversos ao trabalho da equipe assistencial. A etapa de implantação ocorreu um mês após a finalização da capacitação e contou com colaboradores membros do Grupo da Dor, os quais foram facilitadores do processo, e que, diante das dúvidas e dificuldades na avaliação da dor por meio da escala BPS, realizavam novas orientações. Foram elaborados e distribuídos cartões de consulta rápida para os colaboradores, contendo a escala BPS para o momento da avaliação da dor à beira leito. Foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão para ser disponibilizado no setor. Após três meses de implantação, foram avaliados os prontuários a fim de se verificar a qualidade dos registros e novas orientações à equipe assistencial de enfermagem foram realizadas. **Implicações práticas:** Uma nova prática assistencial na UTI-A foi instituída por meio da implantação de um instrumento de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados, possibilitando à equipe de enfermagem uma avaliação precisa deste sinal vital, o que desencadeia condutas com o objetivo de proporcionar o alívio da dor e conforto aos pacientes,

gerando uma assistência qualificada. A ferramenta do ciclo PDSA se mostrou útil e de fácil aplicabilidade para melhorias nos processos de trabalho da enfermagem.

**Produtos:** Implantação do processo de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados na UTI; o material didático para capacitação da equipe foi disponibilizado para o Programa de Educação Continuada da instituição; cartão de avaliação da dor à beira leito com a escala BPS; Procedimento Operacional Padrão (POP) para a instituição; capítulo para o livro *Assistência de Enfermagem ao Paciente Neurológico*, denominado *Dor no paciente neurológico* a ser publicado pela Editora Moriá (in press).

**Descritores:** Dor; Medição de dor; Unidades de terapia intensiva; Ventilação mecânica; Sedação.

## ABSTRACT

### **Pain assessment in sedated and intubated patients in the adult Intensive Care Center: Implantation of the Behavioral Pain Scale (BPS)**

**Introduction:** Patients admitted to the adult Intensive Care Center (ICU-A) may have difficulties expressing their pain. The assessment, recording and management of patients' pain under sedation and dependent on mechanical ventilation in an ICU-A is considered complex due to the subjectivity of the phenomenon and the characteristics of the patients. **Aim:** To implement the Behavioral Pain Scale (BPS) for the evaluation of pain in hospitalized patients in a sedated and intubated ICU-A. **Development:** Intervention for which the PDSA (Plan-Do-Study-Act) tool was used, carried out in the CTI-A of a general hospital in the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The evaluation of the knowledge of the nursing team of the verification of pain in sedated and intubated patients was carried out; then the team was trained to use the instrument. After the implantation period, an analysis of the records of the nursing team on the patients' charts was carried out, and the team was re-trained. The training material was elaborated by the researcher based on the literature review. The training sessions were held in the reverse order of the shifts of the care team. The implantation stage took place one month after the end of the training and had collaborators who were members of the Pain Group, who were facilitators of the process, and who, faced with the doubts and difficulties of the evaluation of pain on the BPS scale, made new recommendations. Employee briefing cards, containing the BPS scale for the evaluation of bedside pain, were prepared and distributed. A Standard Operating Procedure has been developed to be made available to the industry. After three months of implantation, the records were evaluated in order to verify their quality, and new guidelines for the nursing care team were made. **Practical implications:** A new care practice in the ICU-A was instituted through the implantation of an instrument for the evaluation of pain in sedated and intubated patients, allowing the nursing team to make an accurate evaluation of this vital signal, which triggers conducts with the aim of providing pain relief and comfort

to patients, generating qualified care. The PDSA cycle tool proved to be useful and easy to apply for improvements in nursing work processes. **Products:** Implantation of the process of the evaluation of pain in sedated and intubated patients in the ICU; the didactic material for training of the team was made available to the institution's Continuing Education Program; cardiac evaluation of bedside pain on the BPS scale; Standard Operating Procedure (SOP) for the institution; chapter for the book *Nursing Support for the Neurological Patient* (ISBN 9788599238387), by Moriá Publishing House.

**Descriptors:** Pain; Pain measurement; Intensive care unit; Artificial respiration.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	24
Tabela 2 - Sinais clínicos considerados para a avaliação da dor em pacientes se dados e intubados.....	26
Tabela 3 - Avaliação do gerenciamento da dor.....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTI-A	Centro de Terapia Intensiva Adulto
BPS	Behavioral Pain Scale
PDSA	Plan Do study Act
EVA	Escala Visual Analógica
CPOT	Critical Care Pain Observation Toll
RASS	Escala de agitação e sedação Richmond
BIS	Monitor de índice Bispectral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
2.1 DOR FENÔMENO SUBJETIVO.....	11
2.2 AVALIAÇÃO DA DOR NO INTENSIVISMO.....	11
2.3 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR.....	15
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>18</b>
4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO.....	18
4.1.2 ELEGILIBIDADE.....	19
4.2 OBTENÇÃO DE DADOS.....	20
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
4.4 PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	21
4.4.1 CAPACITAÇÃO E IMPLANTAÇÃO .....	22
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>6 EXECUÇÃO DAS AÇÕES .....</b>	<b>32</b>
<b>7 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO.....</b>	<b>35</b>
<b>8 DESAFIOS FUTUROS.....</b>	<b>36</b>

<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>41</b>
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ-CAPACITAÇÃO.....	42
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PÓS-CAPACITAÇÃO.....	44
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	46
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS .....	48
APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS.....	49
APÊNDICE F – CARTÃO DE AVALIAÇÃO DA DOR.....	59
APÊNDICE G – GUIA DE CONSULTA RÁPIDA AVALIAÇÃO DA DOR ESCALA BPS.....	60
APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS.....	63
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
ANEXO A – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS).....	76
ANEXO B – APROVAÇÃO PROJETO MAIOR.....	77

## 1 INTRODUÇÃO

A dor é considerada algo comum a todos os seres humanos, e pode ser compreendida como um mecanismo de proteção contra agravos decorrentes de algum tipo de lesão.<sup>1</sup> Sabe-se, ainda, que o evento da dor pode, em muitos dos casos, estar ligado a fatores emocionais e psicológicos do indivíduo que a refere. Por se tratar de uma percepção subjetiva, cada indivíduo percebe e tem o limiar de dor de forma diferente, o que torna a mensuração um desafio.<sup>1-3</sup>

O indivíduo hospitalizado possui diversos fatores que podem influenciar seu estado psicológico e, com isso, alterar ou intensificar sua representação de dor como, por exemplo, o medo de se submeter a certos procedimentos, medo da morte e de estar longe da família.<sup>4,5</sup> O alívio da dor é um pré-requisito para que o paciente obtenha uma ótima recuperação, o que pode auxiliar em um melhor prognóstico.

No que tange à avaliação da dor, alguns fatores devem ser levados em consideração, quando se realiza o processo de aferição como, por exemplo, o entendimento de dor dos pacientes, seu nível cognitivo, e quando este consegue comunicar-se, este processo bem estabelecido facilita o profissional que está avaliando, a identificar o que o está afetando e agir diretamente no foco do problema, afastando a fonte de dor.<sup>6-8</sup> Com o objetivo de estabelecer um método de aferição da dor, sua verificação foi incorporada aos sinais vitais, em ambiente hospitalar, sendo este considerado como o quinto sinal vital.<sup>6</sup>

Porém, quando o paciente não está em condições de verbalizar ou sinalizar a origem de seu problema, há um grande desafio para a identificação deste. Comumente, este é o perfil de pacientes internados no centro de terapia intensiva que, devido a seu quadro clínico e aos procedimentos aos quais estão submetidos, podem ter dificuldades de expressar o grau de sua dor.<sup>1,5,9</sup> Para tanto, um dos desafios para os gestores do cuidado em terapia intensiva está em implementar as melhores evidências para o registro da dor no cotidiano assistencial. É importante considerar o perfil dos pacientes internados no setor, bem como suas capacidades cognitivas, antes de definir o instrumento a ser utilizado.<sup>10</sup>

No sentido de avaliar a dor destes pacientes, há instrumentos que visam tornar mais objetiva essa avaliação. A escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) consiste

em um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a dor em pacientes com incapacidade de verbalização, por motivo de sedação e sob ventilação mecânica.<sup>11</sup> É preciso que tanto a utilização da escala, quanto as avaliações e intervenções, sejam registradas pelos profissionais de forma correta e precisa. Evitar inconformidades no processo de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados, tais como a falta de registros em prontuário e o inadequado gerenciamento da dor, caracteriza-se como um fator chave para obtenção de melhores desfechos clínicos dos pacientes, bem como seu bem-estar durante o tempo de internação no Centro de Terapia Intensiva Adulta (CTI-A).<sup>7</sup> Soma-se a isso, a necessidade de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

O processo de avaliação, registro e manejo da dor de pacientes sob efeito de sedativos e dependentes de ventilação mecânica em um CTI-A é considerado complexo, pela subjetividade do fenômeno e características dos pacientes. Reconhece-se que, cotidianamente, em ambiente de intensivismo, inúmeros são os procedimentos que podem causar dor nesse tipo de paciente. A partir da incerteza da efetividade das ações de verificação e controle da dor realizadas, é que surge a necessidade de modificar práticas assistenciais, com vistas à obtenção de melhores resultados para os pacientes. Estes serão os maiores beneficiados, pois suas necessidades podem ser mais bem compreendidas, avaliadas e manejadas pela equipe assistencial. Assim, este estudo visa a implantação de um instrumento para a avaliação da dor em pacientes internados em um CTI- A sedados e intubados, com vistas a um melhor gerenciamento da dor.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 DOR COMO FENÔMENO SUBJETIVO**

A dor é descrita como uma experiência sensitiva emocional desagradável, associada à lesão tecidual, o que nos faz pensar que todo o indivíduo deve passar por essa sensação, para que tenha condições de se proteger, afastando assim a fonte lesiva<sup>1,2</sup>. Podendo ainda, ser caracterizada como o quinto sinal vital, o que enfatiza sua avaliação de forma constante, o que demonstra ser um indicador de importância.<sup>2</sup> Dor é considerada algo comum a todos os seres humanos, sendo, por vezes, ativada por componentes psicológicos e subjetivos. Seu alívio é um pré-requisito para que o paciente obtenha uma ótima recuperação, o que pode auxiliar num melhor prognóstico e impacta em uma melhora na qualidade de vida.<sup>10</sup>

Dentre os fatores devem ser considerados para a avaliação da dor destaca-se, a subjetividade. Que caracteriza o indivíduo em suas próprias referências de dor; logo, o avaliador deve compreender e considerar as questões culturais envolvidas neste processo. O maior desafio das equipes assistenciais está em avaliar dor nos pacientes, levando em consideração as questões culturais, sociais e psicológicas nas quais os pacientes estão envolvidos.<sup>2,3,6</sup>

### **2.2 AVALIAÇÃO DA DOR EM INTENSIVISMO**

O centro de tratamento intensivo é o local destinado ao cuidado de pacientes em sua fase aguda. Estudos multicêntricos internacionais indicam que a maioria dos pacientes em terapia intensiva tem dor. Em terapia intensiva, a dor quase sempre está presente e relacionada à patologia de base, motivo da internação e, em muitos casos, associada a procedimentos invasivos e não invasivos, pertinentes aos cuidados realizados pela equipe de profissionais que lá atua.<sup>1,3,4,10</sup>

A presença de dor interfere no ótimo funcionamento de sistemas orgânicos, como respiratório, hemodinâmico e metabólico, provocando alterações do nível de consciência, instabilidade cardiovascular, alterações endócrinas, gastrointestinais e psicológicas.<sup>4,5,12</sup> Todos esses fatores impactam negativamente na recuperação do paciente, contribuindo para a imobilização no leito, maior tempo de ventilação mecânica, maior tempo de internação, com possível aumento nas taxas de infecção. Estudos evidenciam que, aproximadamente 50% dos pacientes internados em CTI, relatam dor de intensidade moderada a severa, durante a internação, por conta dos procedimentos realizados, e menos de 50% dos profissionais de saúde avaliam este sintoma.<sup>10,13</sup> Esses dados sugerem que os pacientes de terapia intensiva têm seu grau de dor subnotificado pela equipe assistencial, principalmente por falta de instrumentalização para a correta avaliação.

Há diferentes escalas de avaliação da dor. O autorrelato é considerado o padrão ouro na avaliação da dor para o perfil de pacientes com capacidade de verbalização. Um dos métodos de avaliação é através da escala EVA (escala visual analógica), na qual o paciente, visualizando uma espécie de régua, onde os números estão dispostos, consegue dizer o grau de sua dor, que varia de 0 a 10, o que significa 0 sem dor e 10 a pior experiência de dor. Grande parte dos pacientes internados em centro de terapia intensiva encontra-se incapacitada para o autorrelato da dor. Esse fato relaciona-se com a gravidade da patologia, com o uso de tubo orotraqueal, ventilação mecânica, rebaixamento do sensório e uso de terapias sedativas.<sup>4,5,9,11,14</sup>

O grande desafio na avaliação da dor em terapia intensiva está relacionado com a avaliação dos pacientes incapacitados para o autorrelato da dor; logo, a utilização de escalas que avaliam aspectos comportamentais do paciente, possibilita a avaliação da dor e torna-se eficaz no adequado gerenciamento, controle e alívio da percepção dolorosa.<sup>7</sup> Dentre os instrumentos, destaca-se a escala Behavioral Pain Scale (BPS), que consiste em uma escala utilizada para avaliar dor em pacientes com incapacidade de verbalização, por motivo de sedação

e sob ventilação mecânica. Avalia aspectos comportamentais do paciente incapacitado para o autorelato da dor.<sup>11,15</sup>

A escala BPS objetiva avaliar três indicadores: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. O uso da escala possibilita graduar a intensidade da dor, variando em pontuação de 3 a 12 pontos, sendo pontuação 3 (nenhuma dor) e pontuação 12 (maior intensidade da dor). Cada indicador é categorizado em quatro descrições do comportamento apresentado, sendo pontuação 1 representada por ausência de dor, e 4 pontos, representativo de dor máxima. A partir de um escore final de 4 pontos, pode-se considerar o paciente com dor de intensidade mínima, para a qual medidas para alívio serão avaliadas e estabelecidas em um plano de cuidados, juntamente com a equipe médica por meio da prescrição de analgésicos para o controle da dor.<sup>11</sup>

Outro instrumento utilizado para a avaliação de dor em pacientes impossibilitados de verbalização, é a ferramenta de avaliação comportamental da dor, a escala Observação da Dor em Paciente Crítico (CPOT), elaborada através de uma revisão de literatura, da avaliação de prontuários e de consultas com a equipe médica e de enfermagem, que avalia 4 aspectos; cada comportamento é avaliado em pontos de 0-2 que, no final, possibilita um escore 8.<sup>12,15,16</sup>

Já entre os instrumentos menos utilizados para a avaliação de dor em pacientes sedados e intubados, está o Monitor de Índice Bispectral (BIS), que mede a profundidade de sedação dos pacientes, a fim de apoiar na avaliação dos pacientes incapacitados. Seus valores variam de 0 (sedação profunda) a 100 (totalmente desperto); porém, poucos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar a efetividade do método.<sup>12</sup>

A dor, ao ser identificada, deve ser controlada, a fim de garantir a estabilidade e conforto dos pacientes. Para tanto, existe uma série de medicamentos utilizados, a fim de realizar o gerenciamento da dor. Quanto aos medicamentos sedativos mais utilizados, está o grupo de fármacos dos benzodiazepínicos, que têm seu mecanismo de ação diretamente ligado ao sistema nervoso central, e sabe-se que possuem ação em outros sistemas. Porém, estudos citam o uso prolongado

destes fármacos de impacto negativo no tempo de internação dos pacientes, maior tempo no uso de ventilação mecânica, o que ocasionaria maiores chances de desenvolver infecções do trato respiratório, dentre outros, além de maior incidência de delirium e morbimortalidade. Visto que o uso de sedativos deve ter um controle rigoroso por meio de protocolos, os analgésicos são indicados como primeira linha para o controle da dor, a fim de evitar os efeitos do uso de hipnóticos de forma prolongada. Como alternativa, os medicamentos da classe dos opioides são indicados para o alívio da dor, pois possuem um nível de sedação menor, o que possibilita uma melhor avaliação dos pacientes e despertar mais breve.<sup>17</sup>

O processo de avaliação e o gerenciamento da dor dos pacientes necessita que a equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, que lidera esse e outros processos dentro de um CTI, tenham conhecimento dos pacientes, suas limitações cognitivas e dos instrumentos utilizados para a avaliação. Ou seja, primeiramente, a equipe deve avaliar os pacientes e suas limitações, alterações cognitivas, uso de ventilação mecânica e sedativos ou alguma outra barreira que impeça a avaliação para, a partir de então, identificar qual instrumento aplicar aos pacientes.<sup>8</sup>

Avaliar aspectos comportamentais dos pacientes é uma prática realizada pelas equipes de enfermagem, que até então baseavam-se em aspectos como expressão facial, alteração de sinais vitais, irritabilidade, sudorese, hipertensão e agitação para identificar sinais de dor dos pacientes, ou seja, de alguma forma a dor destes pacientes é avaliada, mesmo sem a utilização por parte da equipe de um instrumento mais objetivo.<sup>11</sup> Existem estudos comparativos entre outros instrumentos similares, para a avaliação deste mesmo perfil de pacientes, dentre eles a escala Behavioral Pain Scale (BPS) que demonstra maiores índices de aplicação e reprodutibilidade, pois possui propriedades psicométricas adequadas, validade clínica, demonstrou ser um instrumento confiável para avaliar dor em pacientes sedados e entubados, e afirmou ser de fácil aplicação e reprodução.<sup>4,9,11,13,16,18</sup> Além disso, a BPS já possui uma adaptação para uso no Brasil.<sup>11</sup>

## **2.3 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR**

A avaliação da dor de forma sistemática, ou seja, utilizando um instrumento validado, auxilia a equipe na detecção das alterações apresentadas pelo paciente que indicam a presença de dor. Logo, a equipe aplicando um método de avaliação de dor, o resultado desta ação resulta em um indicador que pode ser utilizado como justificativa para as ações de intervenção, a fim de controle e alívio da dor dos pacientes. Para tanto, as equipes que estão diante dos pacientes, realizando este processo, devem estar alinhadas e aptas a utilizar estas ferramentas de avaliação.<sup>5</sup> O enfermeiro é o profissional de referência para a equipe assistencial, por isso cabe a ele garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam aplicadas, promovendo uma assistência qualificada e eficaz. Para que o cuidado seja integral e individualizado, é preciso que tanto a escolha da escala, quanto as avaliações e as intervenções sejam registradas pelos profissionais que realizam tais etapas, de forma correta e precisa.<sup>4</sup>

Para a realização do processo de avaliação da dor, existem vários instrumentos disponíveis, que atendem às necessidades específicas de cada perfil de paciente. Basicamente, existem dois perfis de avaliação, o método de avaliação de dor onde os pacientes verbalizam a dor, e o método em que a avaliação da dor ocorre através da avaliação comportamental dos pacientes. A determinação de qual instrumento deve ser aplicado, parte de uma avaliação das condições cognitivas apresentadas pelos pacientes.<sup>5</sup> Dentre os variados métodos de avaliação já estabelecidos, ainda existe uma lacuna no que diz respeito à avaliação de pacientes privados do autorrelato da dor; logo, a implantação de um instrumento de avaliação comportamental para a realização do gerenciamento da dor, é considerada uma medida importante e necessária.<sup>11</sup> O paciente será o maior beneficiado, pois suas necessidades podem ser mais bem compreendidas, avaliadas e manejadas pela equipe assistencial.

A qualidade do gerenciamento da dor dos pacientes sedados e intubados no CTI-A está diretamente ligada ao quanto a equipe assistencial compreende que

este processo da avaliação identifica as lacunas e busca melhores práticas deste processo, para que, só então, um controle da dor de qualidade seja estabelecido.<sup>15</sup>

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Implantar a escala de BPS para avaliação da dor nos pacientes adultos internados no CTI-A, sob efeito de sedativos e intubados em ventilação mecânica.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Capacitar a equipe para o correto gerenciamento da dor e otimizar a assistência ao paciente com relação à avaliação da dor.

- Verificar os registros do gerenciamento da dor com a utilização da escala de BPS nos pacientes internados no CTI-A, sob efeito de sedativos e intubados em ventilação mecânica após a implantação da escala BPS

## 4 MÉTODO

Estudo do tipo intervenção, que trata sobre a implantação da avaliação de dor em pacientes sedados e intubados, por meio da escala BPS (ANEXO A). Para o processo de implantação, utilizou-se a metodologia do tipo Ciclo PDSA, a qual consiste em um modelo de ciclos de melhoria contínua de qualidade na saúde, na qual se aplicam ferramentas, a fim de testar e implementar mudanças no ambiente de trabalho. O método divide-se em 4 etapas: *Plan* (planejar), *Do* (fazer), *Study* (estudar) e *Act* (agir).<sup>19</sup>

O primeiro passo para a aplicação da escala é a etapa *Plan*, na qual os objetivos, meios e métodos são estabelecidos, por meio de um planejamento de ações. Na seguinte etapa, *Do*, a execução do plano se estabelece, juntamente com a coleta dos dados para análises futuras. Na etapa *Study*, ocorre a verificação dos resultados alcançados e dos dados obtidos. Nessa etapa um estudo detalhado das ações desenvolvido, por meio da análise de dados, possibilitando o levantamento e desenvolvimento de novas ações. E, na etapa *Act*, ocorre a realização das ações na prática, podendo haver correção nas falhas encontradas anteriormente, quando se indicam novos ciclos PDSA.<sup>19</sup>

### 4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O estudo ocorreu em um CTI - A de um hospital geral da rede privada, de grande porte, do sul do Brasil. O local de aplicação do estudo é composto por 48 leitos, distribuídos em 2 setores: CTI - A - 3A com 31 leitos; destes, 11 destinados a pacientes neurológicos, 10 leitos para atendimento de pacientes cardiológicos e 10 leitos destinados aos pacientes crítico-crônicos e isolamento. Já o CTI - A - 3B é composto por 17 leitos equipados para atendimento de pacientes em reabilitação.

O quadro funcional é composto por 1 coordenador de enfermagem, 4 lideranças de enfermagem, 40 enfermeiros assistenciais, 152 técnicos de enfermagem, 40 médicos intensivistas (rotineiros e plantonistas), 8 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, totalizando 248 colaboradores. O quadro de colaboradores de enfermagem por turno de trabalho (manhã, tarde, noite 1 e noite

2) do CTI-A é composto por 1 liderança de enfermagem, 6 enfermeiros assistenciais e 38 colaboradores técnicos de enfermagem.

O controle e registro dos sinais vitais é realizado com uma frequência horária, onde os colaboradores (técnicos de enfermagem) registram os dados em um formulário específico. Este formulário contém dados de um turno de 6 horas e, ao final de cada turno de trabalho, os registros são validados juntamente com os enfermeiros. Os enfermeiros, durante sua jornada de trabalho, ao avaliarem os pacientes realizam o exame físico e também avaliam os sinais vitais. Estes dados são registrados juntamente com a evolução de enfermagem que, rotineiramente, ocorre a cada 24 horas, em prontuário eletrônico e mediante intercorrências.

Antes da capacitação para a utilização do instrumento de avaliação da dor dos pacientes sedados e intubados, a equipe realizava a avaliação destes pacientes de forma subjetiva, utilizavam sinais e expressões que sugeriam que os pacientes estivessem apresentando dor. No entanto, não existia institucionalmente um instrumento padronizado e validado para tal ação.

#### **4.1.2 ELEGIBILIDADE**

Na etapa em que se avaliou o conhecimento da equipe, antes e após a capacitação, foram incluídos todos os profissionais da equipe assistencial de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) do CTI-A. Na etapa em que foi realizada a avaliação dos registros da equipe, foram elegíveis para avaliação do registro da dor, os prontuários dos pacientes que estavam intubados em uso de drogas sedativas e incapacitados de verbalização. Na etapa de avaliação do conhecimento da equipe, foram excluídos do estudo os profissionais afastados no período de férias, licença-gestação ou saúde. Em um segundo momento, aos colaboradores ausentes foram realizadas abordagens individuais para o repasse da capacitação da escala.

## **4.2 OBTENÇÃO DE DADOS**

Em um primeiro momento, o processo de obtenção dos dados ocorreu por meio da aplicação de questionários (APÊNDICES A e B), aplicados antes e após a capacitação dos colaboradores, que ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2017 com o objetivo de testar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre o gerenciamento da dor em pacientes sedados e intubados.

Em um segundo momento, foi elaborado, pela pesquisadora, o instrumento para avaliar os registros de dor realizados pela equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em pacientes sedados e intubados que estavam utilizando a escala BPS (APÊNDICE C). Os dados foram extraídos das evoluções diárias realizadas pelos enfermeiros em prontuário eletrônico do paciente, por meio de consultas dos registros realizados pelos técnicos de enfermagem, em formulário específico para controle de sinais vitais e das consultas as prescrições de enfermagem realizadas pelos enfermeiros, indicando a utilização da escala de avaliação da dor BPS. Este processo ocorreu no mês de maio de 2018, em um período de 30 dias, as coletas e os dados foram organizados em um banco de dados, e utilizado posteriormente o programa Excel para análise descritiva e analítica, por meio do programa SPSS e também utilizou-se de testes estatísticos, Teste de McNemar.

## **4.3 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo é parte integrante de um projeto maior integrado, previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o CAAE 62947416.6.0000.5330 e parecer de número 197154 (ANEXO B), em consonância com a Resolução 466-12 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos colaboradores na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários, entregue pela pesquisadora no momento da realização da capacitação (APÊNDICE D).

#### **4.4 PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO (*Plan* - etapa 1)**

O planejamento para a implantação da escala BPS no CTI-A ocorreu mediante um levantamento de necessidades identificadas pelo Grupo da Dor da instituição, o qual é composto por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos). A partir da demanda do Grupo, da atuação da pesquisadora como enfermeira assistencial do setor e da relevância para o serviço e para os pacientes, definiu-se a implantação prática de uma das melhores evidências para a avaliação da dor em intensivismo. A escolha da escala BPS ocorreu junto com o Grupo da Dor e a gestão clínica da CTI-A da instituição, por tratar-se de um instrumento traduzido e adaptado ao contexto brasileiro, caracterizando-se como um instrumento confiável para a aplicação em terapia intensiva.<sup>9,16,20</sup>

Para a implantação de uma nova prática no cotidiano de serviço da equipe assistencial atuante no CTI-A, optou-se por realizar uma capacitação inicial com todos os membros da equipe assistencial de enfermagem, tendo como público alvo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o objetivo de alinhar uma nova prática de cuidado e o uso adequado da escala BPS. Para a realização desta capacitação, foram definidos alguns passos como: programação (foram definidos os conteúdos a serem abordados na capacitação, foi escolhido o método de abordagem a ser utilizado na capacitação, foi estabelecido um total de 8 encontros, necessários para atingir todos os colaboradores, logo foi verificada a disponibilidade de um local para a realização das atividades e confirmado o agendamento de sala, foi realizada uma escala entre os membros do grupo da dor para aplicação da capacitação), elaboração (nesta fase foi realizada a elaboração das aulas teóricas expositivas sobre a avaliação da dor (APÊNDICE E) sobre o uso da BPS, foram abordados conceitos básicos sobre dor, a avaliação da dor em terapia intensiva e apresentado a escala BPS, foram confeccionados cartões, contendo a escala BPS para uma consulta rápida dos profissionais no momento da avaliação à beira do leito (APÊNDICE F) e foi elaborado o material auto explicativo, uma cópia da escala de

avaliação BPS, a ser utilizado à beira do leito, nos murais de todos os boxes de pacientes, para auxiliar na aplicação da escala (APÊNDICE G) e elaboração do questionário de avaliação do conhecimento básico dos profissionais sobre dor pré e pós capacitação. Para este último passo, foi elaborado um questionário pelos membros do Grupo da Dor, com base na literatura, que foi aplicado antes e após a capacitação. As variáveis avaliadas foram: perfil do profissional que compõe a equipe assistencial que atua no CTI-A (idade, sexo, formação e tempo de atuação no setor), conhecimento sobre dor, e a utilização de escalas para avaliar a dor, além de sugestões de melhorias na assistência direcionada ao manejo da dor.

O método utilizado para a divulgação da capacitação foi através de memorandos fixados com antecedência nos murais do setor, destinados à comunicação de treinamentos e novas práticas assistenciais.

#### **4.4.1 CAPACITAÇÃO E IMPLANTAÇÃO (Do - Etapa 2)**

A capacitação foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017. Inicialmente, foi apresentado o objetivo deste trabalho, por meio de uma apresentação expositiva dialogada, com duração de uma hora, sobre o perfil do paciente em questão, a importância da avaliação da dor, indicação e aplicação da escala BPS e métodos de registro. Imediatamente antes e posteriormente à capacitação, foi realizada a aplicação de um questionário pré e pós-capacitação referente ao manejo da dor. As sessões de capacitação foram realizadas em turnos inversos ao trabalho da equipe assistencial (manhã, tarde e noite), pelo grupo de enfermeiros do CTI, responsáveis pelas ações de gerenciamento de dor. O material para a capacitação foi elaborado pela pesquisadora, que é enfermeira do CTI-A, com base na revisão de literatura.<sup>3,6,10,12</sup>

A dinâmica dos encontros ocorreu da seguinte forma: os colaboradores foram recepcionados na sala designada para a realização da capacitação e foram orientados quanto à participação no estudo. Aqueles que aceitaram fazer parte do

estudo expressaram sua concordância através da leitura e da posterior assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H) e, em seguida, foi aplicado um questionário pré-intervenção. Este questionário continha perguntas sobre informações sociodemográficas do participante e questões sobre a identificação e manejo da dor em pacientes sedados e intubados.

Logo após os questionários serem preenchidos, iniciou-se a abordagem do tema (importância da mensuração da dor e o uso da escala BPS), por meio de uma apresentação expositiva dialogada, com uso de recursos multimídia. Durante a exposição do tema, foram esclarecidas as dúvidas pertinentes. Logo após o término da apresentação, foi aplicado novamente um questionário pós-intervenção. Após o preenchimento do mesmo, os participantes foram dispensados, encerrando-se as atividades, que ocorreram em um período estimado de uma hora (por turno de capacitação). Ao total, foram realizados oito encontros de capacitação (duas opções de datas para cada um dos quatro turnos). Em relação à adesão dos participantes, todos os colaboradores foram capacitados para o uso da escala, excluindo-se somente os colaboradores de férias, atestado ou em licença. Para estes, foi elaborado um guia com orientações sobre o uso do instrumento.

A etapa de implantação ocorreu um mês após a finalização da capacitação e contou com colaboradores (membros do Grupo da dor) facilitadores do processo, os quais, diante das dúvidas e dificuldades na implantação do instrumento, realizavam novas orientações a título de esclarecer o método de sua aplicação. Foram distribuídos os cartões de consulta rápida para os colaboradores, contendo a escala BPS para uma consulta rápida no momento da avaliação à beira do leito. Também foi fixada, nos murais de todos os boxes de pacientes, uma cópia da escala de avaliação BPS para consulta rápida. Como a dor é considerada o quinto sinal vital e, no CTI, a rotina dos sinais vitais é a verificação de hora em hora, o intervalo de aplicação do instrumento BPS também ficou definido a cada hora, salvo em ocasiões quando é necessária uma reavaliação da dor do paciente, que são as situações de administração de medicamentos opioides e endovenosos para alívio da dor. Nestes casos específicos, deverá ocorrer novo registro da dor por meio

da escala BPS em trinta minutos. O registro deve ser realizado pelo técnico de enfermagem em um formulário impresso de controle dos sinais vitais que permanece no box do paciente e os enfermeiros e médicos registram os valores obtidos na BPS em evolução diária no prontuário eletrônico de cada paciente.

Em um segundo momento, foi realizada uma atividade de abordagem lúdica com a equipe; o método adotado foi de perguntas e respostas sobre o gerenciamento da dor e a utilização da escala BPS, que teve como objetivo avaliar os conhecimentos sobre dor, adquiridos pela equipe, com a capacitação realizada.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS (*Study* - Etapa 3)

Foram realizados oito encontros para capacitação, dos quais participaram 25 enfermeiros assistenciais e 92 técnicos de enfermagem. As características sociodemográficas dos participantes estão demonstradas na Tabela 1. No total, 117 profissionais (25 enfermeiros + 92 técnicos = 117) foram instrumentalizados para a avaliação da dor em pacientes sedados e intubados, através da escala BPS. Em relação aos enfermeiros participantes, 16,7% possuem cursos de pós-graduação, e 1,7% possuem mestrado na área. A mediana de tempo de atuação profissional no CTI adulto é de 2 anos. Com relação ao conhecimento prévio e domínio do tema abordado, 68,1% disseram ter alguma experiência.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra. Porto Alegre- RS, Brasil, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n(%)</b>
Sexo Feminino	105(87,5)
<b>Formação</b>	
Enfermeiro	25(21,2)
Técnico de enfermagem	92(78,0)
Outros	1(0,8)
<b>Graduação</b>	
Pós-Graduação	20(16,7)
<b>Tempo de atuação na instituição (meses)</b>	48 (30-96) <sup>1</sup>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018, <sup>1</sup>Dado apresentado como mediana e percentis 25-75.

Apartir das respostas dos integrantes da equipe assistencial de enfermagem, foi identificado o interesse e motivação na utilização do instrumento. Isso se deu por que, segundo suas percepções, essa escala contribui para uma melhor avaliação da dor do paciente sedado e intubado, fornecendo subsídios para o adequado manejo da dor, evitando subnotificações e até mesmo falta de avaliação por parte da equipe assistencial.

Os resultados do questionário aplicado pré-capacitação mostraram que os principais métodos utilizados para a avaliação da dor, pela equipe, eram: expressão facial 53(37,8%), avaliação dos sinais vitais (33,5%), presença de agitação (17,1%), uso da escala de RASS (5,7%) e observação subjetiva (5,7%). A equipe mencionou ainda, as dificuldades com relação à avaliação da dor dos pacientes sedados e intubados, destacando-se a subjetividade com que as avaliações dos pacientes era realizada (de acordo com 39,0% dos participantes). A equipe reconheceu que há a necessidade de capacitações sobre o tema, conforme 25% dos respondentes. Entre os participantes, 31,2% consideram necessário um instrumento padronizado para avaliação da dor.

No que concerne aos conhecimentos dos profissionais sobre avaliação da dor em pacientes sedados e intubados, bem como ao uso de instrumentos para se realizar a avaliação, no pós- capacitação , obteve-se maior percentual de respostas afirmativas sobre a importância de se avaliar a dor deste perfil de pacientes (91,7 % vs 94,2%,  $p= 0,18$ ). Após serem dadas as orientações sobre a utilização do instrumento (pós-capacitação), a maioria dos profissionais respondeu que considera a escala de fácil aplicabilidade (87,2%).

Antes da capacitação, somente 77,8% dos participantes conheciam a existência de práticas de avaliação de dor em pacientes sedados e intubados. Quando questionados sobre como promover melhorias relacionadas ao processo de gerenciamento da dor, 61,9% mencionaram a necessidade de um instrumento confiável e validado, 26,7% sugeriram a promoção de capacitações e espaços para discussão sobre a temática, a fim de melhor avaliar os pacientes e reparar possíveis falhas no manejo da dor.

A tabela 2 mostra os sinais levados em consideração pelos profissionais, para avaliação da dor antes e depois da capacitação.

Tabela 2. Sinais clínicos considerados para a avaliação da dor em pacientes sedados e intubados. Porto Alegre- RS, Brasil, 2018.

<b>Questões</b>	<b>Pré- Capacitação n(%)</b>	<b>Pós- Capacitação n(%)</b>	<b>p*</b>
Expressão de dor	115(95,8)	115(95,8)	1,0
Taquicardia	110(91,7)	73(60,8)	< 0,05
Hipertensão	106(88,3)	73(60,8)	< 0,05
Interferência na ventilação mecânica	96(80,0)	112(93,3)	< 0,05
Taquipneia	93(78,2)	68(56,7)	< 0,05
Flexão de membros	81(67,5)	113(94,2)	< 0,05
Outros	17(14,2)	14(11,7)	0,64

Fonte: Dados da pesquisa, 2018,\* Teste de McNemar

Nas capacitações, foram revisadas as rotinas de verificação de sinais vitais no CTI adulto da instituição. Quando a avaliação da dor ocorreu por meio da utilização da escala BPS, passou a fazer parte dos procedimentos operacionais padrão, ficando disponível aos colaboradores por meio da intranet. Após a capacitação, os participantes realizaram uma avaliação geral sobre o tópico abordado e a dinâmica utilizada. Dos participantes, 96,3% consideraram os conhecimentos adquiridos importantes para o atendimento dos pacientes em questão, e 99,1% dos participantes consideraram a capacitação importante para

suprir falhas no processo de manejo da dor. No entanto, apenas 55,6% consideraram a escala BPS de fácil aplicação.

A Tabela 3 apresenta os principais dados avaliados no segundo momento da implantação, quando foram analisados os registros de dor realizados pela equipe de enfermagem em prontuário. Em um período de 30 dias, foram avaliados 56 prontuários.

Tabela 3. Avaliação do gerenciamento da dor (n=56). Porto Alegre- RS, Brasil, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Principais motivos das internações</b>	
Cardiológicos	21 (37,5)
Pneumológicos	18 (32,1)
Neurológicos	09 (16,0)
Outras	08 (14,2)
<b>Fármacos sedativos</b>	
Fentanil	40 (71,4)
Midazolam	36 (64,3)
Dexmedetomidina	10 (18,0)
Propofol	08 (14,3)
Pacientes com prescrição médica de analgésicos fixos	8 (14,3)
<b>Qualidade dos registros</b>	
Avaliações de enfermeiros	30 (53,5)
Registro correto	30(100,0)

Avaliações de técnicos de enfermagem	51 (91,1)
Registro correto	47 (84,0)
Prescrição de enfermagem com a ação: avaliação e gerenciamento da dor conforme escala BPS	42 (75,0)

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

A partir da capacitação realizada com técnicos de enfermagem e enfermeiros, dos quais metade já atuava no CTI adulto há, pelo menos, 48 meses, foi possível constatar que apenas dois terços dos profissionais em questão afirmaram ter conhecimento sobre o manejo da dor nos pacientes sedados e intubados. E a grande maioria concordou com o fato de que o processo de avaliação da dor necessitava de melhorias. Estes dados estão em consonância com os de outros estudos, os quais mostraram que, no Brasil, a abordagem do tema é recente e, apesar de experiência dos profissionais em ambiente de intensivismo, pouco sabem sobre o efetivo gerenciamento da dor.<sup>5,7,12,20</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o efetivo controle da dor como uma das três prioridades no sistema de saúde público, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Sabe-se que a dor do paciente criticamente enfermo, na maioria dos casos, não é avaliada sistematicamente. Logo, propostas de elaboração de um programa de identificação e gerenciamento da dor se fazem necessárias, e atendem às orientações da OMS.<sup>21,22</sup>

Algumas barreiras foram mencionadas para a efetiva avaliação da dor, previamente à capacitação, de acordo com os participantes: a subjetividade do fenômeno, a falta de instrumentos padronizados e a falta de capacitações sobre o tema. Eliminar as duas últimas faz parte do objetivo da implantação de uma nova prática, baseada em evidências e objeto deste trabalho. Estudos apontam a necessidade da equipe de enfermagem ter domínio sobre o uso das escalas e dos protocolos, uma vez que o manejo inadequado da dor prejudica o tratamento e a

evolução do paciente. A escolha pela BPS se deu, também, devido a sua fácil aplicabilidade.<sup>5,11,15,21</sup>

Verificou-se, por meio do questionário aplicado pré-intervenção, que a equipe assistencial não avaliava a dor em pacientes sedados e intubados de forma efetiva. Isto ficou evidente porque, antes da capacitação, a equipe avaliava a dor nestes pacientes, predominantemente, através de sinais como taquicardia, hipertensão, os quais não implicam necessariamente na presença de dor. Ocorreu uma diferença significativa em relação à utilização destes sinais antes e após a capacitação. Estudos apontam que alterações de sinais vitais como frequência cardíaca e pressão arterial não devem ser utilizados como parâmetros para determinar o grau de dor, visto que estas alterações podem ser provocadas por outros fatores.<sup>8,10,12</sup> Em contrapartida, é importante ressaltar que diversos hospitais não têm uma rotina implementada para avaliação da dor e/ou utilizam indicadores de maneira equivocada.<sup>13,20</sup> Por exemplo, um dos equívocos está no fato de que alguns profissionais utilizam a escala de RASS para a avaliação de dor, quando deveriam utilizar-se de sinais como interferência na ventilação mecânica e flexão de membros. A RASS é uma escala para a identificação de agitação e sedação, que não possibilita a aferição da intensidade da dor, independente do grau de sedação ou da necessidade de ventilação mecânica.<sup>6,7,23,24</sup>

Em relação aos motivos de internação dos pacientes na CTI-A, as doenças cardiovasculares são as mais prevalentes, seguidas das pulmonares e neurológicas, respectivamente. Dentre eles, os pacientes com alterações neurológicas, geralmente, permanecem por tempo maior no setor, fato que os expõe a mais procedimentos de cuidados, diagnósticos e terapêuticos, o que requer uma efetiva avaliação e manejo da dor.

Os resultados encontrados na fase de avaliação dos registros da dor, demonstraram que os enfermeiros avaliam e registram a dor dos pacientes com menor frequência que os técnicos de enfermagem, porém o grau de assertividade é bem maior quando comparadas às avaliações de seus subordinados. Estes dados corroboram os estudos semelhantes que indicam uma subnotificação da avaliação

da dor dos pacientes em terapia intensiva, justificada pela falta de instrumento e desconhecimento da aplicabilidade.<sup>7,8</sup> Neste caso, acredita-se que os principais motivos pela falta de assertividade do uso do instrumento se dão pela pouca prática e domínio do instrumento em questão, o que indica a necessidade da realização da educação continuada.<sup>6</sup>

## 6 EXECUÇÃO DAS AÇÕES (Act - Etapa 4)

Quanto ao grupo de enfermeiros, as orientações e ações devem ser fortalecidas no sentido de avaliação dos pacientes, a fim de que o processo de avaliação da dor seja bem compreendido, orientando suas equipes quanto à aplicação do instrumento e ao correto gerenciamento da dor, alinhando este cuidado por meio das prescrições de enfermagem, o que ocorreu somente em 75% dos pacientes. O protocolo de analgesia para este perfil de pacientes necessita desenvolvido por parte de equipe multidisciplinar, sendo elaboradas medidas medicamentosas ou não a partir do grau de dor identificado, pois se observa que somente 14,3% pacientes apresentaram prescrição de medicamentos para controle da dor de forma fixa. Assim, torna-se necessário um protocolo para um melhor gerenciamento da dor destes pacientes, bem com o estabelecimento de condutas, quando houver sinal de dor nos pacientes avaliados. Essas ações garantem um cuidado padronizado, visando o alívio da dor dos pacientes. Readequar as rotinas e modificar algumas práticas têm impacto no cuidado aos pacientes.<sup>21</sup>

Desta forma, faz-se necessário que a equipe identifique corretamente os sinais da dor em pacientes impossibilitados de se comunicar, bem como saibam aplicar ações para a identificação destes sinais. Conseqüentemente, o paciente passa a ser tratado de forma humanizada e segura, uma vez que a equipe reconhece e gerencia a dor, garantindo um atendimento padronizado.<sup>25</sup> Nesse contexto, a enfermagem tem um papel relevante no processo de prevenção e identificação precoce da dor, visto que é a responsável pela maior parte dos cuidados nos CTIs. Para tanto, sabe-se que as equipes precisam ser frequentemente sensibilizadas, capacitadas, monitorizando suas práticas, a fim de que o instrumento seja adequadamente aplicado e interpretado. Os obstáculos como desconhecimento da equipe sobre os instrumentos de avaliação de dor e falta de capacitações, provavelmente impedem a adesão dos profissionais à utilização de instrumentos confiáveis em sua prática clínica, prejudicando a evolução dos pacientes.<sup>5,6,20,23</sup>

À medida que a nova prática assistencial passou a ser realizada no CTI-A, observaram-se dificuldades por parte da equipe na avaliação e no registro da dor nos prontuários dos pacientes. Intervenções educativas relacionadas ao uso correto da BPS foram realizadas sempre que necessário junto aos membros da equipe assistencial. Para sanar as dúvidas e eliminar as inconformidades identificadas no período de implantação, foi realizada uma segunda etapa de capacitação, que ocorreu cerca de um mês após o início da implementação da BPS, em março de 2017. Neste segundo momento de capacitação, foram disponibilizados dois encontros em turnos diferentes, quando foram oportunizados esclarecimentos de dúvidas voltadas à correção de inconformidades na aplicação da escala e registro da dor.

Todas as ações destinadas à implementação de uma nova prática assistencial impactam de alguma forma na organização do setor. E para que sejam obtidos resultados satisfatórios, a partir da modificação ou inclusão de novas práticas, é preciso ouvir a equipe, no sentido de compreender suas percepções e crenças, bem como oportunizar espaços para as proposições de adequação. A partir da segunda etapa de capacitação, as inconformidades foram eliminadas e as ações de avaliação e registro da dor foram sendo realizadas de maneira adequada. Toda vez que novos colaboradores ingressam no CTI-A, o Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE I) relacionado ao tema tem sido abordado nos treinamentos.

Os princípios dos ciclos de PDSA promovem o uso de uma abordagem interativa e de pequena escala para testar intervenções, pois isso possibilita uma avaliação rápida e fornece flexibilidade para adaptar a mudança de acordo com o *feedback* dos envolvidos, para garantir que soluções adequadas para o propósito sejam desenvolvidas. Também oportuniza a organização dos recursos necessários e permite obter evidências para a mudança e engajar as partes interessadas, à medida que a confiança na intervenção aumenta.<sup>19,25</sup> Com isso, um novo ciclo do PDSA foi iniciado. Diante dos resultados obtidos, verificaram-se falhas no processo de adaptação por parte de equipe na utilização do novo instrumento; avaliou-se a

necessidade de realizar uma nova capacitação para todos os colaboradores, visto também que, nesse período, houve o ingresso de novos colaboradores na equipe. A fase de capacitações ocorreu no mês de junho do ano de 2018. Em um primeiro momento, contou com aulas expositivas, em salas de aula, sendo disponibilizados 2 horários para cada turno de trabalho, num total de 8 encontros, quando foram abordados temas relacionados ao gerenciamento da dor em terapia intensiva, e novamente a aplicação da escala BPS em pacientes sedados e intubados. Na ocasião, foi apresentada à equipe uma síntese da avaliação realizada junto aos prontuários, principalmente, quanto à qualidade da avaliação e do registro da dor dos pacientes.

## 7 CARACTERIZAÇÃO DOS PRODUTOS

A partir de uma primeira rodada do ciclo PDSA para **implantação de uma nova prática assistencial no CTI adulto**, a avaliação e registro da dor em pacientes sedados e intubados, que antes não era realizada de forma sistematizada, conta com uma avaliação objetiva por meio da escala BPS, bem como o registro em prontuário eletrônico, em mesmo nível de importância dos demais sinais vitais. Assim, o manejo da dor em pacientes sedados e intubados, seja medicamentoso ou não, tem se utilizado da pontuação da escala BPS como um dado complementar.

Atualmente, a instituição inclui o **tema** de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados no treinamento de novos colaboradores, que conta com o **material elaborado pela pesquisadora**, no qual foi utilizado na fase de capacitação deste estudo, por meio do **Programa de Educação Continuada** à equipe do CTI-A.

Aos novos colaboradores que passam pelo processo do treinamento introdutório do CTIA é entregue o **cartão de avaliação da dor** que contém as escalas de avaliação e serve como guia de consulta rápida.

Além disso, a instituição disponibiliza, como material de apoio, o **Procedimento Operacional Padrão (POP)** de avaliação dos sinais vitais, em que o tema dor é descrito, bem como a aplicação da escala BPS para avaliação da dor em pacientes sedados e intubados.

A pesquisadora juntamente com sua orientadora e outros autores, produziu um **capítulo para o livro** *Assistência de Enfermagem ao Paciente Neurológico*, denominado *Dor no paciente neurológico* a ser publicado pela Editora Moriá (in press).

## **8 DESAFIOS FUTUROS**

Importante destacar que a elaboração de um protocolo para o gerenciamento da dor, a partir da pontuação obtida com a escala BPS, caracteriza-se como um desafio, pois atualmente as condutas tomadas diante da aferição da dor em pacientes sedados e intubados ainda são definidas pela equipe médica, de acordo com a prescrição medicamentosa, e executada pela enfermagem. Acredita-se que um protocolo de manejo da dor, elaborado por enfermeiros do Grupo que estuda o tema em conjunto com a equipe médica que atua no setor, poderia qualificar a avaliação e tratamento desse fenômeno subjetivo, com dados objetivos de avaliação após as ações instituídas. Com método de educação e disseminação do conhecimento a respeito do tema o grupo planeja elaborar um evento de certificação da dor dos colaboradores de intubação, onde os conhecimentos sobre dor e manejo possam ser abordados e discutidos com os profissionais a fim de alinhar a assistência prestada e desenhar o plano de cuidados aos pacientes internados na instituição

Acredita-se que o maior desafio está na conscientização da equipe acerca da necessidade da adequada avaliação e registro da dor dos pacientes, tendo assim subsídios para um melhor gerenciamento da dor com conseqüente acréscimo de qualidade à assistência.

## **9 CONCLUSÃO**

Uma nova prática assistencial na UTI foi instituída por meio da implantação de um instrumento de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados, possibilitando à equipe de enfermagem uma avaliação precisa deste sinal vital, o que desencadeia condutas com o objetivo de proporcionar o alívio da dor e conforto aos pacientes, gerando uma assistência qualificada.

Espera-se que, a partir dessa nova abordagem da equipe, que objetivou resgatar aspectos importantes da avaliação e registro da dor, bem como dirimir dúvidas e ofertar esclarecimentos, a equipe assistencial tenha maior domínio e habilidade na utilização da escala BPS. Acredita-se que haja motivação por parte da equipe para a mudança e aperfeiçoamento da prática, pois compreende que este momento é de adaptação a uma nova prática.

A ferramenta do ciclo PDSA se mostrou útil e de fácil aplicabilidade. Por meio da utilização dessa ferramenta, foi possível a implantação de uma nova prática assistencial, que conta com um instrumento confiável e validado para avaliação da dor, incluindo-se o monitoramento das ações e correção de falhas. Os resultados das avaliações do gerenciamento da dor, indicam a necessidade de educação continuada da equipe, a fim de aprofundar o conhecimento acerca do instrumento de avaliação, bem como sua aplicabilidade na prática e, a partir de então, a busca e elaboração de um protocolo adequado para o gerenciamento da dor, contemplando o perfil de pacientes.

É necessário que o grupo médico também seja motivado a participar dos eventos promovidos por parte da equipe de enfermagem, para que ocorra o alinhamento das informações, possibilitando a elaboração de planos de ação voltados ao manejo da dor em pacientes críticos

## REFERÊNCIAS

1. Ciena AP, Gato R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008;29(2):201-12.
2. Silva KC, Kochla KRA. Avaliação da dor: uma dificuldade para a equipe de enfermagem. *Boletim de enfermagem*, 2009; 3(2): 62-72.
3. Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JPS, Souza RCX, Alves SA, Rosa BA. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde. *J Health Sci Intensive*. 2010;28(1):35-41.
4. Dehghain H, Tavangar H, Ghandehari A. Validity and reliability of Behavioral pain Scale in patients with low level of consciousness due to head trauma hospitalized in intensive care unit. *Res Trauma Arch*. 2014; 3(1): 18608.
5. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista HUPE*. 2013;12(3):110-117.
6. Barbosa TP, Beccaria LM, Pereira RAM. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(4):470-7
7. Souza RCS, Garcia DM, Sanches MB, Gallo AMA, Siqueira ILCP, Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(3): 55-63. Sakata RK. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bra Anesthesiol*. 2010;60(6):648-58.
8. Maria A, Sallun C, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão de literatura. *Acta Paul Enferm*. 2010;25 150-154.
9. Ahlers SJGM, Van Der 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.
10. Sakata RK. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bra Anesthesiol*. 2010;60(6):648-58.
11. Morete MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(4): 373-378.
12. Gonçalves AAS, Schimitz RK, Roehrs H. Avaliação da dor em paciente adulto sedado sob ventilação mecânica. *Revista Inspirar*. 2013; 27(5): 23-27.

13. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, Bosman RJ, Oudemans-Van Straaten HM. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *J Crit Care Med.* 2015 Feb;30(1):167-72.
14. Li D, Puntillo K, Miaskowski C. A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *J Pain.* 2008; 9(1):2-10.
15. Gélinas C, Harel F, Fillion L, Puntillo KA, Johnston CC. Sensitivity and specificity of the critical care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(1):58-67.
16. Chanques G, Pohlman A, Kress JP, Molinari N, Jong A, Jaber S, Salão, JB. Comparação psicométrica de três escalas comportamentais para a avaliação de dor em pacientes criticamente doentes incapazes de auto-relato. *J Crit Care Med.* 2014; 18 (5): R 160.
17. Silva DC, Barbosa TP, Bastos AS, Beccaria LM. Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(3): 240-6.
18. Davidson JE, Winkelman C, Gélinas C, Dermenchyan A. Pain, agitation, and delirium guidelines: nurses' involvement in development and implementation. *Crit Care Nurse.* 2015;35(3):17-31.
19. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23(4):290-8
20. Sierra AQ, Colaço MAXP, Cruz BMS. Avaliação da dor em UTI adulta no Brasil através da Behavioral pain Scale (BPS): revisão sistemática. *Rev Inspirar.* 2017;43(3): 11-16.
21. Nascimento JCC, Silva LCS. Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Rev Movimenta.* 2014 7(2) 711-719.
22. Barr J, et Al. Clinical practice guidelines for the management of Pain, agitation and delirium in adult patients in intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013;41(72):278-280.
23. Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de mensuração de dor. *Rev Lat Am Enferm.* 2010;18 (1):3-10.
24. Mendes CL, Vasconcelos LCS, Tavares JS, Borges Fontan SB, Ferreira CD, Diniz LAC, et. Al. Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20(4): 344-348.

25. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):270-6.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PRÉ- CAPACITAÇÃO

**Registro:** \_\_\_\_\_

**Formação:** 1.( ) Enfermeiro 2.( ) Técnico de Enfermagem  
3.( ) Médico 4.( ) Outros \_\_\_\_\_

**Especialização:** 1.( ) Nível técnico 2.( ) Graduado 3.( ) Pós-graduado

**Sexo:** 1.( ) feminino 2.( ) masculino

**Tempo de atuação em terapia intensiva (anos/ meses) ?** \_\_\_\_\_

**Frente ao cuidado assistencial, qual a importância da avaliação da dor dos pacientes para você?**

1. ( ) pouco importante 2. ( ) importante 3.( ) muito importante

**Você já recebeu alguma informação sobre avaliação da dor em pacientes sedados e intubados?** 1.( ) Sim 2.( ) Não

**Quanto à aplicabilidade da escala de avaliação da dor utilizada atualmente (se for o caso) você considera fácil de ser utilizada?**

( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não se aplica

**Você costuma avaliar a dor em pacientes sedados e intubados?**

( ) Sim 2.( ) Não,

Se sim , como é feito? \_\_\_\_\_

**Na sua opinião, o processo de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados necessita melhorias?** 1. ( ) Sim 2.( ) Não

Em caso afirmativo, quais melhorias? \_\_\_\_\_

**Em sua opinião, quais os sinais clínicos devem ser levados em consideração na avaliação da dor em pacientes com incapacidade de verbalizar dor, sedados e em ventilação mecânica?**

( ) Taquicardia

( ) Expressão de dor

( ) Taquipneia

( ) Interferência na ventilação mecânica

( ) Hipertensão

( ) flexão de membros

( ) Outros

---

---

**Existe hoje a implementação, na instituição, de algum método de avaliação para a dor de pacientes sedados e intubados? 1.( )Sim 2.( ) Não**

Se sim, como é este método? \_\_\_\_\_

---

**Atualmente, você considera eficaz o manejo da dor em pacientes sedados e intubados?**

1.( )Sim 2.( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PÓS-CAPACITAÇÃO

**Registro:** \_\_\_\_\_

**Formação:** 1.( ) Enfermeiro                      2.( ) Técnico de Enfermagem  
3.( ) Médico    4.( ) Outros \_\_\_\_\_

**Especialização:** 1.( ) Nível técnico 2.( ) Graduado 3.( ) Pós-graduado

**Sexo:** 1.( ) feminino 2.( ) masculino

**Tempo de atuação em terapia intensiva (anos/ meses)?** \_\_\_\_\_

**Frente ao cuidado assistencial, qual a importância da avaliação da dor dos pacientes para você?**

1. ( ) pouco importante 2. ( ) importante 3.( ) muito importante

**Você já recebeu alguma informação sobre avaliação da dor em pacientes sedados e intubados?** 1.( ) Sim 2.( ) Não

**Quanto à aplicabilidade da escala de avaliação da dor utilizada atualmente (se for o caso) você considera fácil de ser utilizada?**

( ) Sim 2.( ) Não 3.( ) Não se aplica

**Você costuma avaliar a dor em pacientes sedados e intubados?**

1. ( ) Sim 2.( ) Não,

Se sim, como é feito? \_\_\_\_\_

**Na sua opinião, o processo de avaliação da dor em pacientes sedados e intubados necessita melhorias?** 1. ( ) Sim 2.( ) Não

Em caso afirmativo, quais melhorias? \_\_\_\_\_

**Em sua opinião, quais os sinais clínicos devem ser levados em consideração na avaliação da dor em pacientes com incapacidade de verbalizar dor, sedados e em ventilação mecânica?**

Taquicardia

Expressão de dor

Taquipneia

Interferência na ventilação mecânica

Hipertensão

flexão de membros

Outros

---

---

**Existe hoje implementação, na instituição, de algum método de avaliação para a dor de pacientes sedados e intubados?** 1.  Sim 2.  Não

Se sim, como é este método? \_\_\_\_\_

**Atualmente, você considera eficaz o manejo da dor em pacientes sedados e intubados?**

(1) Sim. \_\_\_\_\_ (2) Não

---

---

**Acerca do treinamento recebido, visando a assistência dos pacientes em terapia intensiva sedados e intubados, você considera:**

1.  pouco importante 2.  importante 3.  muito importante

**Qual a importância do conhecimento adquirido com o treinamento oferecido?**

1.  pouco importante 2.  importante 3.  muito importante

**O treinamento atingiu seus objetivos, tema relevante e informações transmitidas com clareza?** 1.  Sim 2.  Não

---

---

**Considerando a aula expositiva, você teria sugestões e críticas a fazer para a pesquisadora.**





## **APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS**

**Título do projeto:** Perfil dos pacientes criticamente enfermos internados no CTI Adulto

**Pesquisador responsável:** Daiana Barbosa da Silva

**Setor/departamento:** Centro de Tratamento Intensivo Adulto

**Instituição:** Hospital Moinhos de Vento

**Telefone para contato:** (51) 99687062, 99283728

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto supracitado comprometem-se a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão obtidos através de consulta nos informativos assistenciais da enfermagem e nos prontuários dos participantes da respectiva pesquisa. Os pesquisadores concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto, não podendo ser utilizadas para nenhum outro fim, sem a autorização individual e expressa dos sujeitos envolvidos. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, garantindo o sigilo dos participantes e informantes.

Porto Alegre, abril de 2016.

Assinatura do pesquisador responsável

Cassiano Teixeira – CPF: 661.655.710-34

Assinatura do participante da equipe / CPF

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

### Implementação da escala Behavioural Pain Scale (BPS) para a avaliação da dor em pacientes sedados com ventilação mecânica CTI-A/ Emergência

Enfª Mestranda Carolina Duarte

## Dor

- Dor é caracterizada como uma experiência sensitiva emocional desagradável associada à lesão tecidual, Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP).
- Sociedade Americana de Dor descreve a dor como o quinto sinal vital, enfatizando assim sua avaliação de forma constante.

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

# Dor

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

- Experiência humana necessária
- Protege o indivíduo de lesões
- Processo de indução para a remoção ou afastamento da fonte lesiva

Ativação  
Defesa  
Proteção

Correia, AA, et al. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2015; 27(5):25-27, Nov-Dez/2015

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Avaliação da dor  
responsabilidade de  
toda a equipe

Assistência de  
qualidade, humanizada  
e segura

Programa de manejo da  
dor

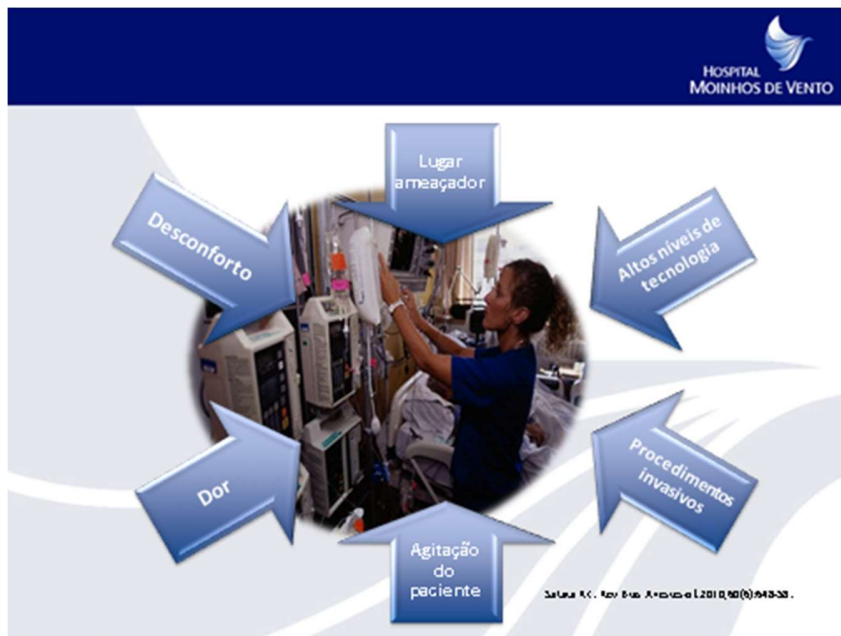
Dor não tratada  
=  
prolongando  
internações e custos.

Instrumentos  
padronizados para  
mensurar e avaliar a dor

Registro de dados

Correia, AA, et al. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2015; 12(5):110-117.

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

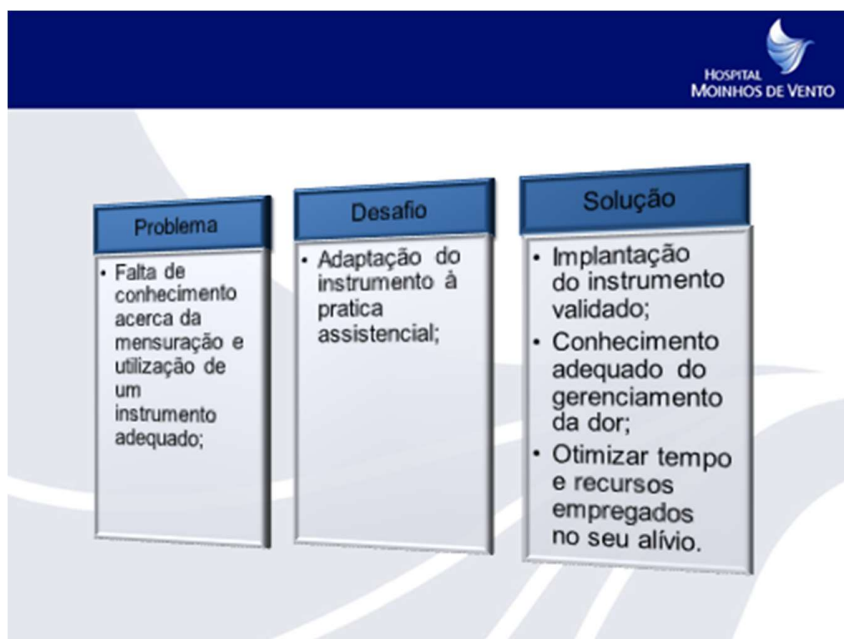


## Por quê ??



- Pacientes críticos tem dificuldades de expressar o grau da dor;
- Impossibilidade de verbalizar ou sinalizar a fonte do problema;
- Dificilmente expressa sua dor;
- Desafio está na identificação da dor;
- Dificuldade em verbalizar a dor pode estar diretamente relacionada com as terapias medicamentosas (sedativos);

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

# BPS

- Quando o paciente é incapaz de auto-relato de dor,
- Uso de medicamentos sedativos ou ventilação mecânica invasiva;
- Behavioural Pain Scale- BPS

Escala utilizada para avaliar dor em pacientes com incapacidade de verbalizar a dor,  
Traduzida e adaptada para o Brasil,  
Maior consenso na aplicação clínica,  
Propriedades psicométricas: altos índices de confiabilidade, validade, consistência, concordância;

Georgakis, S.A., et al. Rev Bras Terap. Respir. 2013; 16(4): 25-27.  
Mendes, C.M., et al. Avaliação e adaptação cultural da versão em português brasileiro da escala de dor Behavioral Pain Scale. Rev Bras Terap. Respir. 2014; 17(4): 375-378.

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

<b>BPS</b>		
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO		
Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Faz caretas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Flexão parcial	2
	Flexão total	3
	Totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

Fonte: Avaliação e adaptação da validação em português Brasileiro da escala de Dor Behavioral Pain Scale. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(4):57-63

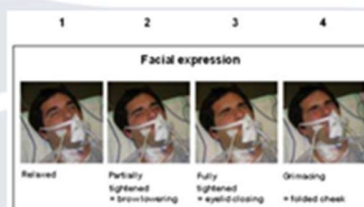
<b>BPS</b>		
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avalia três aspectos: Expressão facial, Movimentos corporais, Tolerância a VM;</li><li>• Intensidade da dor: 1 ponto - ausência de dor, 4 pontos - dor máxima;</li><li>• Pontuação: de 3 à 12 pontos, pontuação mínima 3, pontuação máxima 12;</li></ul>		

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

### Expressão facial



- 1 - Relaxada;
- 2 - Parcialmente tensa (abaixa a sobrancelha);
- 3 - Totalmente tensa (fecha os olhos);
- 4 - Faz careta (testa franzida/pálpebras ocluídas);



To M: Assessing pain in non-verbally communicating patients: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. Intensive Care Med (2009) 33:2050-2057

### Membros superiores



- 1 - Sem movimento;
- 2 - Flexão parcial;
- 3 - Flexão total e dedos;
- 4 - Retração permanente (totalmente contraído)



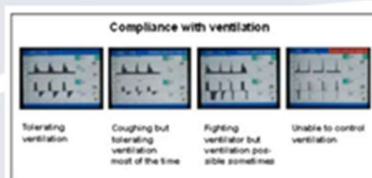
To M: Assessing pain in non-verbally communicating patients: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. Intensive Care Med (2009) 33:2050-2057

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

### Adaptação à VM



- 1 - Tolera movimentos;
- 2 - Tosse com movimentos;
- 3 - Briga com o ventilador;
- 4 - Incapaz de controlar a ventilação mecânica;



Fonte: Assessing patient-ventilator synchrony: a review of the literature as an alternative to the Behavioral Scale. Intensive Care Med (2009) 34:2050-2057

### Quem ??



- Pacientes:
  - a) Sedados - em terapia medicamentosa (exemplos de fármacos: Fentanil, Midazolam, Precedex,...)
  - b) Ventilação mecânica invasiva

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

### Quem ??



### COMO ??



Registro:

Ao avaliar os sinais vitais / exame físico;

- Critérios (sedado e intubado);
- Observação da expressão facial, movimentos do corpo, tensão muscular e sincronia na ventilação;
- Realizar o registro no impresso de controles assistenciais;

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

**COMO ??**

HOSPITAL  
MOINHOS DE VENTO

The image shows a medical control form with a grid for recording data. A red box highlights the 'Dor' row. The form includes sections for 'Líquidos Administrados' and 'Líquidos Eliminados'. At the bottom, it is labeled 'CONTROLES ASSISTENCIAIS CTIA / CTC / CTIP' and 'Etiqueta'.

**COMO ??**

HOSPITAL  
MOINHOS DE VENTO

The image shows a medical control form with a grid for recording data. The data is as follows:

20_01_17	Hora	7	8	9
PAM		85		
PA Sist.		130		
PA Diast.		70		
FC		95		
TAX		36,8		
FR		20		
Dor	BPS	3		
Sedação		-5		
HGT		120		
SaO <sub>2</sub>		98%		
FIO <sub>2</sub>		40%		
VAC		380		
PEEP		06		
PVC				
Líquidos Administrados				

## APÊNDICE E – AULAS EXPOSITIVAS

### COMO ??



Nome	Prescrição	Atendimentos Anteriores	Parâmetros Vitais	Di. Tipo	Exame
FILTRO UNIFICADOR SET RESP PALL O2					
Enfermagem: 6861560 - [ ALBINE FARTIN CERVELLI ]					
36 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
37 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
38 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
39 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
40 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
41 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
42 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
43 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
44 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
45 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
46 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
47 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
48 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
49 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
50 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
51 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
52 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
53 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
54 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
55 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
56 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
57 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
58 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
59 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
60 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
61 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
62 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
63 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
64 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
65 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
66 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
67 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
68 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
69 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
70 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
71 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
72 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
73 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
74 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
75 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
76 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
77 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
78 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
79 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
80 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
81 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
82 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
83 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
84 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
85 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
86 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
87 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
88 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
89 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
90 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
91 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
92 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
93 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
94 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
95 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
96 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
97 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
98 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
99 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					
100 C.C. SORO EM B BAXTER CTA - INSTALACAO					

Nome: AVALIACAO E GERENCIAMENTO DA ODR CONFORME SPS-CTA

Quantidade: [ ] Unidade: [ ] Val. Inicial: [ ] Duração: [ ]

Aplicação: [ ] Frequência: [ ] De Necessário: [ ]

Setor: [ ] Prescritor: [ ]

Data Inicial: 26/02/2018 03:30 Dias de Aplicação: [ ] Material: [ ]

Observação: [ ] Justificativa: [ ]

Novo Item Componente

Selevar Suspender

Legenda (Checkagem):  
- Prescrito IC Checado  
- Atualizado  
- Suspensa  
Superfície Corporal (ABV):  
- Normal  
- Pendência

### Quando ??



- Ao realizar o exame físico do paciente;
- Ao avaliar os sinais vitais 1/1 hora;
- Antes e após qualquer procedimento realizado;

## APÊNDICE F – CARTÃO DE AVALIAÇÃO DA DOR

### Behavioral Pain Scale BPS

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Faz caretas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Flexão parcial	2
	Flexão total	3
	Totalmente contraído	4
Adaptação a ventilação	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		



**Grupo da dor  
CTI-A**

## APÊNDICE G – GUIA DE CONSULTA RÁPIDA AVALIAÇÃO DA DOR ESCALA BPS



No dia 11/03/17 será implementada a Escala *Behavioural Pain Scale* (BPS) para a avaliação da dor em pacientes sedados e em ventilação mecânica no CTIA.

A escala está disponível em cada box do CTIA 1 e CTIA 2, aplicar em pacientes:

- Em uso de sedativos e ventilação mecânica invasiva, incapazes de mensurar dor
- Pacientes com pausa de sedação até 24 horas e em ventilação mecânica invasiva, incapazes de mensurar dor

A avaliação da dor deve ser feita de 1/1 hora como o 5º sinal vital, e antes e após procedimentos invasivos.

Registrar da seguinte forma:

	/	/	Hora	7	8	9
PAM				85		
PA Sist.				130		
PA Diast.				70		
FC				95		
TAX				36.8		
FR				20		
Dor				BPS 3		
Sedação				5		
HGT				120		
SaO <sub>2</sub>				98%		
FIO <sub>2</sub>				40%		
VAC				380		
PEEP				06		
PVC						
Líquidos Administrados						

No caso de pausa de sedação há mais de 24 horas, a escala não deve ser aplicada.


Devendo-se utilizar o símbolo **O** e justificar:

*“paciente com pausa de sedação há mais de 24 horas, sem condições de mensurar dor.”*

### Behavioural Pain Scale- BPS

Escala utilizada para avaliar a dor em pacientes com incapacidade de verbalização, estando sedados e em ventilação mecânica, Aplica-se para os pacientes internados no Centro de terapia intensiva Adulto e Emergência.

**APÊNDICE G – GUIA DE CONSULTA RÁPIDA AVALIAÇÃO DA DOR ESCALA  
BPS**



Escala para avaliação da dor para pacientes sedados e intubados  
Behavioral Pain Scale (BSP)

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Faz caretas	4
Membros Superiores	Sem movimento	1
	Flexão parcial	2
	Flexão total	3
	Totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

Fonte: Tradução e adaptação cultural da versão em português brasileiro da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(4):373-378

Avalia três aspectos: expressão facial, movimentos do corpo e sincronia na ventilação;

Intensidade da dor: 1 ponto – considerado ausência de dor e 4 pontos considerado dor máxima;

Pontuação: de 3 a 12 pontos, sendo a pontuação mínima 3 e pontuação máxima 12;

Realizado por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Quando: Ao avaliar os sinais vitais com frequência de 1/1hora, na realização do exame físico e antes e após qualquer procedimento realizado;

Registro: Em prontuário eletrônico na evolução diária ou por intercorrência registro realizado por médicos e enfermeiros, formulário de controles assistenciais, juntamente com os sinais vitais 1/1h, local destinado para registro dos técnicos de enfermagem;

## **APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Projeto de Pesquisa: Implementação da escala Behavioural Pain Scale (BPS) para a avaliação da dor em pacientes sedados com ventilação mecânica no centro de terapia intensiva adulto

Pesquisadora: Carolina Duarte da Silva

Ao participante:

Venho por meio deste, solicitar colaboração em participar da pesquisa acima denominada e obter o seu consentimento como participante na resposta do questionário a seguir. O objetivo a que se propõe este estudo é implantar o instrumento BPS para a avaliação da dor em pacientes sedados em ventilação mecânica, em um hospital privado de Porto Alegre- Rio Grande do Sul.

O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração de Trabalho de Conclusão da pesquisadora para a obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional. Sob a orientação da Prof<sup>o</sup> Gabriela Peretti Wagner e Co-orientação da Prof<sup>o</sup> Emiliane Nogueira de Souza. Assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício. Garantir-se-á o anonimato dos participantes. As questões que forem validadas para compor o material publicável retornarão ao grupo para aprovação.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo, a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim. Porto alegre, \_\_/\_\_/\_\_. Este documento obedece às Normas de Pesquisa em Saúde, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisador: E-mail: [caroll@r7com](mailto:caroll@r7com); Fone (51) 999440303

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

	<b>Associação Hospitalar Moinhos de Vento</b>
---	---

### DOCUMENTO DE PADRONIZAÇÃO - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

<b>Propriedades:</b>	
<b>SINAIS VITAIS</b>	
Código:	POP.00709
Versão:	31
Aprovações:	RUBIA NATASHA MAESTRI
Validade:	07/06/2019
Data Criação:	06/01/1992
Estrutura:	Mapa de Processos / 02. Processo Cuidar de Vidas / POP
Data Versão:	07/06/2018
Forma:	REPOSITÓRIO
Autorização:	Todos
Anexos:	Anexo 01 - Protocolo da avaliação e manejo da dor UTINeo.pdf

<b>Requisitos:</b>		
Classificação	Nome	Info
AOP	Avaliação dos Pacientes	
COP	Cuidado aos Pacientes	
7.1	Processos Principais do Negócio e Processos de Apoio	
6.1	Sistemas de trabalho	

<b>Publicação:</b>				
Ação	Responsável	Data Limite	Data Ação	Origem
Verificação	GRACIELA WENDT BARBOSA	07/06/2018	07/06/2018	Usuário
Aprovação	RUBIA NATASHA MAESTRI	07/06/2018	07/06/2018	Usuário

# APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS


Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

TÍTULO:	SINAIS VITAIS
REFERÊNCIA (Padrões de Acreditação / Critérios de Excelência PGQP / PNQ):	
COP – Cuidado aos Pacientes, AOP – Avaliação do paciente, 6 – Pessoas, 7 – Processos	
PROCESSO(S) CORRESPONDENTE(S) – Referente aos Processos Principais do Negócio e de Apoio:	
Cuidar de Vidas	
1. OBJETIVO(S):	
Padronizar a verificação e registro dos sinais vitais do paciente.	
2. APLICAÇÃO:	
Unidades Assistenciais	
3. DESCRIÇÃO DA AÇÃO:	
<p>A condição dos Sinais Vitais, segundo a OMS é identificada como marcadores de gravidade clínica. Os Sinais Vitais na AHMV são compostos de FR, FC, PA, Tax e Dor (definida na instituição como 5º Sinal Vital). A verificação e gerenciamento da dor segue diretrizes institucionais, descritas na classificação 4 deste documento.</p> <p>Na internação os Sinais Vitais devem ser registrados no documento de Admissão Assistencial, preferencialmente pelo Enfermeiro. Este registro deve conter a verificação de Sinais Vitais realizados na hora da admissão ou de até 15 minutos anteriores ao registro da admissão. Os Sinais Vitais de pacientes em pré-operatório devem ser verificados e registrados uma hora antes do procedimento. Outros horários seguirão prescrição do Médico ou do Enfermeiro.</p> <p>Em Terapia Intensiva a aferição dos sinais vitais é de h/h.</p> <p>Em caso de alterações dos Sinais Vitais seguir conduta definida em prescrição médica. Caso não esteja contemplado esta intervenção comunicar o Enfermeiro.</p> <p>Com relação ao gerenciamento da dor o paciente deve ser reavaliado 30 minutos após a administração de medicação EV, SC, IM e Sublingual e uma hora após administração de medicamentos via oral e medidas físicas.</p> <p>A Enfermeira comunicará o médico assistente ou plantonista sempre que o tratamento proposto em prescrição não for eficaz.</p> <p>A verificação dos Sinais Vitais do paciente em Isolamento deve seguir padrão preconizado pelo SCI: utilização de materiais individualizados para cada paciente. Após a alta/transferência do paciente o manguito e demais materiais devem ser higienizados na unidade com desinfetante padronizado.</p> <p><b>Cabe a Equipe de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunir material;</li> <li>- Informar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>- Avaliar o paciente quanto a dor conforme escalas institucionais, descritas abaixo;</li> <li>- Higienizar as mãos;</li> <li>- Secar a axila;</li> <li>- Realizar a antisepsia do termômetro, com o álcool sachê 70%, antes e após colocar no paciente;</li> <li>- Zerar e colocar na axila até o segundo sinal sonoro;</li> <li>- Colocar o termômetro na axila, no braço inverso da verificação da PA, mantendo-o pelo período recomendado pelo fabricante;</li> <li>- Seguir verificando os demais sinais vitais enquanto o termômetro faz a leitura da temperatura do paciente;</li> <li>- Localizar o pulso radial utilizando dedo indicador e o médio e verificar a frequência cardíaca durante um minuto;</li> <li>- Verificar a frequência respiratória durante um minuto, observando a elevação do tórax ou abdômen (sem mudança dos dedos indicadores e médio- para não alterar padrão respiratório do paciente);</li> <li>- Verificar a pressão arterial conforme técnica padronizada para a área, descrita abaixo;</li> <li>- Retirar o termômetro e efetuar a leitura da temperatura;</li> <li>- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool sachê 70 %;</li> <li>- Anotar data e horário e os valores dos sinais vitais na folha de controle padronizada para a área;</li> <li>- Comparar os sinais vitais verificados com os parâmetros normais para a faixa etária;</li> <li>- Se alteração, comunicar enfermeira para definição de conduta;</li> <li>- Reavaliar os sinais vitais conforme as diretrizes;</li> <li>- Checar a prescrição.</li> </ul> <p><b>Técnica de verificação da pressão arterial com uso de aparelho manual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar o funcionamento do aparelho inspecionando mangueiras e conexões e a presença do selo do INMETRO. O manômetro deve estar calibrado;</li> <li>- Posicionar adequadamente o paciente. Mesmo deitado ou sentado, braço (artéria braquial) deverá estar no mesmo nível do coração;</li> <li>- Verificar se de que o manguito encontra-se completamente vazio, perfeitamente ajustado ao braço do cliente e o manômetro zerado;</li> <li>- Colocar o manômetro de modo que seja facilmente visualizado;</li> <li>- Liberar a saída de ar ajustando válvula da pera de borracha;</li> <li>- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente posicionando-o cerca de 2 a 3 cm acima da fossa ante cubital. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e antebraço ligeiramente fletido;</li> <li>- Ajustar para o tamanho do manguito na verificação de pressão arterial em crianças, obesos e pacientes emagrecidos;</li> </ul>	

# APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

<p>ra as gestantes em repouso no leito do último trimestre, verificar a pressão arterial no membro superior direito com a paciente posicionado decúbito lateral esquerdo;</p> <p>o caso de dificuldade na verificação, esperar 1 a 2 minutos para realizar nova mensuração;</p> <p>o verificar a pressão arterial sobre a roupa, com mangas enroladas ou arregaçadas (permitido apenas sobre blusa tipo segunda ou tecidos leves);</p> <p>nca colocar estetoscópio sob o manguito;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Posicionar o manguito, observando localização da artéria braquial;</li></ul> <p>aptar as olivas no conduto auditivo, com curvaturas para frente;</p> <p>par o pulso radial e inflar o manguito até o desaparecimento das pulsações;</p> <p>lar mais 30 mmHg;</p> <p>sicionar a membrana do estetoscópio sobre a artéria braquial com leve pressão dos dedos indicador e médio (nunca utilizar o polegar);</p> <p>sinflar lentamente;</p> <p>terminar a sistólica no aparecimento dos sons e a diastólica com o desaparecimento;</p> <p>o arredondar os valores para dígitos terminados em zero ou cinco;</p> <p>so seja necessário, repetir o procedimento trocar de braço e esperar 30 segundos.</p> <p><u>Técnica de verificação da pressão arterial com aparelho de pressão arterial não invasiva/ monitor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Seguir descrição acima sobre a colocação do manguito e posicionamento do braço do paciente e verificar acionando a tecla específica do aparelho.</li></ul> <p><b>3.1 VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM ADULTOS</b></p> <p>Parâmetros para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Temperatura axilar: 36°C à 37°C</li><li><input type="checkbox"/> Frequência respiratória: 16 à 20 mpm</li><li><input type="checkbox"/> Frequência cardíaca: 60 à 80 bpm</li><li><input type="checkbox"/> Pressão arterial: sistólica: 139 à 89 mmHg; diastólica: 89 à 50 mmHg</li></ul> <p>Horários padrão para aferição de Sinais Vitais nas Unidades de Internação abertas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Manhã: entre 8h e 9h</li><li><input type="checkbox"/> Tarde: entre 14h e 15h</li><li><input type="checkbox"/> Noite: entre 20h e 22h</li></ul> <p><b>3.1.1 Verificação dos Sinais Vitais na Emergência</b> <u>Pacientes com classificação de risco Vermelho:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar e registrar na chegada do paciente e de 30 e 30 minutos até estabilizar, depois de h/h, registrar no documento de controle intensivo Adulto: SA3-004</li></ul> <p><u>Paciente Laranja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar e registrar de 2hs/2hs (usar folha de Controles Assistenciais da UI: SA4-114).</li></ul> <p><u>Paciente Amarelo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar na classificação de risco, e a cada 3 horas enquanto o paciente estiver em observação, ou antes, se alteração, registro no Boletim de Atendimento ou em folha SA4-114.</li></ul> <p><u>Paciente Verde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verificar na classificação de risco, e reavaliar na sala de medicação e 1 hora após a conduta médica; registro em Boletim de Atendimento.</li></ul> <p><u>Emergência Pediátrica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Crianças estáveis em Observação de 2hs/2hs.</li><li>- Crianças graves ou aguardando UTIP de h/h (usar folha de Controles Assistenciais padrão da UTIP).</li><li>- Criança com temperatura elevada rever de h/h até estabilizar este sinal vital.</li></ul> <p><b>3.1.2 Verificação em Pacientes Obstétricas no CO:</b></p> <p>Durante a evolução do trabalho de parto, verificar BCF a cada 1 hora.</p> <p>O primeiro item a ser verificado é a mensuração da dor, que segue aferição e gerenciamento conforme diretrizes descritas em documento específico.</p> <p>Em Hipertensão materna, a pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser verificadas a cada hora, conforme prescrição Médica ou da Enfermeira.</p> <p>Quando a paciente estiver com analgesia, o controle de Sinais Vitais é de responsabilidade do Médico. Demais Sinais Vitais a cada 4h. Utilizar monitor para PA não invasiva, quando prescrito.</p> <p><b>3.1.3 Verificação de Sinais Vitais na RO</b></p> <p>A verificação padrão de sinais vitais segue o esquema abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 15 em 15 min na primeira hora</li><li><input type="checkbox"/> 30 em 30 min na segunda hora</li></ul>
--

	DOCUMENTO DE PADRONIZACAO - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	Página 3/12
---	---	-------------

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

01 em 01 h até a quarta hora  
 No momento da liberação para o quarto (UI)  
 Uma vez ao turno caso não haja quarto disponível.

3.1.4 Verificação de Sinais Vitais no CR:

15 em 15 minutos na primeira hora  
 30 em 30 minutos na segunda hora  
 1 em 1 hora a partir da terceira hora, e quando necessário

3.1.5 Verificação Sinais Vitais do RN na Sala de Admissão:

na chegada do RN  
 na primeira hora de 15/15 minutos, verificar FR, FC e Tax em um minuto  
 liberar para o RO quando Tax 36,6°C e demais sinais estáveis  
 verificar antes da liberação para o Alojamento Conjunto (dentro dos últimos 30 minutos)

3.2 VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM CRIANÇAS

Sempre verificar os Sinais Vitais com a criança tranquila.  
 Verificar primeiro a frequência respiratória.  
 Contar a FR e FC em um minuto, respectivamente.  
 O controle de Sinais Vitais em crianças segue descrição abaixo, podendo ser alterado conforme prescrição Médica:

UTINEO: RNs com cuidados mínimos aferição de Sinais Vitais 3/3horas, RNs estáveis 2/2 horas, RNs graves 1/1 hora  
 UTIP: controle dos Sinais Vitais de 1/1 hora ou de 2/2 horas quando paciente mais estável, pós-operatório de 15/15 minutos na 1ª hora, 30/30 minutos na 2ª hora e após de 1/1 hora  
 UI Pediátrica uma vez ao turno  
 Alojamento Conjunto: são verificados no bebê temperatura, pulso e respiração, frequência cardíaca e dor  
 nados no alojamento conjunto terão sua TA verificada conforme prescrição.  
 Emergência: Na admissão da criança deve-se verificar Temperatura, FC e FR. Verificar TA em crianças acima de 2 anos  
 CRP: 15 em 15 minutos na 1ª hora; 30 em 30 minutos na 2ª hora; 1 em 1 hora a partir da 2ª hora, e quando necessário.

Os sinais verificados rotineiramente são: temperatura axilar, frequência respiratória, frequência cardíaca e dor. A verificação da pressão arterial segue prescrição, com exceção do UTIP.

Parâmetros de Normalidade:

Pressão Arterial:
 

IDADE	SISTOLE	DIÁSTOLE
0 – 3 meses	75	50 mmHg
3 – 6 meses	85	65 mmHg
6 – 9 meses	85	65 mmHg
9 – 12 meses	90	70 mmHg
1 ano – 3 anos	90	65 mmHg
3 anos – 5 anos	95	60 mmHg
5 anos – 7 anos	95	60 mmHg
7 anos – 9 anos	95	60 mmHg
9 anos – 11 anos	100	60 mmHg
11 anos – 13 anos	105	65 mmHg
13 anos – 14 anos	110	70 mmHg

Frequência Respiratória:
 

IDADE	FR
RN	30 – 60 mpm
11 meses	26 – 40 mpm
2 anos	20 – 30 mpm
4 anos	20 – 30 mpm
6 anos	20 – 26 mpm
8 anos	18 – 24 mpm
10 anos	18 – 24 mpm

Frequência Cardíaca:
 

IDADE	FC
RN	70 – 170 120 bpm
11 meses	80 – 160 120 bpm
4 anos	80 – 120 100 bpm
6 anos	75 – 115 100 bpm

# APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

8 anos	70 – 110 90 bpm
10 anos	70 – 100 90 bpm
12 anos	70 – 110 85 bpm
<input type="checkbox"/> Temperatura Corporal: - Temperatura Axilar: 35,9 a 36,9°C - Temperatura oral: 35,8 a 37,2°C - Temperatura Retal: 36,2 a 38°C	
<b>3.3 PARTICULARIDADES NAS ÁREAS AMBULATORIAIS:</b>	
<b>3.3.1 Odontologia:</b> Pacientes em atendimento odontológico deve ter o registro de dor realizado em evolução no seu prontuário eletrônico pelo profissional dentista, conforme escala visual analógica (EVA). Medicação de acordo com a orientação do mesmo.	
<b>3.3.2 Quimioterapia do Centro de Oncologia:</b> Pacientes que recebem terapia endovenosa ambulatorial devem ter os sinais vitais verificados na chegada, durante a infusão quando necessário e ao final da infusão, antes do paciente ser liberado. O registro é realizado em seu prontuário eletrônico, pelo profissional responsável pelo atendimento pelo atendimento.	
<b>3.3.3 Radioterapia:</b> Paciente em tratamento, os sinais vitais são verificados no momento da primeira consulta de enfermagem e quando necessário, o registro é realizado em seu prontuário eletrônico, pelo responsável pela aferição.	
<b>3.3.4 Angiografia e Endoscopia:</b> Os sinais vitais são verificados antes do início da sedação, após procedimento na recuperação são verificados a cada 15 minutos na 1ª hora, a cada 30 minutos na 2ª hora e após a cada hora.	
<b>3.3.4 Angiografia e Endoscopia:</b> Os sinais vitais são verificados antes do início da sedação, após procedimento na recuperação são verificados a cada 15 minutos na 1ª hora, a cada 30 minutos na 2ª hora e após a cada hora.	
<b>3.3.5 Diálise:</b> Paciente em diálise o registro é realizado em documento de Controles Assistenciais do paciente em Hemodiálise, a aferição é realizada a cada 30 minutos.	
<b>3.3.6 Litotripsia:</b> Os sinais vitais são verificados antes da sedação. Após procedimento o paciente é encaminhado para a sala de recuperação. Registrar na folha de Controles Assistenciais específicos de cada área conforme campos estabelecidos.	
<b>3.3.7 Infusões no HMV Iguatemi, Neurologia e Ortopedia:</b> Os sinais vitais são verificados no início, durante a infusão a cada 1 hora e ao término nas aplicações endovenosas. Nas aplicações subcutâneas devem ser verificados no início e no término do procedimento. Os resultados devem ser registrados na Folha de Controle de Sinais Vitais que será anexada ao prontuário físico do paciente.	
<b>4. DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	
A dor na Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) é considerada como 5º sinal vital, devendo ser avaliada juntamente com os demais sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar. A Instituição com o intuito de assegurar a avaliação, registro, tratamento e reavaliação da dor durante a internação do paciente ou atendimento ambulatorial, orienta o gerenciamento desta conforme diretrizes abaixo.	
<b>Objetivos:</b>	
<input type="checkbox"/> Conscientizar e orientar a equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo) quanto ao correto gerenciamento da dor;	
<input type="checkbox"/> Assegurar que paciente e família sejam orientados sobre o gerenciamento da dor na AHMV pela equipe assistencial;	
<input type="checkbox"/> Difundir entre os membros da equipe assistencial as consequências do manejo inadequado da dor;	
<input type="checkbox"/> Assegurar que todos os pacientes tenham acesso às intervenções efetivas para controle da dor da mesma forma que se dá o tratamento imediato das alterações dos demais controles;	
<input type="checkbox"/> Norlear a equipe assistencial quanto à escolha e aplicação das escalas de avaliação da dor padronizadas pela instituição conforme as características e particularidades do paciente;	
<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da reavaliação do tratamento aplicado a dor do paciente;	
<input type="checkbox"/> Compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor para propor e implementar o seu manejo, a fim de não subestimar a dor do paciente;	

# APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

- Promover o bem-estar físico e emocional proporcionado pelo alívio da dor e do sofrimento, entendendo que o alívio da dor é um direito do paciente, um ato humanitário e é eticamente inaceitável negligenciá-lo.

## 4.1 Etapas do Gerenciamento da dor:

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências.

Entende-se que o gerenciamento da dor é um processo dinâmico, contínuo e de exaustiva e permanente avaliação e reavaliação, onde se deve estar atento a identificação de falhas na rotina e nas terapêuticas oferecidas, que devem ser sistematicamente revisadas, atualizadas e difundidas, com participação da equipe assistencial.

Baseado nestas informações, a AHMV possui etapas estabelecidas para gerenciar adequadamente à dor:

- Avaliar a dor;
- Registrar a dor;
- Registrar o tratamento realizado;
- Reavaliar a dor;
- Registrar a reavaliação da dor.

### a) Avaliar a dor:

- A avaliação da dor deve ser feita em TODAS verificações de sinais vitais em toda Instituição.
- A dor deve ser o PRIMEIRO sinal vital a ser avaliado.
- Na admissão assistencial o paciente e/ou familiar devem ser orientados sobre a avaliação da dor na instituição.
- A avaliação da dor pode ser feita por integrante da equipe assistencial (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta), desde que capacitado sobre a rotina, porém o Enfermeiro é o membro da equipe responsável por assegurar que as ações realizadas para o gerenciamento da dor sejam realizadas adequadamente.
- A escolha da escala que será utilizada para avaliar a dor deverá ser feita pelo enfermeiro ou médico.
- Nas unidades onde não se tenha a presença do enfermeiro, o profissional responsável pelo atendimento ao paciente fará a escolha da escala a ser utilizada na avaliação da dor e dará seguimento nas etapas do gerenciamento.

### Indicação do uso das escalas padronizadas para avaliação da dor:

- Escala Visual Analógica (EVA):

Consiste em uma régua com uma linha horizontal de 100mm ou 10cm com os extremos demarcados como 0 "sem dor" e 10 "dor máxima". O profissional deve apresentar a régua ao paciente com o lado da linha voltada para o paciente, explicando o seu objetivo, questionar o paciente quanto ao seu grau de dor, sendo 0 significa ausência total de dor e 10 o nível máximo de dor máxima suportada pelo paciente e solicitar ao mesmo que aponte na linha o local em que ele avalia a grau de intensidade da sua dor naquele momento. No verso da régua (visão para o lado do observador) o avaliador obterá o grau de dor (em número) referido pelo paciente. Orienta-se o uso desta escala para pacientes acima de 5 anos, que tenham condições cognitivas suficientes para o entendimento da escala, até pacientes adultos com capacidade cognitiva preservada. Limita-se o uso desta escala à pacientes com cognição prejudicada.

Escala Visual Analógica: posicionada para o paciente:



Escala Visual Analógica: posicionada para o avaliador:



- Escala de dor Neonatal ou Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):

Instrumento multidimensional que avalia indicadores comportamentais (expressão facial, choro, movimentação de braços e pernas, estado de alerta) e fisiológicos (padrão respiratório). Possibilita diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos em recém-nascidos (pré-termo e a termo) até 29 dias. Possui pontuação mínima de 0 e máxima de 7, sendo classificado a dor como: 0 sem dor, 1 a 2 dor fraca e 6 a 7 dor forte.

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

**Tabela 3 – Escala comportamental de dor para recém-nascidos Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)<sup>2</sup>**

Parâmetro	0	1	2
Expressão facial	relaxada	contraída	-
Choro	ausente	resmungos	vigoroso
Respiração	relaxada	alterada	-
Braços	relaxados	fletidos/estendidos	-
Pernas	relaxadas	fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	dormindo/calmo	desconfortável	-

Significado da pontuação: 0 sem dor; 1-2 dor fraca; 3-5 moderada; 6-7 forte

- Escala N-PASS (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale)

A escala de (NIPS) Neonatal Infant Pain Scale será utilizada pelo técnico de enfermagem para mensurar a dor do recém-nascido, caso o escore seja diferente de zero a Enfermeira deverá ser comunicada.

casos de alteração no escore de dor pela escala (NIPS) a escala (N-PASS) Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale deverá ser aplicada pela Enfermeira com a finalidade de determinar um escore de dor que avalie os critérios comportamentais e fisiológicos do recém-nascido. A intervenção para o controle da dor ou adequação da dose de medicamentos é indicada quando a escala N-PASS atinge um escore >3. O protocolo para aplicação da escala está disponível no Anexo 01 – Protocolo da avaliação e manejo da dor UTINeo.

- Escala CHIPPS (Children and Infants Post Operative Pain Scale): indicada para avaliação de crianças de 0 a 5 anos, onde se avalia indicadores comportamentais: choro, expressão facial, postura de tronco, postura de pernas e inquietação motora. Com pontuação que varia de 0 a 10, sendo dor de 0 a 3= dor controlada e de 4 a 10= indica necessidade de tratamento.

### ESCALA COMPORTAMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE DOR NAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS. CHIPPS – CHILDRENS AND INFANTS POSTOPERATIVE PAIN SCALE .

### ESCALA COMPORTAMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE DOR NAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS. CHIPPS – CHILDRENS AND INFANTS POSTOPERATIVE PAIN SCALE .

ITEM	ESTRUTURA	PONTOS
Choro	Nenhum	0
	Gemido	1
Expressão Facial	Grilo	2
	Relaxado/Sorrindo	0
	Boca Retorcida	1
Postura do Tronco	Careta ( olhos e boca )	2
	Neutra	0
Postura das Pernas	Variável	1
	Arqueado para trás	2
	Neutra/Solta	0
Inquietação Motora	Chutando	1
	Pernas Tencionadas	2
Inquietação Motora	Nenhuma	0
	Moderada	1
	Inquieta	2

Interpretação : Score mínimo = 0  
Score máximo = 10

Zero a 3 = dor controlada.  
4 a 10 = necessita de tratamento.

- Behavioural Pain Scale - BPS


A escala de avaliação de dor BPS é usada para avaliar a dor em pacientes adultos sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. A BPS permite definir a intensidade da dor entre 3 (nenhuma dor) e 12 (a maior intensidade de dor) pontos. Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 pontos (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima).

A sua frequência de aplicação varia conforme a rotina de mensuração de sinais vitais da unidade ou sempre que houver necessidade.

O registro do grau de dor avaliado através deste instrumento deverá ser registrado na folha de controle assistenciais, colocando a caneta ao lado do campo DOR o nome da escala utilizada (BPS, EVA ou PAINAD).

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------



**Escala para avaliação da dor para pacientes sedados e intubados**  
**Behavioral Pain Scale (BSP)**

Item	Descrição	Escore
<b>Expressão facial</b>	Relaxada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Faz caretas	4
<b>Membros Superiores</b>	Sem movimento	1
	Flexão parcial	2
	Flexão total	3
	Totalmente contraído	4
<b>Adaptação à ventilação</b>	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
<b>Total</b>		

Escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD

A escala de avaliação da dor PAINAD é baseada no comportamento e estado fisiológico do indivíduo adulto incapaz de verbalização da sensação de dor, seja por quadro demencial ou afasia e que não esteja entubado ou sedado.  
Os itens avaliados são: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade.  
A PAINAD deve ser aplicada a cada verificação de sinais vitais ou quando necessário, onde os comportamentos em avaliação devem ser observados por no mínimo 5 minutos.

**A PONTUAÇÃO**  
A pontuação varia de 0 (zero, equivalente a menor intensidade) a 2 (dois, maior intensidade) e cada uma das cinco áreas avaliadas recebe um valor.  
A dor do paciente se traduz pela soma das pontuações dadas a cada comportamento avaliado, que varia de 0 a 10 pontos.  
A intensidade da dor se dá da seguinte forma: 0 (zero) pontos considera-se sem dor ou dormindo; de 1 a 3 pontos considera-se dor leve; 4 a 6 pontos considera-se dor moderada e de 7 a 10 pontos considera-se dor severa.

**O GERENCIAMENTO**  
O Gerenciamento da dor segue os tipos de gerenciamento: Comportamental, Físico, Ambiental e Medicamentoso, que devem ser registrados conforme escolha de uso nos controles assistenciais. No uso de analgesia segue tempo para reavaliações:

**O REGISTRO**  
O valor dado à dor do paciente deve ser registrado em folha de Controles Assistenciais com um ponto no respectivo número. Ao final dos turnos, a união das pontuações com um traço, devem formar um gráfico que mapeia as avaliações de dor deste paciente.  
É importante também sinalizar a escala escolhida para a avaliação do paciente, marcando com X no cabeçalho da folha de Controles Assistenciais na respectiva escala.  
Cabe ao enfermeiro, após avaliar o paciente, prescrever em Prescrição de Enfermagem qual escala ideal a ser utilizada para avaliação.

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

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

b e c) Registrar a Dor e o tratamento realizado:

A equipe de enfermagem deve realizar o registro da avaliação de dor do paciente nos impressos de Controles Assistenciais específicos das áreas e no sistema de Classificação de Risco utilizado da emergência.

E equipe de enfermagem é responsável por manter os registros adequados em prontuário.

Nas folhas de controles assistenciais das unidades abertas (unidades de internação, centro de recuperação, emergência, maternidade, CO), deve-se registrar com um ponto (+) no campo dor que vai da pontuação 0 a 10, fazendo a ligação dos pontos com uma linha contínua, formando o gráfico. Fazer o registro nos campos específicos local (conforme numeração da figura do corpo humano no verso da folha) e legenda do tratamento utilizado.

Nas folhas de controles assistenciais das áreas fechadas (CTIA, UTIP, UTINEO e CTC) e na unidade de internação pediátrica fazer o registro no campo dor, utilizando o numeral para representar o grau de dor avaliado, evoluindo no campo observação da escala utilizada.

Na unidade de Hemodiálise fazer os respectivos registros no campo dor, local e tratamento, conforme a escala de avaliação, figura do corpo humano e legenda com as opções de tratamento.

A legenda padronizada que deverá ser registrada nas folhas de controles assistenciais com este campo específico são:

- A: medidas físicas;
- B: medidas comportamentais;
- C: analgesia não opióide;
- D: analgesia com opióide.

Utiliza-se a sigla "Ø" (zero cortado), somente para pacientes que são elegíveis para o uso da escala EVA e que estejam dormindo no momento da avaliação da dor.

Nas unidades onde se utiliza a folha de Controles Assistenciais, fazer o registro Ø no campo da avaliação da dor, justificando no campo observações o motivo da sua utilização.

#### Medidas físicas:

- Orienta-se aplicação de calor ou frio, conforme a avaliação física da dor e prescrição médica e posicionamento no leito, se o paciente possuir liberação médica para isto.

#### Medidas comportamentais:

- Caso perceba que a dor foi desencadeada ou exacerbada por fatores ambientais (sensação de frio, calor, ruídos), fatores emocionais (desejo de contato com familiares, tipo de acompanhante do momento) ou fatores físicos (atividade que realizou antes da dor, posicionamento), cabe a equipe multidisciplinar:

- Proporcionar ambiente tranquilo e com temperaturas adequadas;
- Fazer contato com familiares, se pertinente;
- Aplicar ações para restringir visitas;
- Fornecer ou solicitar acompanhamento psicológico;
- Solicitar visita da equipe de pastoral e outros.

Nas unidades onde não se tenha folha de controle assistenciais o registro da escala utilizada, hora da avaliação, ações realizadas para o alívio

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

da dor e reavaliação das respostas do paciente devem estar descritas em prontuário.  
Fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas devem fazer o registro da avaliação de dor no paciente em evolução assistencial, comunicando o enfermeiro para controle.  
A recusa do paciente em receber o tratamento oferecido também deve ser registrada em evolução assistencial ou folha de controle assistenciais, com data, hora e motivo da recusa.

### Manejo não farmacológico para alívio da dor em trabalho de parto:

A Enfermeira Obstetra determina junto com o médico assistente da paciente, qual será o melhor método utilizado para o trabalho de parto, sendo que o Técnico de Enfermagem poderá executar esse método.

Indicação: franco trabalho de parto, bolsa íntegra, bolsa rota com feto encaixado, líquido meconial com boa vitalidade fetal.

Métodos:

- Banho de aspersão: indicado na fase ativa do trabalho de parto, com dilatação cervical acima de 4cm, pelo tempo mínimo de 20 minutos, com jatos de água na região lombo sacra, baixo ventre.
- Deambulação: indicado independente da fase do trabalho de parto, por tempo indeterminado. A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrica e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal.
- Massagem: pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. A depender da tolerância de cada parturiente, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina objetivando o alívio de dor e no intervalo das contrações com o intuito de proporcionar relaxamento. As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos. Pode ser aplicada nos locais onde a parturiente relatar desconforto, e com auxílio de instrumentos como bolinhas de massagens.
- Bola suíça: auxilia efetivamente no alívio da dor na fase ativa do TP, proporcionando conforto e relaxamento, pode ser associado a outro método. Relaxa musculatura do assoalho pélvico, permite balanço pélvico, auxilia na descida e rotação fetal, facilita postura vertical. A bola feijão pode ser utilizada após analgesia, promove a movimentação da parturiente, exercícios pélvicos, auxiliando na descida fetal.
- Banqueta: utiliza-se na fase final do trabalho de parto, tem como objetivo auxiliar a finalização da descida e rotação fetal. A indicação para o uso se dá quando a mulher atingir os 8cm de dilatação e o feto ainda necessitar fazer o processo de descida, também pode ser utilizado para o momento do nascimento. A parturiente deve sentar-se com os membros inferiores abertos, de forma confortável, ficando em uma posição bem próxima de cócoras e na vertical, o que aumenta a prensa abdominal e o aporte de oxigênio para o feto, as contrações tornam-se mais eficazes, a descida e a rotação são favorecidas.

Os recursos devem ser protegidos individualmente antes do uso com plástico e lençol, e após o uso higienizados com produto padronizado pelo hospital.

### d) Reavaliar a dor:

Na reavaliação da dor, orienta-se utilizar a mesma escala utilizada inicialmente.

Após medidas farmacológicas ou não farmacológicas empregadas no tratamento e controle da dor o técnico de enfermagem ou enfermeiro são responsáveis por fazer a reavaliação da dor.

A reavaliação da dor deverá seguir os critérios institucionais estabelecidos conforme o tratamento efetuado:

- Medicamentos via oral ou tópicos: reavaliar a dor em 1 hora
- Medicamentos injetáveis não opióides (IM, EV, SC): reavalia a dor em 30 minutos
- Medicamentos injetáveis opióides (IM, EV, SC): reavaliar a dor em 30 minutos, reavaliando todos os sinais vitais do paciente (PA, FR, FC e TAX).

Comunicar o médico assistente ou plantonista sempre que o tratamento proposto em prescrição não for eficaz.


### e) Particularidades Paciente Ambulatorial:

Pacientes em atendimento odontológico deve ter o registro de dor realizado em evolução no seu prontuário eletrônico pelo profissional dentista, conforme escala visual analógica (EVA).

Pacientes maiores de cinco anos, com capacidade cognitiva preservada que recebem terapia endovenosa ambulatorial (Setor Quimioterapia do Centro de Oncologia e Infusões no HMV Iguatemi), devem ter registro de dor pela Escala Visual Analógica (EVA) em seu prontuário eletrônico, a ser realizado pelo profissional responsável pelo atendimento.

Paciente em tratamento na unidade de radioterapia, o registro da dor deve ser realizado pela Escala Visual Analógica (EVA), no prontuário eletrônico, no momento da primeira consulta de enfermagem e quando necessário.


Paciente em procedimento ambulatorial sob sedação, na Angiografia, Endoscopia e Radioterapia, utilizar Escala Visual Analógica (EVA) antes do

	DOCUMENTO DE PADRONIZACAO - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	Página 10/12
---	---	--------------

## APÊNDICE I – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: SINAIS VITAIS

Versão 31	POP.00709 SINAIS VITAIS
-----------	-------------------------

<p>início da sedação e na liberação do paciente, realizando registro no prontuário.</p> <p>Paciente em diálise o registro é realizado em documento de Controles Assistenciais do paciente em Hemodiálise, utilizando a Escala Visual Analógica (EVA).</p> <p>Avaliar a dor e realizar o seu registro na folha de Controles Assistenciais específicos de cada área conforme campos estabelecidos.</p> <p>Realizar a reavaliação da dor conforme o tratamento empregado, registrando em documento específico a reavaliação.</p>
<b>4. RECURSOS E/OU MATERIAIS NECESSÁRIOS:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Termômetro digital</li><li>- Estetoscópio</li><li>- Esfigmomanômetro (ou Taycos do quarto)</li><li>- Álcool sachê 70%</li><li>- Relógio. Na UTINEO serão usados os relógios fixados dentro das salas</li><li>- Sonar para verificação de BCF</li><li>- Prontuário do paciente</li><li>- Monitor para verificação de pressão arterial (UTIP, UTINEO, CTIA, CR)</li><li>- Cabo com manguito de tamanho adequado ao RN, pediatria e obeso.</li></ul>
<b>5. AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE:</b>
Comunicar a Enfermeira ou Médico para tomada de decisão e planejamento de cuidados.
<b>6. DOCUMENTOS DE REGISTROS:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescrição Médica</li><li>- Controles Assistenciais</li><li>- Folha de evolução</li><li>- Boletim de Atendimento</li><li>- Prontuário eletrônico do paciente</li></ul>
<b>7. ANEXOS RELACIONADOS:</b>
Anexo 01 – Protocolo da avaliação e manejo da dor UTINEO
<b>8. GLOSSÁRIO (INCLUINDO SIMBOLOS E ABREVIATURAS):</b>
<p>OMS – Organização Mundial da Saúde AHMV – Associação Hospitalar Moinhos de Vento FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória PA – Pressão Arterial Tax – Temperatura Axilar BCF – Batimentos Cardio fetais mmHg – Milímetro de Mercúrio mpm – Movimentos por minuto bpm – Batimentos por minuto RN – Recém-nascido CR – Centro de Recuperação RO – Recuperação Obstétrica CO – Centro obstétrico CRP – Centro de Recuperação Pediátrico VMI – Ventilação mecânica invasiva UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica VO – Via Oral EVA - Escala Visual Analógica NIPPS - Neonatal Infant Pain Scale (Escala de Avaliação de Dor em Recém-nascidos) CHIPPS - Childrens and infants postoperative pain scale (Escala de Avaliação de Dor Aplicada em Crianças) Msis – Membros Inferiores UTINEO – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal UI – Unidades de Internação EV – Endovenosa Sbl – Sublingual SC – Subcutâneo IM – Intramuscular SCI – Serviço de Controle de Infecção</p>
<b>9. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS EXTERNOS DE REFERÊNCIA:</b>
GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º Congresso Brasileiro de

	DOCUMENTO DE PADRONIZACAO - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	Página 11/12
---	---	--------------

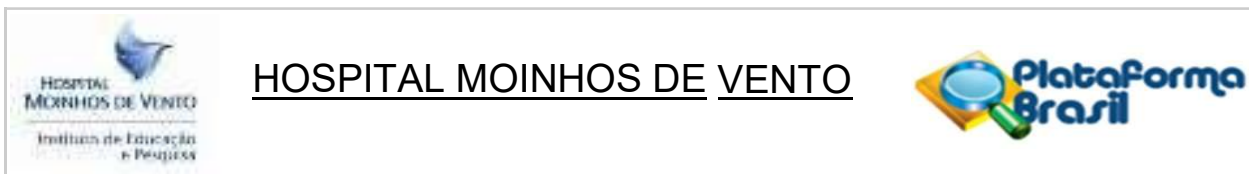
## **ANEXOS**

**ANEXO A – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR BEHAVIORAL PAIN SCALE  
(BPS)**

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Faz caretas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Flexão parcial	2
	Flexão total	3
	Totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

Fonte: Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(4):373-378

## ANEXO B – APROVAÇÃO PROJETO GUARDA-CHUVA



### HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROJETO GUARDA-CHUVA  
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

**Pesquisador:** Daiana Barbosa da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62947416.6.0000.5330

**Instituição Proponente:** Hospital Moinhos de Vento - H MV

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.971.542

#### **Apresentação do Projeto:**

**Introdução:** A unidade de terapia intensiva (UTI) é o nível mais complexo da hierarquia dos serviços hospitalares, surgiram como resposta ao tratamento de paciente graves destinada a doentes críticos, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles restritos relacionados à gravidade dos pacientes.

**Objetivo principal:** Avaliar e aprimorar a assistência prestada aos pacientes críticos internados no CTI Adulto, seus determinantes e preditores, bem como identificar fatores modificáveis no processo de cuidado assistencial.

**Método:** Estudo de coorte retrospectiva e prospectiva. A pesquisa será realizada no centro de tratamento intensivo adulto do Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre.

**Endereço:** Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

**Bairro:** Floresta

**UF:** RS

**Telefone:** (51)3314-3537

**CEP:** 90.560-030

**Município:** PORTO ALEGRE

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



## HOSPITAL MOINHOS DE VENTO



Continuação do Parecer: 1.971.54

O CTIA possui 31 leitos e recebe pacientes de alta complexidade de diversas especialidades. Serão incluídos todos os pacientes internados no CTI Adulto que realizaram pelo menos um procedimento invasivo. Estima-se que neste período, aproximadamente 1500 pacientes sejam incluídos no estudo de acordo com média dos anos anteriores. A coleta de dados será realizada por uma equipe treinada pelo grupo de pesquisa. Somente será realizada coleta de dados de registros prévios em prontuários de pacientes, após assinatura de comprometimento da utilização de dados. A análise estatística dos dados coletados será realizada através de estatística descritiva com cálculo da média, desvio padrão, frequência e percentual. Ostestes estatísticos utilizados serão: o teste Qui-quadrado e exato de Fisher, juntamente com os resíduos ajustados padronizados para avaliar a associação entre as variáveis categóricas e o desfecho, teste t de student para associação entre as variáveis quantitativas e o desfecho. Posteriormente, será realizada uma regressão logística para analisar a relação conjunta das variáveis de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar e aprimorar a assistência prestada aos pacientes críticos internados no CTI Adulto, seus determinantes e preditores, bem como identificar fatores modificáveis no processo de cuidado assistencial.

Objetivo Secundário:

- Identificar potenciais fatores modificáveis associados à morbimortalidade dos pacientes internados no CTI Adulto.
- Verificar a associação entre tempo de circulação extracorpórea e volume de sangramento no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca.
- Verificar a influência do volume de sangramento no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca e tempo de internação.
- Verificar perfil de pacientes em Hemodiálise contínua.
- Avaliar mortalidade em pacientes em Hemodiálise contínua.
- Verificar as principais complicações clínicas dos pacientes em Hemodiálise contínua.
- Verificar infecções relacionadas aos cateteres e dispositivos.
- Avaliar a dor dos pacientes internados, através de escala validada.
- Avaliar alterações dos sinais vitais dos pacientes durante a presença dos familiares no horário da visita.
- Avaliar sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes internados.
- Verificar erros no processo de medicação.
- Melhoria nos processos assistenciais do CTI Adulto.
- Realizar revisão e implantação do protocolo de pausa na sedação

**Endereço:** Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

**Bairro:** Floresta

**CEP:** 90.560-030

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



**HOSPITAL MOINHOS DE VENTO**



Continuação do Parecer: 1.971.54

- Realizar revisão e implantação do protocolo de PAV
- Resistência dos microorganismos x isolamentos
- Verificar a necessidade real de inserção de cateteres venoso centrais de longa/curta permanência para infusão de determinados medicamentos
- Verificar a necessidade real de troca seguida de cateteres de hemodiálise X risco de infecção de corrente sanguínea X eficácia da hemodiálise
- Verificar a incidência de úlceras por pressão e os cuidados prestados

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Não apresenta riscos;

Benefícios:

A participação no estudo não trará benefício direto ao sujeito, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, podendo contribuir para uma orientação mais específica para cada paciente internado no CTI Adulto. As pendências referentes ao desenho do estudo, e conseqüentemente ao TCLE, e ao título foram devidamente atendidas no projeto.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As pendências referentes ao desenho do estudo, e conseqüentemente ao TCLE, e ao título foram devidamente atendidas no projeto

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

A ausência do TCLE foi devidamente justificada.

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

Sem mais pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:** Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Moinhos de Vento, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e a Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do Projeto

**Endereço:** Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

**Bairro:** Floresta

**CEP:** 90.560-030

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537

**E-mail:** cep.iep@hmv.org.br

Continuação do Parecer: 1.971.54

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

<b>Tipo Documento</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Postagem</b>	<b>Autor</b>	<b>Situação</b>
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831654.pdf	07/02/2017 15:40:0		Aceito
Outros	resposta_parecer.pdf	07/02/2017 15:39:41	Daiana Barbosa da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Estudo_Retrospectivo.pdf	07/02/2017 15:38:42	Daiana Barbosa da Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	12/12/2016 16:27:06	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito
Outros	termo_Compromisso3.pdf	09/12/2016 20:32:06	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito
Outros	termo_compromisso2.pdf	09/12/2016 20:31:48	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito
Outros	termo_compromisso1.pdf	09/12/2016 20:31:3	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito
Outros	responsabilidade.pdf	09/12/2016 20:31:09	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	30/11/2016 05:25:29	Claudia Severgnini Eugenio	Aceito

**Situação do Parecer: Aprovado**

**Necessita Apreciação da CONEP: Não**

**PORTO ALEGRE, 19 de Março de 2017**

**Assinado por:  
Guilherme Alcides Flôres Soares Rollin  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

**Bairro:** Floresta

**CEP:** 90.560-030

**UF:** RS

**Município:**

PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br