RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO COM ALTERAÇÕES DE CONSCIÊNCIA: SCOPING REVIEW

PAIN ASSESSMENT IN CRITICALLY ILL PATIENTS WITH ALTERED CONSCIOUSNESS: SCOPING REVIEW

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO CON ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA: SCOPING REVIEW

Joana Estevam[1], Adriano Pedro[2].

[1]Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal.
[2]Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 22-10-2024 Aceite/Accepted: 19-03-2025 Publicado/Published: 27-03-2025

DOI: http://dx.doi.org//10.60468/r.riase.2024.10(3).684.30-51

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

RESUMO

Introdução: A dor está frequentemente presente no doente crítico. Em doentes com alterações de consciência em que autorrelato não é possível, a avaliação da dor torna-se desafiante para os enfermeiros. É fundamental o uso de escalas apropriadas para estes doentes, válidas e confiáveis.

Objetivo: Identificar as escalas de avaliação da dor mais adequadas para os doentes em estado crítico com alterações de consciência.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review*. A pesquisa decorreu durante o mês de março de 2024 na EBSCOhost e Google Académico, usando os descritores *Critical Care; Pain Measurement*; *Pain Assessment*, validados no DeCS/MeSH. Foram encontrados 299 artigos. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 13 artigos.

Resultados: As escalas comportamentais *Behavioral Pain Scale* e a *Critical Care Pain Observation Tool*, são as mais utilizadas para avaliar a dor em doentes internados no Serviço de Medicina Intensa. Estas escalas e a *Behavioral Pain Scale-Non Intubated*, foram desenvolvidas especificamente para doentes que não comunicam e mostraram as propriedades psicométricas mais fortes com maior evidência. Apresentam limitações em populações específicas como doentes vítimas de trauma, queimados e do foro neurocirúrgico. Ferramentas não comportamentais necessitam de mais estudos.

Conclusão: BPS e CPOT são as escalas mais utilizadas e adequadas para avaliar a dor em doentes críticos com alterações de consciência. Estas estão validadas e adaptadas culturalmente em Portugal e ambas são recomendadas pela *Society of Critical Care Medicine* e *American Society for Pain Managent Nursing*. É crucial que os enfermeiros sejam capazes de avaliar a dor utilizando escalas adequadas.

Palavras-chave: Avaliação da Dor; Doente crítico; Enfermeiro; Escalas; Estado de Consciência Alterado.

ABSTRACT

Introduction: Pain is frequently present in critically ill patients. In patients with altered consciousness in which self-reporting is not possible, pain assessment becomes challenging for nurses. It is essential to use appropriate, valid and reliable scales for these patients.

Objective: Identify the most appropriate pain assessment scales for critically ill patients with altered consciousness.

Methodology: A scoping review was carried out. The research took place in March 2024 in EBSCOhost and Google Scholar, using the descriptors Critical Care; Pain Measurement; Pain

Assessment, validated in DeCS/MeSH. A total of 299 articles were found. After applying the inclusion and exclusion criteria, 13 articles were obtained.

Results: The Behavioral Pain Scale and the Critical Care Pain Observation Tool are the most widely used scales to assess pain in patients admitted to the Intensive Care Unit. These scales and the Behavioral Pain Scale-Non Intubated were developed specifically for non-communicative patients and have shown the strongest psychometric properties with the greatest evidence. They have limitations in specific populations such as trauma, burn and neurosurgical patients. Non-behavioral tools require further study.

Conclusion: BPS and CPOT are the most widely used and appropriate scales for assessing pain in critically ill patients with altered consciousness. They are validated and culturally adapted in Portugal and both are recommended by the Society of Critical Care Medicine and the American Society for Pain Management Nursing. It is crucial that nurses are able to assess pain using appropriate scales.

Keywords: Altered Consciousness; Critically Ill; Nurse; Pain Assessment; Scales.

RESUMEN

Introducción: El dolor está frecuentemente presente en pacientes críticos. En pacientes con alteraciones de la conciencia en los que no es posible informarlos, la evaluación del dolor se convierte en un desafío para los enfermeros. Es fundamental utilizar escalas adecuadas a estos pacientes, válidas y fiables.

Objetivo: Identificar las escalas de evaluación del dolor más adecuadas para pacientes críticos con alteraciones de la conciencia.

Metodología: Se llevó a cabo una *scoping review*. La investigación se desarrolló durante el mes de marzo de 2024 en EBSCOhost y Google Académico, utilizando los descriptores *Critical Care*; *Pain Measurement*; *Pain Assessment*, validada en DeCS/MeSH. Se encontraron 299 artículos. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 13 artículos.

Resultados: La *Behavioral Pain Scale* y la *Critical Care Pain Observation Tool* son las más utilizadas para evaluar el dolor en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Estas escalas, y la *Behavioral Pain Scale-Non Intubated*, se desarrollaron específicamente para pacientes que no se comunican y han mostrado las propiedades psicométricas más fuertes con mayor evidencia. Presentan limitaciones en poblaciones específicas como pacientes traumatizados, quemados y neuroquirúrgicos. Las herramientas no conductuales requieren más estudios.

Conclusión: BPS y CPOT son las escalas más utilizadas y adecuadas para evaluar el dolor en pacientes críticos con alteración de la conciencia. Estos están validados y adaptados cultu-

ralmente en Portugal y ambos están recomendados por la *Society of Critical Care Medicine* y *American Society for Pain Managent Nursing*. Es fundamental que los enfermeros puedan evaluar el dolor utilizando escalas adecuadas.
Descriptores: Alteración del Estado de Conciencia; Enfermero; Escalas; Evaluación del Dolor; Paciente Crítico.

INTRODUÇÃO

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano"[1].

A dor é um diagnóstico e foco de atenção da prática de enfermagem, descrita como perceção comprometida de várias dimensões do bem-estar da pessoa[2,3].

É um importante problema de saúde pública e tem impacto clínico, social e económico, por isso deve ser uma prioridade por parte dos profissionais de saúde[4].

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem-na como o quinto sinal vital[5]. Em comparação com outros sinais vitais, a dor no doente crítico não é ponderada como uma prioridade[6].

O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde. É um direito das pessoas e a negação ou desvalorização da dor é um erro ético e uma falha da excelência do exercício profissional[7]. Segundo Bambi *et al* (2019)[4] não se trata apenas de um dever ético, mas também legal.

A dor é um sintoma subjetivo, difícil de avaliar e caracterizar, sendo importante respeitar a avaliação pelo próprio doente quando comunica[8].

No doente crítico a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica[9]. Portanto, quando se encontra entubado, ventilado, sedado, a avaliação da dor deve ser realizada por um profissional qualificado uma vez que o doente não comunica[8]. O enfermeiro tem uma intervenção fundamental e necessita de conhecimentos específicos na área, sendo o controlo da dor uma das responsabilidades mais importantes do enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva (SMI)[3,10].

Apesar da dor ser frequente no SMI e de estarem disponíveis ferramentas para mensurá-las, o uso inconsciente das escalas de avaliação da dor tem resultado em avaliações não rotineiras e impressivas deste sinal vital e como consequência o seu controlo inadequado[11].

A presença de dor no doente crítico esta associada a piores desfechos clínicos, como aumento da mortalidade, tempo de internamento e ventilação mecânica, sendo que o seu controlo tem impacto positivo[11].

Em doentes com alterações de consciência, a autoavaliação da dor é impraticável uma vez que a comunicação se encontra comprometida, o que causa um desafio para os profissionais de saúde. Posto isto, é fundamental o uso de escalas válidas e confiáveis[12].

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma *scoping review*, com base nas *guidelines* da *Joanna Briggs Institute*, tendo como objetivo identificar as escalas de avaliação da dor mais adequadas para doentes em estado crítico com alterações de consciência. Para dar resposta ao objetivo foi delineada como questão da revisão: Como avaliar a dor no doente crítico com alterações de consciência? Segundo a estratégia do PCC: População – Doente crítico; Conceito – Avaliação da dor; Contexto – Doente com alterações de consciência.

Foram realizadas duas pesquisas independentes durante o mês de março de 2024. Uma na plataforma EBSCOhost e outra no Google Académico, com as seguintes palavras-chave: *Critical Care*; *Pain Measurement*; *Pain Assessment*, tendo sido previamente validadas no DeCS/MeSH.

Na EBSCOhost foram consultadas as bases de dados MEDLINE *ultimate* e CINAHL *ultimate* e delineada a seguinte estratégia de pesquisa com operador booleano: (Critical care) AND (*Pain measurement*) AND (*Pain assessment*) NOT (*Pediatric or child or children or infant or* adolescent).

Procedeu-se à seleção dos artigos com os seguintes critérios de inclusão: Texto Integral; Analisado por pares; Data de Publicação (20190101-20241231); Idioma: Inglês e Português; Tipos de Fontes: Revistas Académicas e critérios de exclusão: Menores de 18 anos; Não se adequa à questão da revisão; Artigos duplicados; Estudos de validação de escalas que não sejam realizados em Portugal.

Dos 91 artigos da pesquisa, foram excluídos 53 artigos após leitura de título e resumo, foram analisados 34 artigos por leitura integral, sendo que 21 não se adequavam à questão da revisão. Foram selecionados desta primeira pesquisa 9 artigos para esta revisão.

No Google Académico foram utilizadas as mesmas palavras-chave: *Critical Care*; *Pain Measurement*; *Pain Assessment*. Procedeu-se à seleção dos artigos como critérios de inclusão: Período específico (2019-2024); Idioma: português; Artigos de revisão e critérios de exclusão os mesmos da pesquisa anterior. Por ordem de relevância e após leitura de título foram selecionados 5 artigos para leitura integral, sendo que um deles, se encontrava duplicado em relação à primeira pesquisa. Foram selecionados desta segunda pesquisa mais 4 artigos para esta revisão tendo sido consultados nas bases de dados SciELO, B-on e Repositório Comum.

Assim sendo, das duas pesquisas realizadas foram incluídos 13 artigos para esta revisão *scoping*, tal como é apresentado no fluxograma do processo de seleção de registos segundo o PRISMA 2020 de Page *et al*[13] (Figura 1↗).

RESULTADOS

De modo a facilitar a interpretação dos resultados foi elaborado uma tabela de síntese dos 13 artigos selecionados, que integram a discussão. O Quadro 1↗ divide-se em 4 categorias: título do artigo e autor; país, ano, revista e tipo de estudo; objetivo e respetivos resultados e conclusão.

DISCUSSÃO

A realização deste estudo permitiu identificar as escalas de avaliação da dor mais adequadas para doentes em estado crítico com alterações de consciência e que estão validadas para Portugal.

A avaliação sistemática da dor com ferramentas válidas é imprescindível para o controlo da dor, sendo um indicador de boa prática. O autorrelato da dor deve ser obtido sempre que possível. É a chave na avaliação e tratamento da dor, uma vez que é o indicador mais confiável e que pode ser feito através da Escala Visual Analógica (EVA)[10,14,15,17].

Alves *et al* (2023)[11], no seu estudo também identificou que uma das escalas mais utilizadas para avaliar a dor no SMI era a escala autorrelato NRS (escala numérica de avaliação da dor).

No entanto, no SMI muitos doentes não conseguem comunicar verbalmente a sua dor e desconforto, devido a situações críticas, tais como alteração de consciência, ventilação mecânica invasiva (VMI) e sedação[10,14]. Posto isto, a avaliação da dor deve ser feita por indicadores comportamentais e fisiológicos[14].

No seu estudo Cunha *et al* (2020)[12], identificaram sete escalas de avaliação da dor para doentes com alterações de consciência: FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Instrument*); BPAS (*Behavioral Pain Assessment Scale*) BPS (*Behavioral Pain Scale*); NVPS (*Nonverbal Adult Pain Assessment Scale*); CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*); BPS-NI (*Behavioral Pain Scale-non intubated*); NCS (*The Nociception Coma Scale*). BPS recebeu a melhor pontuação e o facto de estar traduzida para português, sugere que seja utilizada de imediato nestes doentes. De seguida a NCS, BPS-NI, NVPS e FLACC também tiveram boas pontuações. A BPS-NI, NVPS e NCS não tem estudos de tradução publicados para língua portuguesa. A FLACC foi traduzida/adaptada culturalmente e validada para o contexto português e utilizada em crianças.

A escala BPS foi validada e adaptada culturalmente para português por Batalha *et al* (2013) [22] e selecionada pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI][17].

Para além da EVA, CPOT e BPS, foi encontrada outra escala nos estudos selecionados por Silva *et al* (2019)[15] a ESCID (*The behavioral indicators of pain scale*). Esta escala foi comprovada válida e com boas propriedades psicométricas em doentes críticos com ventilação mecânica e pós-cirúrgico. Os mesmos autores elaboraram um fluxograma com estas quatro escalas, com o intuito de otimizar a tomada de decisão perante cada escala consoante o estado clínico do doente crítico, sendo que a EVA e CPOT eram adequadas para doentes comunicativos e BPS, CPOT e ESCID para doentes não comunicativos.

Existem inúmeras escalas para avaliação da dor no SMI. No entanto, vários estudos concluíram que a BPS e CPOT são as mais utilizadas e recomendadas para doentes críticos, sendo as escalas validadas e mais adequadas para avaliação da dor em doentes incapazes de auto relatar a dor[8,10,11,14,15,17].

As escalas BPS e CPOT foram consideradas pelos profissionais de saúde ferramentas de fácil utilização e memorização[8]. O uso destas escalas são um método mais prático e barato, podendo ser introduzidos com facilidade e abrangência no sistema de saúde[18].

Estas escalas são observacionais e comportamentais, sendo indicadas para doentes críticos, sedados e /ou inconscientes, sob VMI e/ou dificuldade na comunicação. A BPS foi desenvolvida e testada em 2001 por Payen *et al* (2001) e CPOT em 2006 por Gélinas *et al*[8,12,17,20].

Estas escalas receberam a melhor pontuação em qualidade. A CPOT foi criada para detetar dor em doentes críticos e é utilizada na avaliação da dor em doentes adultos com e sem tubo endotraqueal, que não conseguem comunicar verbalmente[10,14,17]. Enquanto a BPS só pode ser usada em doentes ventilados. A diferença é na avaliação dos indicadores[14,17].

A BPS avalia indicadores como a expressão facial, movimentos dos membros superiores e a adaptação do ventilador[8,14,17,21]. Cada categoria é avaliada de 1-4 pontos e a pontuação total de 3-12 pontos[15,20,21]. A pontuação > 5 é interpretada como presença de dor[21]. A CPOT avalia indicadores como a expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ao ventilador em doentes com entubação orotraqueal ou a vocalização em pacientes extubados[8,14,17,21]. A pontuação vai de 0-2 pontos em cada domínio e pontuação total de 0-8 pontos, pontuação > 2 é interpretada como presença de dor[10,15,20,21].

Wojnar-Gruszka *et al* (2022)[16] dá enfase à *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU* (PADIS) de 2018, que relatam que as ferramentas de avaliação da dor mais precisas e confiáveis para doentes incapazes de comunicarem são a BPS e a CPOT.

Bambi *et al* (2019)[4] através do seu estudo elaboraram dez recomendações de boas práticas na avaliação da dor nos doentes internados no SMI. Uma delas e também seguindo as atuais diretrizes da PADIS recomendam que o enfermeiro deve utilizar escalas validadas como: CPOT, BPS e BPS-NI em doentes que não conseguem auto relatar sua dor.

Vários estudos avaliaram as propriedades psicométricas da BPS e CPOT, tendo sido adaptadas culturalmente em vários países. BPS é a ferramenta mais amplamente testada[8,12,21]. Ambas as escalas são recomendadas pela *American Society for Pain Managent Nursing* (ASPMN) para avaliação da dor em doentes entubados e/ou inconscientes[10,12].

A validade refere-se a se o instrumento mede o que se pretende medir e a confiabilidade é a capacidade da ferramenta de avaliação da dor fornecer melhores resultados nas mesmas circunstâncias[14].

Pinheiro & Marques (2019)[8] e Birkedal *et al* (2020)[14] através das suas pesquisas concluíram que BPS e CPOT apresentam boas propriedades psicométricas, boa confiabilidade e validade em doentes internados no SMI entubados e não entubados, incapazes de auto relatar a dor, devendo ser ambas as escalas utilizadas para avaliar a dor nestes doentes.

No entanto, a CPOT é preferível devido à sua validação discriminante, ou seja, deteta melhor a dor, distinguindo o desconforto ou dor e fornecendo um melhor tratamento. Em diversos estudos a BPS aumentou a sua pontuação durante cuidados orais não dolorosos, enquanto a CPOT permaneceu inalterada, devido a resultado de alterações da expressão facial e movimentos dos membros superiores. Esse aumento é devido a reflexos ao toque e não em resposta à dor. Tosse e esforço também podem ser reflexos devido ao movimento do tubo endotraqueal do doente à higiene. Embora, a BPS seja mais fácil de memorizar uma vez que só tem três domínios e a CPOT quatro, esta última é mais precisa. BPS requer a avaliação da

forma de onda e assincronia do ventilador, o que dificulta a avaliação simultânea do rosto e corpo do doente. Na CPOT nos doentes entubados, basta ouvir os alarmes do ventilador, sendo uma alternativa útil[14].

Pinheiro & Marques (2019)[8], concluíram através do seu estudo que ambos os instrumentos são sensíveis quando aplicados durante a realização de procedimentos dolorosos, registando-se o aumento dos vários indicadores, nomeadamente a expressão facial na BPS e a tensão muscular/rigidez, tensão facial e tolerância ao ventilador/tosse na CPOT, bem como a tensão arterial em ambas as escalas.

Nalguns estudos as pontuações de BPS aumentaram durante procedimentos dolorosos e não dolorosos, enquanto a CPOT aumentaram apenas em procedimentos dolorosos sendo, portanto, um instrumento de escolha para avaliação da dor para doentes internados no SMI com níveis de consciência alterados[17].

Silva *et al* (2019)[15], citam também um estudo em que avaliam CPOT antes, durante e após estímulos não nociceptivos (pressão arterial não invasiva com insuflação de manga e toque suave) e estímulos nociceptivos (aspiração endotraqueal e a mudança de decúbito). Em todos eles houve uma validação discriminante com maior pontuação durante os estímulos nociceptivos em comparação dos estímulos não nociceptivos. Também foi avaliado simultaneamente FC, PAM e o BIS, concluindo que alterações de sinais vitais são medidas não confiáveis para avaliação da dor, principalmente após procedimentos importantes ou durante uma doença crítica, uma vez pode estar associado a instabilidade hemodinâmica ou podem ser efeitos colaterais de terapêuticas.

Os enfermeiros do SMI não devem basear-se apenas em sinais vitais para avaliação da dor e devem ser incentivados a utilizar uma escala comportamental válida[17].

Os resultados do estudo de Nazari *et al* (2022)[20] demonstraram que tanto CPOT quanto BPS tem validade discriminante aceitável na diferenciação de procedimentos nociceptivos e não nociceptivos em doentes inconscientes no SMI e que os enfermeiros precisam prestar muita atenção aos sinais não-verbais da dor ao usar o CPOT e o BPS para avaliação da dor nestes doentes. BPS diferencia melhor entre procedimentos nociceptivos e não nociceptivos que CPOT.

O estudo realizado por Wojnar-Gruszka *et al* (2022)[16], que comparam a utilidade das escalas na avaliação da dor com doentes com diversos graus de sedação comprovou de forma positiva a utilização de BPS e CPOT. Ambas as escalas são igualmente úteis para avaliar a dor em doentes com vários graus de analgesia ou sedação tanto conscientes como inconscientes.

Os procedimentos de enfermagem causam dor, independentemente do nível de sedação e a combinação do BPS e do CPOT pode ser uma ferramenta valiosa para avaliação da dor em doentes críticos sob VMI, uma vez que proporcionou melhor sensibilidade em comparação com cada uma dessas escalas separadamente[8,16].

BPS e CPOT são confiáveis em apenas pacientes com função motora intacta e comportamento observável[15]. Apresentam limitações em doentes vítimas de trauma, queimados e foro neurocirúrgico[8].

As ferramentas comportamentais de avaliação da dor só podem ser usadas em doentes capazes de reagir comportamentalmente à estimulação. Estas escalas são limitadas para doentes sedados com RASS ≤ -4 (Escala de Sedação de Agitação de Richmood) ou GCS de 3 (Escala de Coma de Glasgow)[21]. Para além disso, não permitem avaliar a dor em doentes que não podem manifestá-los de forma visível, com por exemplo com paralisia dos membros ou lesões craniofaciais. Deve assumir-se que também sentem dor e usar outros métodos[16].

Vários estudos fazem referências a ferramentas não comportamentais tais como, pupilometria, condutância da pele, índice de analgesia/nocipeção e índice bispectral. No entanto, estas ferramentas não comportamentais necessitam de mais estudos[11,16,18,21].

Gelinas *et al* (2019)[21] no seu estudo, que partiu do trabalho concluído das *guidelines* atualizadas da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) de 2018, analisaram o desenvolvimento, a confiabilidade e validade de nove ferramentas comportamentais de avaliação da dor para doentes críticos adultos não comunicativos. BPS, BPS-NI e CPOT, foram desenvolvidos especificamente para esta população, mostraram as propriedades psicométricas mais fortes com maior evidência, com testes de validação realizados em vários países e vários idiomas.

Nesse sentido, Marques *et al* (2022)[17] através do seu estudo, traduziram e validaram CPOT para português. A versão portuguesa da CPOT mostrou-se válida e confiável para doentes com VMI, conscientes e inconscientes. Esta é uma alternativa à BPS que era a única escala validada para doentes portugueses internados no SMI[17].

Cazita *et al* (2022)[19] & Modanloo *et al* (2019)[10] referem segundo as suas pesquisas que os enfermeiros subestimam a intensidade da dor e usavam métodos inválidos para avaliar a dor no SMI. Uma grande percentagem antes e durante procedimentos dolorosos não recebem tratamentos para alívio da dor[10]. Utilizaram escalas numéricas e visuais ou alteração de sinais vitais em vez de BPS, CPOT ou ESCID, o que resulta em negligência neglicência perante doentes que não comunicam, pois, mesmo sedados também sentem dor[19].

A dor não pode ser tratada, se não for avaliada. Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação e gestão da dor e são defensores dos seus doentes de forma a garantir que a dor não passa despercebida. São responsáveis por avaliar com regularidade a dor usando métodos apropriados à capacidade de comunicação do doente, como o autorrelato ou escalas comportamentais e deste modo oferecer um tratamento adequado. É essencial promover a avaliação da dor como quinto sinal vital[17,18,21].

Em suma, o uso de ferramentas validadas de avaliação comportamental da dor é crucial para doentes críticos que não comunicam. É importante que todos os profissionais sejam treinados para utilizar estas ferramentas de avaliação comportamental da dor indicadas para os SMI, para que consigam interpretar os scores da dor e adquirir melhor resultados na avaliação da dor[10,21].

A comunicação sobre a avaliação da dor poderia ser melhorada se fosse abordada nas passagens de turno, nas visitas diárias multidisciplinares, de modo a compreender os métodos utilizados para obter informações sobre a dor do doente. Chefes de equipa e enfermeiros especialistas são incentivados a realizar controlo da qualidade de avaliação da dor[21].

A gestão da dor do doente crítico é uma preocupação dos profissionais de saúde. Independentemente da sua condição clínica, a dor é frequente e a sua correta avaliação por meio de instrumentos adequados permite melhor adequação de medidas terapêuticas[8]. Melhor controlo da dor associa-se a melhores resultados nos doentes do SMI[14].

CONCLUSÃO

Nos cuidados ao doente crítico em que há uma monitorização de cabeceira, os enfermeiros são extremamente importantes no controlo da dor. A avaliação da dor no doente crítico é um desafio, é mais complexo e mais difícil. Os doentes apresentam barreiras na comunicação, derivado do seu estado clínico, tais como alterações de consciência, entubação endotraqueal e sedação. A dor é frequente nestes doentes e não deve ser desvalorizada ou desrespeitada. É crucial que os enfermeiros sejam capazes de avaliar a dor utilizando escalas apropriadas.

Embora estes doentes não sejam capazes de comunicar a sua dor, os indicadores observáveis são os melhores índices. Há escalas apropriadas para estes doentes, como escalas comportamentais da dor.

BPS e CPOT são as escalas mais utilizadas e recomendadas para doentes críticos, com alterações de consciência, que não comunicam, entubados ou extubados, sedados ou não sedados, sendo as mais adequadas para avaliação da dor em doentes incapazes de auto relatar a dor. Estas estão validadas e adaptadas culturalmente em Portugal. Podem ser usadas separadamente consoante o estado clínico do doente, ou até mesmo em simultâneo para garantir resultados mais precisos. Devido aos domínios de cada escala apresentados em Anexo I e II, a escala BPS só pode ser usada para doentes ventilados, ao contrário da CPOT que pode ser usada para doentes entubados e extubados.

Para além de vários estudos das suas propriedades psicométricas, ambas as escalas são recomendas pela *Society of Critical Care Medicine* e pela *American Society for Pain Management Nursing*.

É necessária formação aos enfermeiros sobre as escalas comportamentais, como também disponibilizar instrumentos adequados para a avaliação da dor, regulamentá-los e colocá-los em prática de forma rotineira nos cuidados de enfermagem. O enfermeiro tem de respeitar a dor como um sinal vital. Avaliar a dor de forma adequada com instrumentos apropriados, permite tratá-la, oferecer melhor qualidade nos cuidados, conforto, promover saúde ao doente e prevenir complicações. O controlo da dor nos doentes com alterações de consciência, devido à sua vulnerabilidade, é um passo crucial para a humanização dos cuidados, indo ao encontro da arte do cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Loeser J. D. & Treede R.D. 2008. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. Pain, 137(3): 473-477. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025

2. International Council of Nurses [ICN]. (2019). Browser CIPE. International Council of Nurses. Disponível em: https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

3. Teixeira, J. M. & Silva, M. A. (2023) Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. Brazilian Journal of Health Review, 6(1): 1056-1072. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082

4. Bambi, S., Galazzi, A., Pagnucci, N. & Giusti, G. D. (2019). Pain assessment in adult intensive care patients. Scenario, 36(2):e1-e12. Disponível em: https://doi.org/10.4081/scenario.2019.388

5. Bottega, F. H. & Fontana, R.T. (2010) A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enferm. 19(2):283-290. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009

6. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2012). Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf

7. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2008). DOR – Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf

8. Pinheiro, A. R. & Marques, R. M. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 31(4):571-58. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070

9. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

10. Modanloo, M., Mohsenpour, A., Rahmani, H., Moghaddam & S., Khoddam, H. (2019). Impact of Implementing the Critical Care Pain Observation Tool on Nurses' Performance in Assessing and Managing Pain in the Critically Ill Patients. Indian Journal of Critical Care Medicine, 23(4):165-169. Disponível em: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23146

11. Alves, I. G., Bezerra, R. D. & Brito, B. B. (2023). Incidência e impactos da dor em unidades de terapia intensiva: revisão sistemática. BrJP, 6(4): 435-447. Disponível em: https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230084-pt

12. Cunha, D., Ribeiro, A. & Pereira, F. (2020) Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática. Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43(1):59-68. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/entities/publication/da151393-8c16-439f-8656-175e6f533211

13. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Cho, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,...Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

14. Birkedal, H. C., Larsen, M. H., Steindal, S. A. & Solberg, M. T. (2020). Comparison of two behavioural pain scales for the assessment of procedural pain: A systematic review. Nursing Open, 8, 2050-2060. Disponível em: https://doi.org/10.1002/nop2.714

15. Silva, M. E., Souza, T. G., Oliveira, S. M. (2019). Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas. Revista Enfermagem Atual In Derme, 90(28):1-7. Disponível em: https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.489

16. Wojnar-Gruszka, K., Sega, A., Płaszewska-Zywko, L., Wojtan, S., Potocka, M. & Kózka, M. (2022). Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(10894):1-13. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph191710894

17. Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A. & Gélinas, C. (2022) Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. Healthcare, 10 (1075)1-10. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare10061075

18. Hora, T. C. & Alves, I. G. (2020). Escalas para a avaliação da dor na unidade de terapia intensiva. Revisão sistemática. BrJP, 3(3):263-274. Disponível em: https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200043

19. Cazita, B. S., Figueira, B. B., Souza, L. A. & Gabriel, F. C. S. (2022). Avaliação e controle da dor pelos enfermeiros intensivistas na terapia intensiva: uma revisão de escopo. Scire Salutis, 12(2):28-35. Disponível em: https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.002.0004

20. Nazari, R., Froelicher, E. S., Nia, H. S., Hajihosseini, F., Mousazade, N. (2022). Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study. Indian Journal of Critical Care Medicine, 26(4): 474-478. Disponível em: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24154

21. Gélinas, C., Joffe, A. M., Szumita, P. M, Payen, J. F., Bérubé, M., Shahiri , S., Boitor, M., Chanques, G. & Puntillo, K. A. (2019). A Psychometric Analysis Update of Behavioral Pain Assessment Tools for Noncommunicative, Critically Ill Adults. AACN Advanced Critical Care, 30(4):365-387. Disponível em: https://doi.org/10.4037/aacnacc2019952

22. Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). Revista de Enfermagem Referência, III Série – n.º 9, 7-16. Disponível em: https://doi.org/10.12707/RIII12108

Autoras
Joana Estevam
https://orcid.org/0009-0004-7632-9897
Adriano Pedro
https://orcid.org/0000-0001-9820-544X

Autora Correspondente/Corresponding Author
Joana Estavam – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal.
joana.estevam@hotmail.com

Contributos das autoras/Authors' contributions
JE: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento, análise e revisão e discussão dos resultados.
AP: Desenho do estudo, análise dos dados, revisão e discussão dos resultados.
Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024.
Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.
Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024.
Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

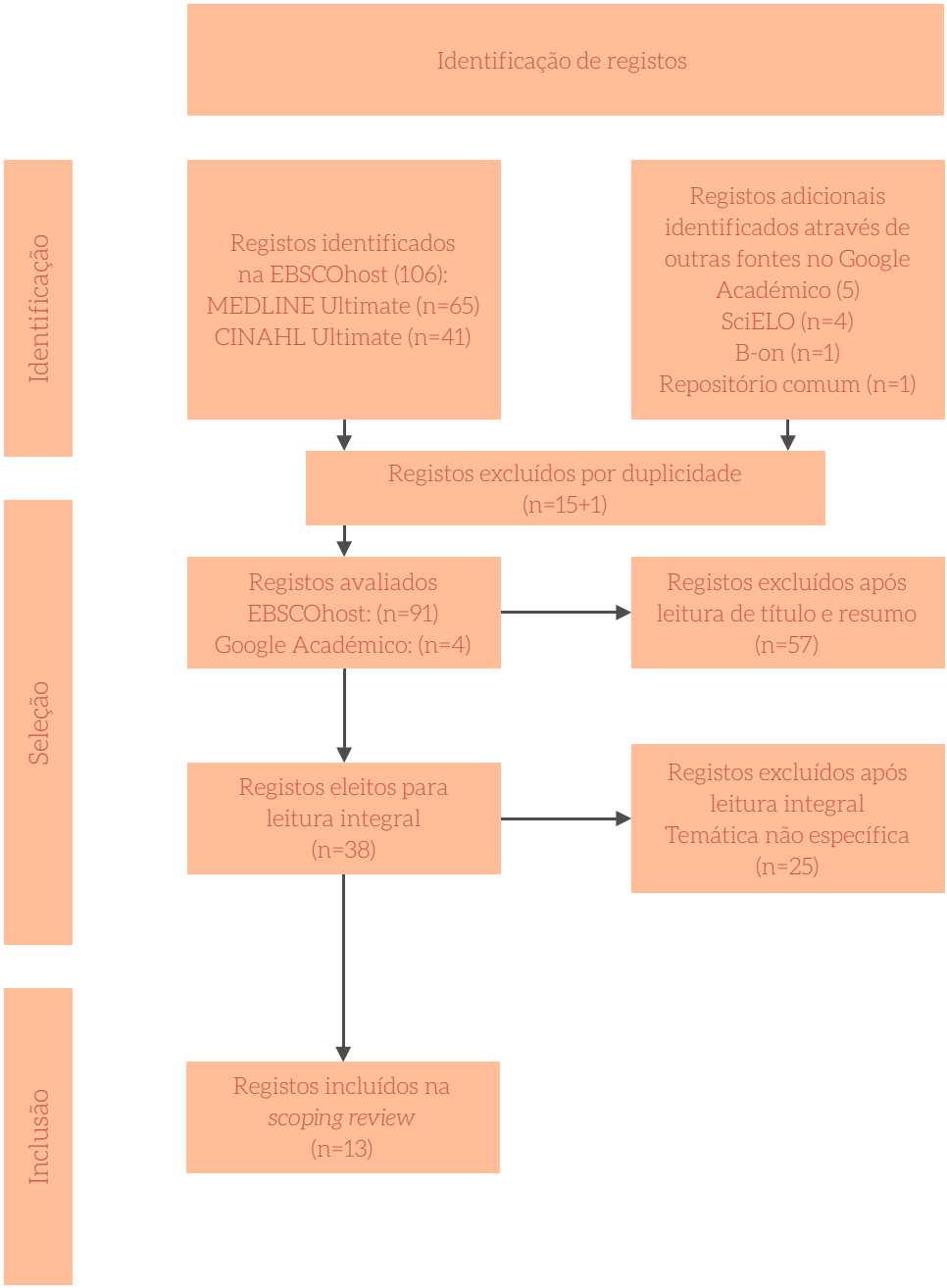

Figura 1 – Adaptado de BMJ 2021 "The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews"[13].

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura[8] Pinheiro & Marques.	Portugal, 2019. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4). Revisão sistemática da literatura.	Identificar a adequação de duas escalas comportamentais, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT), para a avaliação da dor em doentes que não comunicam e que se encontram internados no SMI.	Foram incluídos 15 estudos que demonstraram que BPS e CPOT eram duas escalas válidas e confiáveis para avaliação da dor doentes críticos com EOT em SMI. Estas apresentam propriedades psicométricas semelhantes. Diversos estudos realizaram a validação da BPS e CPOT para diversas culturas, sendo que ambos os instrumentos se mostraram válidos e fiáveis para avaliação da dor nestes doentes. Ambos os instrumentos são sensíveis quando aplicados durante a realização de procedimentos dolorosos. Na BPS registou-se o aumento de indicadores como a expressão fácil e na CPOT tensão muscular/rigidez, tensão fácil e tolerância ao ventilador/tosse. A aplicação das escalas contribui para o aumento da frequência de avaliações e diminuição da administração de analgésicos e sedativos. Apresentam limitações em populações específicas como doentes vítimas de trauma, queimados e do foro neurocirúrgico.
Comparison of two behavioural pain scales for the assessment of procedural pain: A systematic review[14] Birkedal, *et al.*	Noruega, 2020. *Nursing Open*, 8. Revisão sistemática.	Examinar as propriedades de medição da *Critical-Care Pain Observation Tool* e *Behavioral Pain Scale* quando usados para avaliar a dor durante procedimentos no SMI.	Foram incluídos onze estudos. Ambas as escalas, CPOT e BPS apresentaram uma boa confiabilidade e validade, sendo ambas uma boa opção para avaliação da dor durante procedimentos dolorosos em doentes internados em SMI incapazes de autorrelatarem a dor. O BPS é uma alternativa adequada, mas devido à validação discriminante, é preferível a CPOT que revelou ser uma ferramenta particularmente boa, fiável e válida.

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.↔↖

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas[15] Silva, *et al.*	Brasil, 2019. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28). Revisão integrativa.	Geral: Adquirir conhecimentos sobre os mecanismos de avaliação da dor e o benefício das intervenções de enfermagem, avaliando a aplicação das escalas de acordo com o perfil dos doentes adultos internados no SMI. Específico: Descrever as principais escalas validadas para o uso em doentes no SMI e a proposta de construção de um fluxograma para escolha da aplicação da melhor escala de acordo com o perfil do doente.	Foram incluídos dez estudos para a escolha dos instrumentos de avaliação da dor e contruído um fluxograma, de forma a escolher a escala de acordo com o perfil do doente. Foram encontrados quatro instrumentos de grande confiabilidade. O instrumento que mais se adequa para avaliação a dor em doentes que comunicam é a escala visual analógica (EVA). No caso de doentes críticos do SMI, que não conseguem auto-avaliar a sua dor, é necessário aplicar a escala CPOT e BPS, que são confiáveis em apenas pacientes com função motora intacta e comportamento observável. A escala ESCID (*The behavioral indicators of pain scale*), apresenta mais dois domínios que a BPS. Foi comprovada válida em pacientes críticos com ventilação mecânica e pós-cirúrgico. Observou-se alto grau de correlação com BPS, concluindo boas propriedades psicométricas.
Pain assessment in adult intensive care patients[4] Bambi, *et al.*	Itália, 2019. *Scenario*, 36(2). Revisão da literatura.	Fornecer algumas recomendações sobre boas práticas profissionais na avaliação da dor em doentes internados no SMI.	Foram elaboradas dez recomendações cujo nível de evidência foi avaliado por instrumento adaptado da *American Association of Critical Care Nurses*. 1. A dor é uma das prioridades que deve ser garantida ao doente. 2. Assegurar a monitorização rotineira da dor e com os instrumentos mais adequados. 3. A dor deve ser monitorizada e registada pelo menos a cada quatro horas. 4. O enfermeiro deve ajudar o doente a comunicar a presença e intensidade da dor, utilizando escalas numéricas verbais ou visuais (0-10); 5. Em doentes que não conseguem autorrelatar sua dor, o enfermeiro deve utilizar escalas validadas como: CPOT, BPS e BPS-NI (*Behavioral Pain Scale-non intubated*); 6. As escalas de avaliação da dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente devem ser utilizadas por profissionais de saúde devidamente treinados. 7. Em doentes que não conseguem relatar sua dor de forma independente, o enfermeiro deve recorrer a pessoas próximas ao paciente para avaliar a presença de indicadores de dor. 8. Os sinais vitais por si só não são suficientes para detetar a dor. 9. A dor durante procedimentos diagnósticos, terapêuticos e assistenciais em doentes críticos incapazes de falar deve sempre ser suspeitada e prevenida. 10. Após administração de analgesia, seja preventivo ou terapêutico, deve-se reavaliar o doente para avaliar a eficácia do tratamento por meio das escalas de dor mais adequadas às condições clínicas.

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Impact of Implementing the Critical Care Pain Observation Tool on Nurses' Performance in Assessing and Managing Pain in the Critically Ill Patients[10] Modanloo, *et al.*	Irão, 2019. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(4). Estudo intervencionista prospetivo.	Determinar o impacto da implementação da *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) na quantidade e frequência de administração de analgésicos em doentes do SMI.	O estudo foi realizado com uma amostra de 60 enfermeiros e 240 doentes do SMI. Os doentes estavam entubados e com baixo nível de consciência (Escala Coma Glasgow entre 5-10). Após a implementação da CPOT nas intervenções de enfermagem, a quantidade e frequência de analgésicos administrados aumentou significativamente. Houve um aumento na frequência de avaliação da dor do doente por dia na prática de enfermagem após a implementação do CPOT. A aplicação do CPOT, como meio objetivo de avaliação da dor, foi eficaz na melhoria do desempenho dos enfermeiros do SMI na avaliação e controlo da dor dos doentes. A CPOT é uma ferramenta útil para avaliação da dor em doentes internados no SMI e deve ser implementada.
Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation[16] Wojnar-Gruszka, *et al.*	Polónia, 2022. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10894). Estudo observacional.	Avaliar a dor em doentes do SMI submetidos a ventilação mecânica por meio de escalas comportamentais de dor como BPS e CPOT, incluindo doentes em sedação profunda.	Em 81 doentes do SMI sob ventilação mecânica e sedados, foram realizadas 1.005 medições de dor utilizando as escalas BPS e CPOT durante diversos procedimentos. Foi demonstrado que os sinais de dor aumentaram significativamente durante as intervenções nos doentes em ambas as escalas e depois retornaram a valores próximos ao período de repouso. Os resultados da RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) correlacionaram-se significativamente e positivamente com os resultados da BPS e CPOT. Foi encontrada forte correlação entre os resultados de ambas as escalas em cada etapa do estudo. Os procedimentos de enfermagem são fonte de dor em doentes sedo-analgesiados. As escalas BPS e CPOT são ferramentas úteis para avaliar a ocorrência de dor em doentes sob ventilação mecânica, incluindo aqueles em sedação profunda.

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool[17] Marques, *et al.*	Portugal, 2022. *Healthcare*, 10, (1075). Estudo coorte prospectivo e observacional.	Validar a versão portuguesa da *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) na população adulta em situação crítica em Portugal.	Uma amostra de 110 doentes de SMI médica e cirúrgica, foi observada em repouso pré-procedimentos, durante o procedimento nociceptivo e pós-procedimento. As pontuações da versão portuguesa da CPOT aumentaram durante procedimentos padrão em comparação com o período de repouso em doentes conscientes e inconscientes, demonstrando validade discriminativa. A validade do critério foi demonstrada também, com associações significativas da CPOT com o limiar da BPS como padrão de referência. A versão portuguesa do CPOT parece ser uma ferramenta válida e confiável para avaliação da dor em doentes internados no SMI sob ventilação mecânica, conscientes ou inconscientes. A CPOT constitui uma opção alternativa à BPS que, até agora, tem sido a única escala validada para avaliação da dor em doentes portugueses internados em SMI. A CPOT pode ser aplicada em doentes do SMI incapazes de comunicar verbalmente ou de utilizar sinais, estejam ou não em ventilação mecânica.
Incidência e impactos da dor em unidades de terapia intensiva: revisão sistemática[11] Alves, *et al.*	Brasil, 2023. *BrJP*, 6(4). Revisão sistemática de estudos observacionais.	Mapear as evidências científicas acerca da incidência e dos impactos da dor em doentes críticos.	No que diz respeito aos instrumentos utilizados para avaliar dor, dos 32 estudos incluídos, identificaram BPS, CPOT, ESCID, EVA, Escala numérica de avaliação da dor (NRS) e ferramentas não comportamentais de avaliação da dor (Índice de dor pupilar, algesímetro de condutância da pele, índice instantâneo analgesia/nocicepção). A BPS e a NRS foram as mais utilizadas para avaliar a dor em doentes internados no SMI. Dos 32 trabalhos incluídos, 46,8% (15 estudos) utilizaram a BPS para avaliar a dor em doentes críticos que não comunicam. Também foi observado que a CPOT foi segundo instrumento de avaliação da dor mais utilizado para estes doentes com 31,2% (10 estudos). Do total de estudos incluídos, apenas 2 (6,2%) utilizaram a ESCID, 3 (9,3%) a EVA e um estudo utilizou três ferramentas não comportamentais para detetar a dor após estímulo nociceptivo em doentes críticos incapazes de comunicar.

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática[12] Cunha, *et al.*	Portugal, 2020. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1). Revisão sistemática.	Analisar o potencial de utilização clínica das escalas disponíveis para efeitos de avaliação da dor, em doentes com alterações de consciência.	Foram analisados nove trabalhos e encontradas sete escalas de avaliação da dor. • FLACC: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Instrument*; • BPAS: *Behavioral Pain Assessment Scale*; • BPS: *Behavioral Pain Scale*; • NVPS: *Nonverbal Adult Pain Assessment Scale*; • CPOT: *Critical Care Pain Observation Tool*, • BPS-NI: *Behavioral Pain Scale-non intubated*; • NCS: *The Nociception Coma Scale*. A escala BPS recebeu a melhor pontuação, a escala NCS, embora seja o mais recente dos instrumentos, ficou em segundo lugar. Da mesma forma, as escalas BPS-NI, NVPS e FLACC também obtiveram boas pontuações. A BPS-NI, NVPS e NCS não tem estudos de tradução publicados para língua portuguesa. A FLACC foi traduzida/adaptada culturalmente e validada para o contexto português e utilizada em crianças. A BPS pelo facto desta escala estar traduzida para português, sugere que seja utilizada de imediato.
Escalas para a avaliação da dor na unidade de terapia intensiva. Revisão sistemática[18] Hora & Alves.	Brasil, 2020. *BrJP*, 3(3). Revisão sistemática.	Mapear dados acerca das características psicométricas das escalas de avaliação de dor no SMI.	58 estudos incluídos, 28 dos quais houve adaptações transcultural de vários países. No Brasil foram identificados cinco estudos de validação de escalas para avaliar a dor no SMI, encontrando-se validados dois instrumentos, BPS e CPOT. Dentre estes artigos, a maior parte deles evidenciou qualidade psicométrica adequada para a BPS, tornando-a confiável e válida. Quanto à CPOT, foi encontrado somente um estudo de validação que confirmou a confiabilidade deste instrumento para uso na prática clínica. Não foram encontradas diferenças significativas entre as propriedades de avaliação da dor entre ambas as escalas, apresentando bons índices de validade. Assim, a decisão entre a escala a ser utilizada deve considerar facilidade de aplicação e familiaridade da equipa.

Quadro 1 – Apresentação dos resultados.

Título/Autor	País/Ano/Revista/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados/Conclusão
Avaliação e controle da dor pelos enfermeiros intensivistas na terapia intensiva: uma revisão de escopo[19] Cazita, *et al.*	Brasil, 2022. *Scire Salutis*, vol. 12, n.º 2. *Scoping review*.	Identificar a intervenção do enfermeiro na avaliação e controlo da dor nos doentes do SMI.	Foram selecionados 9 artigos, concluindo-se que os enfermeiros não possuem conhecimentos teóricos suficientes para avaliar e controlar a dor, uma vez que utilizaram principalmente instrumentos de avaliação da dor como escalas numéricas e visuais, alteração de sinais vitais, sendo que não utilizam escalas adequadas tais como, BPS, CPOT e ESCID, que resulta de negligência para com os doentes que não comunicam, mesmo sedados têm dor e necessitam de uma avaliação por meio de escalas próprias.
Diagnostic Values of the Critical Care Pain Observation Tool and the Behavioral Pain Scale for Pain Assessment among Unconscious Patients: A Comparative Study[20] Nazari, *et al.*	Irão, 2022 *Indian Journal of Critical Care Medicine*, Vol. 6 Ed. 4. Estudo transversal.	Comparar o valor diagnóstico da CPOT e da BPS para avaliação da dor em doentes inconscientes.	Foram avaliados 45 doentes inconscientes internados no SMI, por cirurgia, trauma e problemas médicos. A validade discriminante do CPOT e do BPS foi avaliada comparando seus scores durante procedimentos nociceptivos e não nociceptivos. Os resultados mostraram uma diferença estatisticamente significativa entre os scores médios tanto da CPOT como na BPS durante procedimentos nociceptivos e não nociceptivos, confirmando a validade discriminante aceitável dos instrumentos. No entanto, BPS diferencia melhor entre procedimentos nociceptivos e não nociceptivos do que o CPOT. Os enfermeiros também precisam prestar muita atenção aos sinais não-verbais de dor ao usar o CPOT e o BPS para avaliação da dor em doentes inconscientes.
A Psychometric Analysis Update of Behavioral Pain Assessment Tools for Noncommunicative, Critically Ill Adults[21] Gélinas, *et al.*	Canadá, 2019. *AACN Advanced Critical Care*, vol. 3, n.º 4. Revisão sistemática.	Analisar o desenvolvimento e as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) de ferramentas comportamentais de avaliação da dor para doentes críticos adultos não comunicativos.	Foram analisados 106 artigos, incluíram nove ferramentas. O BPS, BPS-NI e CPOT, que foram desenvolvidos especificamente para esta população, mostraram as propriedades psicométricas mais fortes com maior evidência, com testes de validação realizados em vários países e vários idiomas. O seu uso é viável e influenciou positivamente as práticas de controlo da dor e seus resultados nos doentes. Outras ferramentas podem ser boas alternativas, mas é necessária investigação adicional sobre elas. É importante que todos os profissionais sejam treinados para utilizar estas ferramentas de avaliação comportamental da dor indicadas para os SMI, para que consigam interpretar os scores da dor e adquirir melhor resultados na avaliação da dor. O uso de ferramentas validadas de avaliação comportamental da dor é crucial para doentes críticos que não comunicam.

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Careta = esgar facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimentos	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Escore total: 3 — 12

Dor mínima — Dor máxima

Anexo I – Behavioral Pain Scale.
Fonte: Pinheiro & Marques (2019)[8].

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	0
	Tensa	1
	Esgar/careta	2
Movimentos corporais	Sem movimentos	0
	Movimentos de proteção	1
	Inquietação	2
Tensão muscular	Relaxada	0
	Tenso ou rígido	1
	Muito tenso ou muito rígido	2
Adaptação ao ventilador (pacientes IOT)/ vocalização (pacientes extubados)	Tolera o ventilador ou movimento/fala em um tom normal ou sem som	0
	Tosse, mas tolerando o ventilador/suspiros ou gemidos	1
	Luta contra o ventilador/choro	2

IOT – intubação orotraqueal.

Escore total: 0 — 8

Sem dor — Dor máxima

Anexo II – Critical Care Pain Observation Tool.
Fonte: Pinheiro & Marques (2019)[8].