

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DANIELY PILARES MIOLO

**AÇÕES E PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO
CONTROLE DA DOR, SEDAÇÃO E ANALGESIA EM PACIENTES INTERNADOS
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

ERECHIM-RS

2021

DANIELY PILARES MIOLO

**AÇÕES E PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO
CONTROLE DA DOR, SEDAÇÃO E ANALGESIA EM PACIENTES INTERNADOS
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem, Departamento de
Ciências da Saúde da Universidade
Regional Integrada do Alto Uruguai e
das Missões – Campus de Erechim.**

Erechim, 08 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Irany Achiles Denti

URI Erechim

Profa. Me. Luana Ferrão

URI Erechim

Profa. Me. Angela Maria Brustolin

URI Erechim

RESUMO

Objetivo geral: conhecer as ações da equipe de enfermagem frente ao controle da dor, sedação e analgesia em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Metodologia: estudo de campo, transversal, de análise descritiva e exploratória, cujos dados foram coletados através da aplicação de um questionário disponibilizado por meio eletrônico aos Enfermeiros (as) e Técnicos (as) em Enfermagem que atuam nas UTIs Adulto Geral e COVID-19 de um hospital da região Norte do Rio Grande do Sul. Para a elaboração do questionário foi utilizado como referência a escala de Likert de 4 pontos: de acordo, frequência, probabilidade e importância, além de um espaço para efetuar comentários. Resultados e Discussões: os dados sociodemográficos mostraram que houve predominância de participantes com idade até 29 anos e quanto a formação 64% foram Enfermeiros (as) com especialização. Nas respostas às questões específicas a utilização de protocolos para avaliação o maior percentual (46%) utilizam às vezes e a maioria refere que os métodos são confiáveis. No entanto, a frequência com que a avaliação da dor é utilizada (37%) refere que é frequente, com o mesmo percentual para a sedação. Quanto a importância em utilizar escalas para a avaliação da analgesia (91%) concordam totalmente e (82%) para a avaliação da sedação. No quesito frequência da avaliação da dor, (37%) concordam que é efetuada muito frequentemente. Quanto às respostas qualitativas chama atenção para “temos escalas somente a critério médico”, “intensificar os hábitos da utilização de protocolos”, “Gostaria que tivessem protocolos a serem seguidos”, “pobreza das prescrições médicas com relação a analgesia em pacientes críticos”.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Sedação Profunda; Analgesia.

ABSTRACT

Main objective: to know the actions of the nursing team regarding pain control, sedation and analgesia in patients hospitalized in the Adult Intensive Care Unit (ICU). Methodology: field study, cross-sectional, descriptive and exploratory analysis, whose data were collected through the application of a questionnaire made available electronically to Nurses and Nursing Technicians working in the General Adult and COVID-19 ICUs of a hospital in the North region of Rio Grande do Sul. To formulate the quiz, the 4-point Likert scale was used as reference: according, frequency, probability and importance, as well as a blank space for comments. Results: sociodemographic data shows a predominance of 29 years old participants, being 64% Nurses with specialization. In the answers to specific questions related to protocol usage, the highest percentage (46%) use sometimes and the majority refers to the methods as reliable. However, the frequency in which pain assessment is used (37%) refers to frequent usage, with the same percentage for sedation. On the importance in using scales to evaluate analgesia (91%) totally agree and (82%) to the evaluation of sedation. Regarding frequency of pain assessment, (37%) agree that it's very often used. On the qualitative feedback, it draws attention to “we have scales solely for medical criteria”, “intensify protocol usage”, “I'd like if we had protocols to be followed”, “poorly doctor's prescriptions in regards to analgesia in critically ill”.

Keywords: Intensive Care Unit; Deep Sedation; Analgesia.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde foi edificada sobre certezas e incertezas onde estas ainda permanecem e atuam como molas propulsoras para pesquisas e experimentos. A evolução humana no tocante a saúde/doença apresenta desafios sucessivamente mais complexos que para a sua elucidação, necessita de ambientes e equipamentos cada vez mais seletivos como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

A terminologia utilizada para definir estas unidades “UTIs” certamente possui diferentes significados dependendo com quem ou a quem estamos nos referindo. Em tempos de modernidade e de pandemia um gestor de saúde poderia definir uma UTI como uma unidade onde são internados os pacientes mais graves e que necessitam de monitoramento constante. Os planos de saúde incluindo o Sistema Único de Saúde, poderiam classificar estas unidades onde são gastos valores significativos dos recursos existentes para a assistência à saúde. Se perguntarmos a um familiar de um paciente internado nestas unidades como este definira uma UTI possivelmente a resposta seria a de que este um local onde são internados os pacientes mais graves e que necessitam de cuidados em tempo integral e que também estariam sendo protegidos contra eventuais complicações decorrentes do seu estado de saúde.

Outra face da mesma unidade, é devida aos trabalhadores que nela exercem suas atividades. Neste caso estas unidades podem ser definidas como um local de trabalho, onde se cria identidade funcional, orgulho, satisfação, alegria, tensão, sofrimento, tristeza. Todos estes sentimentos são gerados pelas particularidades do trabalho assim como pela forma com que cada pessoa encara a realidade no tocante a vida e a atenção à saúde a ser dispensada aos pacientes que necessitam de cuidado intensivo.

A atenção à saúde dispensada nestas unidades, na atualidade pode ser considerada de alta complexidade diferentemente dos cuidados em seus primórdios, visto que estes eram constituídos por procedimentos simples, com pouca efetividade, mas relativamente seguros visto que as terapias disponíveis raramente eram invasivas oferecendo pouco potencial para impor riscos à integridade física aos que dela necessitavam. Com a evolução dos recursos humanos e materiais, alicerçados

por modernos recursos tecnológicos e de drogas mais específicas e mais potentes, tornou o cuidado à saúde uma atividade extremamente complexa, objetiva e efetiva.

As UTIs, segundo Kerlin et al., (2021), ocupam papel de destaque na atenção à saúde na modernidade e certamente é difícil imaginar hospitais sem UTI. Os alicerces para o estabelecimento de unidades e a separação dos doentes por gravidade iniciou com a Enfermeira Florence Nightingale, na Inglaterra (RISSE et al., 1999). As UTIs assim como as concebemos na atualidade foram idealizadas por Dandy no Estados Unidos, inicialmente com três leitos para pacientes neurocirúrgicos (WELED et al., 2015).

O cuidado com doentes críticos se fortaleceu na década de 1950, atribuída ao desenvolvimento de equipamentos de ventilação mecânica o que ofereceu as bases para hospitais organizarem serviços a pacientes que necessitavam de monitoramento contínuo através de equipamentos e de pessoal qualificado (KAYE et al., 2010). Em 1958, aproximadamente 25% dos hospitais comunitários com mais de 300 leitos relataram ter uma UTI e no final da década de 1960, a maioria dos hospitais dos Estados Unidos tinha pelo menos uma UTI (DONOVAN et al., 2018). Na década de 1970 foi fundada a Society of Critical Care Medicine, entidade que liderou pesquisas e qualificou profissionais para cuidar de doentes críticos (KIM et al., 2010).

Os profissionais assim como as empresas que produzem equipamentos para atender a doentes críticos necessitam, desde a sua origem, de aprimoramento constante para oferecer suporte aos modernos procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos, que passam pela utilização de monitoramento invasivo e não invasivo, adicionando novas atribuições aos profissionais que desenvolvem suas atividades em UTIs. Estas tecnologias posteriormente foram utilizadas para atender a pacientes com complicações clínicas mais diversas (WILCOX et al., 2013). Outro aspecto importante e diretamente relacionado aos cuidados é a terapia farmacológica a qual necessita cada vez mais conhecimentos para a sua administração (COOKE et al., 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: Conhecer as ações e percepções da equipe de enfermagem frente ao controle da dor, sedação e analgesia em pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto.

2.2 Objetivos Específicos:

- Apresentar as principais estratégias utilizadas para o controle da dor e analgesia por Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros em UTI em pacientes com ou sem ventilação mecânica, sedados ou não;
- Identificar a utilização de protocolos para controle da dor, sedação e analgesia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As UTIs obtiveram reconhecimento e importância para o cuidado a doentes em estado crítico, em vários países, a partir da década de 1950, acompanhando a evolução tecnológica a qual proporcionou a prática de ventilação mecânica controlada. Esse método então deixou de ser exclusivo de centros cirúrgicos, dando origem a unidades de respiração. A primeira UTI respiratória no Brasil foi estruturada no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ), em 1967 (CREMESP, 2009).

Estas unidades são setores hospitalares de alta complexidade que surgiram com o objetivo de atender pacientes em estado grave e que necessitam de cuidados intensivos. Funcionam com rotinas e dinâmicas adequadas e singulares englobando procedimentos invasivos onde são necessários equipamentos de alta tecnologia e profissionais capacitados com conhecimento teórico e prático especializado para a área (OKUMA et al., 2017).

A resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no seu Art. 14 estabelece que à unidade de terapia intensiva deve “[...] ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente [...]”. Além disso, conforme o Art. 15:

Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI (BRASIL, 2010).

Pelas suas características, estas unidades, são destinadas a atenção à saúde de pessoas em estado crítico. Por esta condição clínica e pela necessidade da adoção de procedimentos muitas vezes invasivos, frequentemente há necessidade da supressão dos estímulos dolorosos. O manejo da dor é complexo em qualquer situação, pois é um sentimento individual que possui diferentes origens e percepções distintas e subjetivas de cada paciente. As UTI's devem ser equipadas com instrumentos que norteiam a abordagem e avaliação da dor é primordial, visto que pessoas gravemente enfermas tem a comunicação prejudicada e estado mental alterado, devido a gravidade do quadro clínico, procedimentos e uso de dispositivos invasivos (VEIGA et al., [SD]).

A avaliação da dor do paciente crítico, muitas vezes não comunicante, constitui um desafio para os profissionais da área da saúde. Nos últimos anos elaborou-se instrumentos que facilitam a comunicação entre os profissionais e pacientes, possibilitando mensurar a intensidade da dor e avaliar a eficácia das diferentes técnicas analgésicas. Termos comuns na terapia intensiva, analgesia e sedação tem significados distintos: a primeira significa a supressão da dor, enquanto a segunda engloba diversos aspectos, entre eles o estado de vigília, orientação, tranquilidade e depressão das funções motoras e neurais (BARRA; do NASCIMENTO; BERNARDES, 2006).

Analgesia pode ser definida como a abolição ou supressão da sensibilidade à dor, provocada por condições patológicas ou não, sem perda das outras sensibilidades por meio da utilização de drogas e técnicas apropriadas. Também pode ser descrita como o estado em que os estímulos dolorosos são percebidos, mas não são entendidos como dor, normalmente, seguidos de sedação sem que haja perda da consciência (SANTOS et al., 2016).

Nestas unidades a sedação é efetuada por método farmacológico utilizada para minimizar o nível de consciência, onde é mantida a respiração espontânea, os reflexos protetores e a capacidade de resposta a estímulos físicos e comandos verbais (LISBOA; CAVALCANTI; LOBO, 2016). No entanto, nestas unidades também são utilizados métodos farmacológicos para suprimir completamente a consciência bem como os demais estímulos.

As diretrizes são ferramentas elaboradas com base nas melhores evidências de prática clínica disponíveis. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) possui o projeto Diretrizes AMIB que tem como objetivo desenvolver diretrizes locais

em diversas áreas da terapia intensiva, lançando até o momento “Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013)” e “Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica (2016)” (LISBOA; CAVALCANTI; LOBO, 2016).

Na esteira da tecnologia foram sendo desenvolvidos instrumentos para avaliação e drogas para suprir, pelo menos em parte, as necessidades do controle da dor dos pacientes mais graves. Pela natureza dos procedimentos e da gravidade da situação de muitos doentes críticos faz-se necessário avaliar estes pacientes utilizando instrumentos fidedignos para a sua mensuração ou estimativa. Um dos métodos mais comumente utilizados são escalas, onde se pode mensurar ou estimar além de outros parâmetros a ocorrência de dor assim como o nível de sedação dos pacientes ali internados (FREITAS, 2010).

De acordo com Paraizo e Zambon (2019), para estimar a dor utilizam-se instrumentos específicos, definidos pelo enfermeiro no momento de sua avaliação levando em consideração o quadro clínico do paciente, dentre eles a Escala Verbal Numérica, a Escala da Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD) e a Escala Comportamental de Dor (BPS). Já para avaliar o nível de sedação pode-se utilizar a escala de Ramsay que possibilita estimar o grau de atividade, principalmente motora. A sedação e agitação também pode ser determinada através da Escala de Agitação-Sedação de Richmond, esta que abrange precisamente os níveis de agitação e ansiedade, além de mensurar a qualidade da sedação (SANTOS; MARTINS; GONÇALVES, 2016).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, transversal, de análise descritiva e exploratória, cujos dados foram coletados através da aplicação de um questionário disponibilizado por meio eletrônico contendo questões referente a aspectos de controle da dor, sedação e analgesia a pacientes internados na UTI Adulto no período de 23 de agosto a 15 de setembro do corrente ano.

O “link” do questionário foi encaminhado para a Enfermeira Coordenadora das Unidades de Terapia Intensiva, onde a mesma divulgou por meio de grupos de “whatsapp” a todos os Enfermeiros (as) e Técnicos (as) em Enfermagem atuantes nas UTIs Adulto Geral e COVID-19. Participaram do estudo através da resposta ao questionário 11 profissionais, Técnicos em Enfermagem e Enfermeiros, que

desenvolvem suas atividades na UTI de um hospital do Norte do Rio Grande do Sul, nos quatro turnos, durante o segundo semestre de 2021. O projeto foi aprovado pelo CEP da URI através do parecer nº 4.863.311. Por outro lado, o projeto contemplou a Resolução 466/12 e a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS onde constam as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Os dados coletados incluíram questões sociodemográficas, qualificação formal e ocupacional além de questões direcionadas a aspectos da sedação e analgesia e alguns aspectos relativos a administração de medicamentos, de acordo com as diretrizes e normas operacionais vigentes. Os participantes que efetuaram comentários serão identificados no estudo como (P1, P2, P3...). O tratamento dos dados foi efetuado através de estatística descritiva e apresentados também através de figuras.

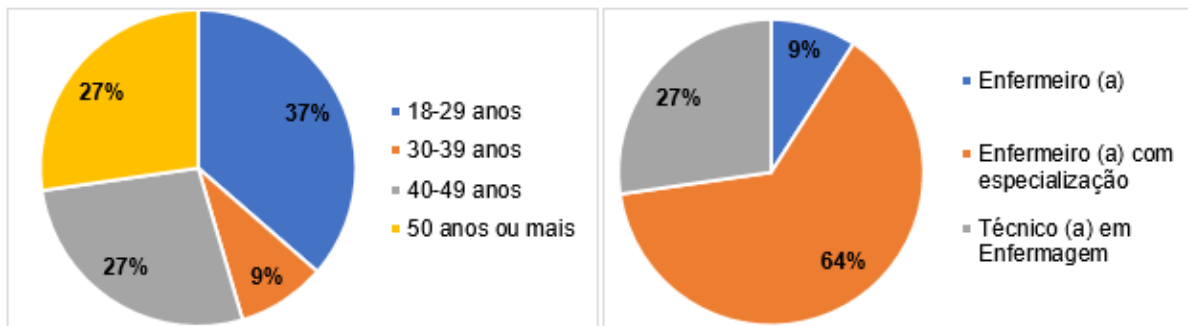
5 RESULTADOS

Os resultados inseridos abaixo configuram as respostas a um questionário elaborado pela acadêmica sob orientação do docente, contendo perguntas de dados pessoais (idade e grau de instrução formal) além de questões relacionadas as atividades no cuidado a doentes críticos que necessitam de sedação e analgesia.

As questões relativas à sedação e analgesia estão ancoradas em diretrizes que orientam estas ações (LISBOA, 2016). Este é um instrumento genérico onde utilizamos a escala de Likert de 4 pontos: de acordo, frequência, probabilidade e importância além do espaço para que possa efetuar comentários. Este instrumento foi criado com o propósito de averiguar os métodos e técnicas utilizadas para o controle da dor e analgesia a pacientes internados nas UTIs e disponibilizado em meio eletrônico.

Os dados inseridos abaixo referem-se às respostas efetuadas a questões relativas a dados sociodemográficos e sedação e analgesia, direcionados para a gestão do cuidado no ambiente da UTI. Participaram do estudo 11 profissionais (Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem), expostos na Figura I.

Figura I – dados sociodemográficos.

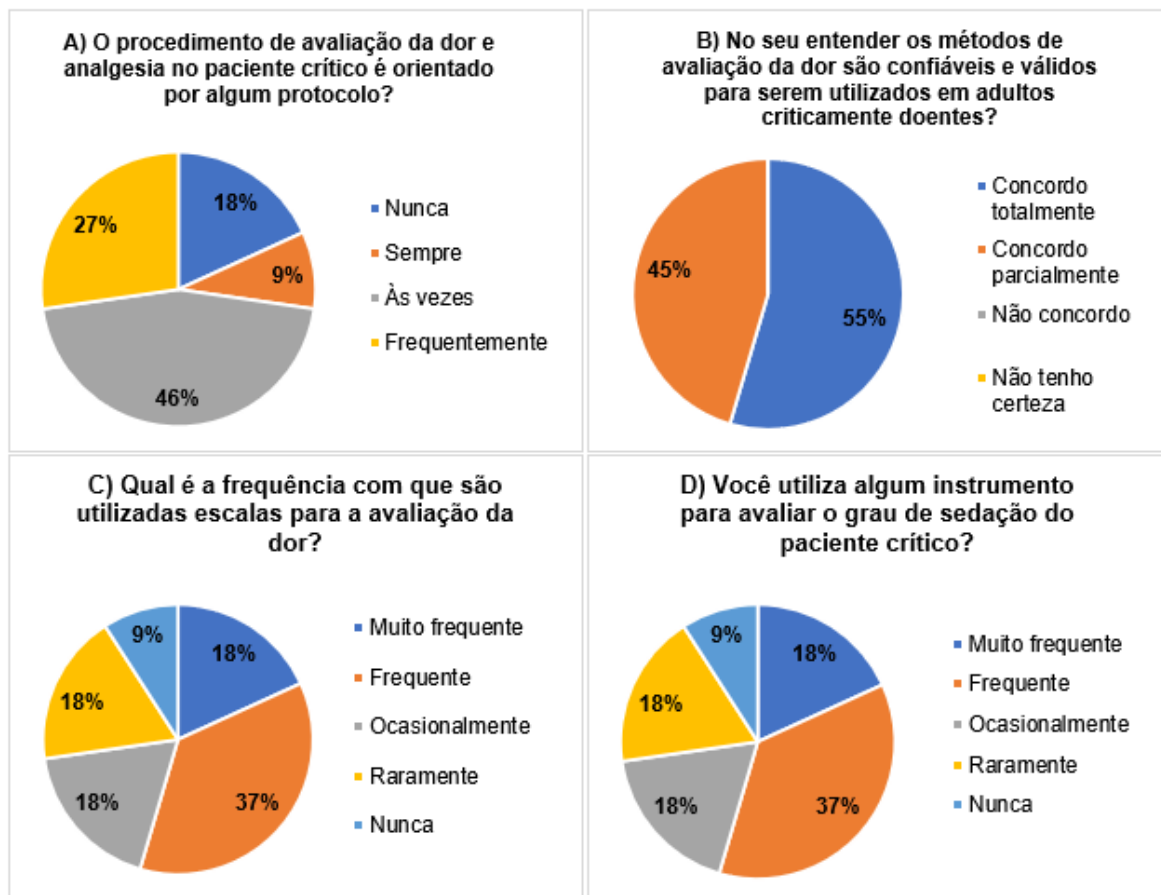


Fonte: o estudo atual.

Com relação a dados sociodemográficos há predomínio de profissionais jovens. No entanto salienta-se também a população com idade superior a 50 anos (27%). Por um lado, estes profissionais adquiriram experiência, o que é desejado, no manejo de pacientes graves. Entretanto, possivelmente estes tenham dificuldade para manter o ritmo necessário, exigido nesta unidade e para estes pacientes, em todo o período de trabalho.

Quanto a formação profissional, dentre os participantes, há predominância de Enfermeiros com especialização (64%). Este indicador pode ser considerado importante visto pelas tendências do mercado que exigem com maior frequência profissionais que possam oferecer diferencial na assistência a pacientes gravemente enfermos e que exigem cuidados intensivos e específicos para cada condição patológica.

Figura II – Avaliação da analgesia, métodos avaliativos, frequência da avaliação da dor e instrumentos para avaliar o grau de analgesia.



Fonte: o estudo atual.

Quanto a avaliação da analgesia (Fig. II A) chama atenção a opção “nunca” para 18% dos respondentes. A relevância da observação não é configurada pelo percentual, mas pelo fato de existirem profissionais atuantes nesta unidade que não utilizam referências seguras para exercerem a importante função da avaliação e posteriormente administrarem drogas utilizadas para este fim. Por outro lado, a maioria refere que estes protocolos são utilizados frequentemente ou às vezes e uma pequena parcela que sempre utiliza este expediente para guiar suas ações no tocante a este tema.

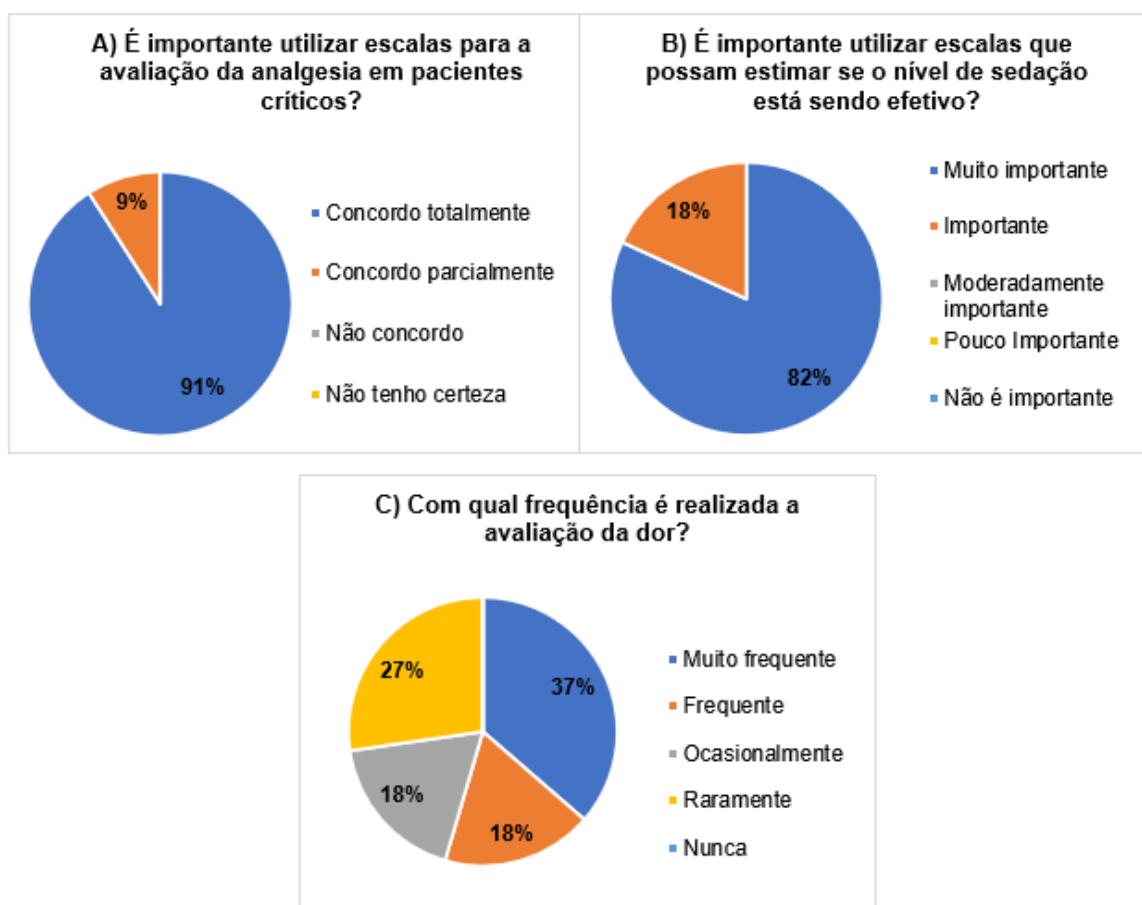
No entanto, quando perguntado se os métodos de avaliação utilizados são confiáveis os respondentes concordam parcialmente ou totalmente, as quais a interpretação permite apontar incongruências entre as respostas (Fig. II B).

Quanto a frequência com que são utilizadas escalas para a avaliação da dor chama atenção para “ocasionalmente, raramente e nunca”, constituindo quase a metade dos respondentes. Por outro lado, um percentual expressivo refere que as escalas são utilizadas muito frequentemente ou frequente (55%) o qual garantiria

maior confiabilidade na avaliação assim como na condução das ações para mitigar a sensação da dor (Fig. II C).

No que se refere à utilização rotineira de instrumentos para avaliação do grau de sedação, observa-se que 55% dos profissionais fazem uso “muito frequente ou frequente”. Esse dado demonstra que a sedação é avaliada pela maioria dos respondentes e que essa avaliação é norteadada por instrumentos pré-estabelecidos, contribuindo assim para a prestação de uma assistência de qualidade (Fig. II D).

Figura III – Importância da avaliação da analgesia e do nível de sedação; e frequência de avaliação da dor.



Fonte: o estudo atual.

Na figura IIIA pôde-se observar que a maioria dos participantes (91%) admite a importância de realizar a avaliação da analgesia nos pacientes internados em UTI, o que reflete a humanização da assistência, visto que na maioria das vezes esses pacientes estão inconscientes e não comunicantes. Porém, há divergências com os

resultados apresentados pela figura IIIC, onde 27% dos participantes relataram realizar “raramente” a avaliação da dor na prática.

Já na figura IIIB, 82% dos respondentes determinam como “muito importante” a utilização de escalas que estimem o nível de sedação e sua efetividade. Esse resultado reflete a conscientização dos profissionais sobre o bem-estar do paciente, pois diariamente nas unidades de terapia intensiva são feitos procedimentos invasivos que podem causar desconforto ao usuário.

Ainda, alguns participantes deixaram comentários no questionário, referentes aos questionamentos anteriores, entre eles:

P1: “Temos escala da dor e protocolo de analgesia somente a critério médico”.

P2: “Acho muito importante a atenção do profissional de enfermagem frente às condições clínicas do paciente, principalmente a qualquer sinal de dor”.

P3: “Temos que intensificar o hábito da utilização de protocolo a todos da equipe de Enfermagem”.

P4: “Gostaria que tivessem protocolos a serem seguidos”.

P5: “[...] a pobreza das prescrições médicas com relação à analgesia em pacientes críticos”.

P6: “Necessário treinamento e conscientização das equipes sobre a importância de avaliar a dor, um sinal tão primordial em pacientes críticos”.

Diante do descrito pelos respondentes, percebe-se que há necessidade de implantação de protocolos por parte das instituições de saúde, assim como a posterior oferta de treinamento/capacitação para os profissionais. Constata-se que falta autonomia para a equipe de Enfermagem, visto que a Escala da Dor e demais instrumentos muitas vezes ficam a critério médico, sendo que profissionais de Enfermagem tem plena capacidade para executar essas avaliações. Todavia, os participantes percebem a importância de avaliar a dor, principalmente no paciente crítico que na maioria das vezes não se comunica verbalmente.

6 DISCUSSÕES

Desde a introdução, em meados do século passado, de equipamentos de ventilação mecânica além de outros instrumentos assim como a utilização de tecnologias

de ponta, as unidades de terapia intensiva proporcionaram a manutenção da vida em condições muitas vezes descritas como artificiais. Muitas pessoas foram e são beneficiadas com estes avanços tecnológicos e seguramente vários questionamentos referentes ao prolongamento da vida também são pertinentes. Partindo desta premissa, fez-se necessário o desenvolvimento de instrumentos e drogas que oferecessem confiabilidade assim como valor preditivo para que as intervenções de cuidado pudessem ser mais eficientes e direcionadas para solucionar os problemas mais iminentes e que estiverem colocando a vida em risco.

Adicionalmente, estas unidades são utilizadas para que as funções fisiológicas sejam vigiadas ininterruptamente por profissionais qualificados, auxiliados por equipamentos de ponta, buscando evidenciar as alterações fisiológicas, proporcionando a escolha da terapia ideal para cada situação e desta forma melhor tratamento elevando os índices de sobrevivência.

Com a introdução de tecnologias de ponta e de drogas que ofereceram suporte para minimizar a sensação de dor assim como sedativos para a manutenção de pacientes nesta condição, foram necessários o desenvolvimento de instrumentos para mensurar estas condições assim como a qualificação profissional para operar estes instrumentos. No entanto, com a utilização deste aparato tecnológico, impondo a vigilância permanente de profissionais especializados, estas unidades se tornaram onerosas para o sistema de saúde pública. Mesmo assim o que se verifica no dia-a-dia é o aumento na procura por leitos nestas unidades em consequência do agravamento das condições clínicas, torna-se importante dispor de drogas e instrumentos que possam oferecer dados quantitativos seguros para que a equipe de saúde possa organizar ações específicas visando a redução dos possíveis danos ou o aumento das sequelas da população sob seus cuidados. Neste sentido foram desenvolvidos instrumentos para avaliar graus de sedação, dor e analgesia entre outros, constituindo-se como ferramentas de medida, fácil aplicabilidade e baixo custo.

O manejo da analgesia e sedação na UTI é fundamental para proporcionar conforto, melhora clínica e diminuição dos riscos de eventos adversos ao paciente, como quedas e extubação acidental. A utilização de escalas para avaliar o nível de sedação ocasiona maior segurança para a equipe multiprofissional, garantindo o controle de uma sedação profunda até a mais superficial e segura para desmame ventilatório, refletindo assim uma assistência de qualidade (SARAIVA; SIQUEIRA; SOUSA, 2021).

Sedativos são drogas que atuam no Sistema Nervoso Central e possuem ação somática. Os fármacos sedativos reduzem a ansiedade, pelo efeito ansiolítico. Por outro lado, os hipnóticos induzem a sonolência, e, desta forma induzindo e mantendo o sono. Pacientes criticamente enfermos padecem frequentemente de ansiedade e distúrbios do sono impostos pela necessidade da utilização de equipamentos de ventilação mecânica pela terapia medicamentosa assim como pela utilização de cateteres em várias vias. Desta forma as drogas que possuem estas propriedades são indicadas em protocolos clínicos atrelados a ferramentas para avaliação da eficácia medicamentosa.

Analisando as respostas efetuadas pelos participantes do estudo atual é possível perceber que não há consenso entre os participantes no tocante a avaliação da sedação assim como a utilização de ferramentas que possam oferecer confiabilidade as ações a serem desenvolvidas no cuidado a pacientes que necessitam desta terapia. A não utilização de instrumentos confiáveis para orientar estas ações promove espaços de trabalho incertos e que por este motivo são definidos pelos profissionais que administram as drogas, dependentes de orientações diversas. Esta lacuna da gestão do cuidado pode promover graus variados de sedação os quais podem ser inadequados para o objetivo do tratamento, e, desta forma prorrogar o período de internação e elevação dos custos. Adicionalmente, além do que está descrito nas referências supracitadas, a não obtenção do nível de sedação pode promover prejuízos para a recuperação da saúde quando a sedação deve ser mantida para reduzir a pressão intracraniana, por exemplo.

No que diz respeito à avaliação da sedação, a escala de Ramsay é indicada por ser de rápida aplicação e fácil interpretação. Essa se baseia em seis estágios de sedação, sendo os três menores referentes aos pacientes acordados, enquanto os valores maiores variam de sedação leve a profunda (BARROS et al., 2019). Ainda, podemos controlar o nível de sedação através da escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS), que expressa por meio de uma variação de pontos que vai desde +4, que significa comportamento agressivo, até ao extremo (-5), que reflete indivíduo em sedação profunda, sem resposta a estímulos físicos (SARAIVA; SIQUEIRA; SOUSA, 2021).

A incapacidade de relatar a dor não exclui a sua existência. Pacientes em cuidados críticos são submetidos diariamente a procedimentos necessários para manter suas funções orgânicas, e algumas dessas intervenções prejudicam o conforto

e causam dor. Atividades como mudança de decúbito, aspiração de vias aéreas, punção venosa e arterial, troca de curativo e higiene de feridas/lesões, entre outras, são definidas como dolorosas pelos pacientes após a alta da unidade de terapia intensiva. Situações como sedação, diminuição do nível de consciência, intubação e ventilação inviabilizam a avaliação da dor por meio do autorrelato, sendo necessária a utilização de ferramentas específicas e validadas para este fim (RIBEIRO et al., 2018).

A escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD) considera cinco aspectos da resposta não verbal e vegetativa: tipo de respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. Cada item é avaliado por meio de uma escala ordinal de três níveis: 0 (ausência de dor), 1 (dor moderada) e 2 (dor intensa). A soma das pontuações de todos os itens é a estimativa global da experiência de dor, com pontuação mínima de 0 e máxima de 10 (NARBONA, 2019).

Já a Behavioral Pain Scale (BPS), uma das únicas escalas que passou pelo processo de validação no Brasil sendo nomeada como Escala Comportamental da Dor (ECD), é um instrumento com foco na observação e avaliação da dor para pacientes em uso de ventilação mecânica. Esse instrumento avalia três domínios: expressão facial, movimentos de membros superiores e conformidade com o ventilador mecânico; cada domínio varia de 1-4 pontos e seu escore total varia de 3 (sem dor) a 12 pontos (máxima dor) (FRANCO et al., 2017).

A dor é um estímulo sensorial inato, subjetivo e protetivo o qual serve de alerta a vários aparelhos e sistemas objetivando corrigir ou minimizar agressões teciduais independente da sua gravidade. A experiência dolorosa impõe aprendizados traduzidos como ações reflexas visando a fuga ou esquivas de riscos de lesão concretos ou potenciais. Por estas características os sistemas orgânicos não foram constituídos para ignorar ou tolerar estímulos dolorosos independentemente da fonte de origem. Quando há necessidade da implementação de terapias em que os estímulos dolorosos ou o desconforto for superior a capacidade de tolerância impõe-se a necessidade da utilização de medidas terapêuticas com o objetivo de reduzir o sofrimento assim como tolerância à manutenção de tubos e cateteres sem a necessidade de contenção mecânica.

A avaliação da dor e a administração de drogas para manter níveis algícos toleráveis é tarefa da equipe de saúde, mais especificamente dos profissionais

médico, através da prescrição da analgésico adequado e dos profissionais da enfermagem na avaliação da dor e posterior administração das drogas para suprimir este sintoma. Estas duas categorias profissionais devem atuar em sinergismo bem como utilizar ferramentas que possam auferir confiabilidade às ações esperadas para ambos. Os dados obtidos com o estudo atual mostram que a avaliação da dor é realizada rotineiramente e que os métodos de avaliação da dor são confiáveis e válidos em pacientes criticamente enfermos, estando de acordo com as referências utilizadas no referencial teórico e também para a elaboração do questionário de coleta de dados. Paradoxalmente, os respondentes referem que frequentemente ou muito frequentemente utilizam escalas para a avaliação da dor, chamando atenção para os que raramente ou nunca utilizam escalas ou a avaliação da dor.

Este é um cenário preocupante e que expõe a falta da gestão do cuidado em pacientes que em sua maioria não conseguem expressar pela fala ou gestos os estímulos dolorosos impostos pela terapia e pela imobilidade no leito.

A avaliação correta da dor auxilia na decisão da abordagem terapêutica, como a análise da intervenção receitada posteriormente ou interrupção de uma ação. Deixar de avaliar e o acompanhar os níveis de dor de cada paciente após a administração de fármacos prejudica o êxito na intervenção que foi usada para amenizar o desconforto (FRANCO et al., 2017).

As diretrizes recentes sobre analgesia e sedação apontam o conforto do paciente crítico como prioridade. O manejo adequado da dor permite sedações superficiais, com doses menores de fármacos benzodiazepínicos, que resultam na redução do tempo em ventilação mecânica e menores taxas de infecções pulmonares (RIBEIRO et al., 2018).

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização da pesquisa, a autora se deparou com situações que dificultaram a obtenção de resultados. O questionário foi divulgado aos participantes pela Enfermeira Coordenadora das UTI's através de grupos de "whatsapp", porém não se pôde mensurar quantos profissionais estão de fato nesses grupos e, conseqüentemente, tiveram acesso ao link. Ainda, houve baixa taxa de adesão de resposta ao questionário, visto que esses profissionais estão sobrecarregados e

muitas vezes possuem dupla jornada de trabalho, acabando por esquecer ou não ter tempo hábil para responder aos questionamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa possibilitou conhecer a realidade da instituição de estudo referente a avaliação de parâmetros como dor, analgesia e sedação em pacientes críticos. Percebeu-se predominância de enfermeiros com especialização e de profissionais jovens no setor de terapia intensiva, o que é benéfico para a qualidade da assistência, visto que essas unidades demandam um conhecimento específico e também grande esforço físico dos profissionais atuantes.

Constatou-se que a avaliação da dor geralmente não é orientada por protocolos, porém na prática clínica utilizam-se frequentemente instrumentos como escalas para executar essa avaliação. De acordo com os profissionais, essa avaliação é realizada com muita frequência nessas unidades, e todos concordam com a confiabilidade dos instrumentos de avaliação da dor quando aplicados em pacientes críticos.

Ainda, os profissionais atuantes na UTI da instituição de estudo concordam com a importância de utilizar escalas para avaliar o grau de analgesia e sedação dos pacientes críticos, para que assim sejam tomadas condutas assertivas.

Diante da resposta dos participantes e posterior análise qualitativa, notou-se a necessidade da implementação de protocolos que norteiem essas ações supracitadas, com o intuito de que os profissionais de enfermagem sintam maior segurança e para que a avaliação seja ainda mais confiável.

REFERÊNCIAS

BARRA, D.C.C.; do NASCIMENTO, E.R.P.; BERNARDES, J.F.L. Analgesia e sedação em terapia intensiva: recomendações gerais. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 176-180, 2006.

BARROS, W. C. T. S. et al. Aplicativo para avaliação do nível de consciência em adultos: produção tecnológica em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, 24: e60338, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60338>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de

Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html >. Acesso em: 25 abr. 2021.

COOKE, C.R.; WATKINS, T.R.; KAHN, J.M., et al: The effect of an intensive care unit staffing model on tidal volume in patients with acute lung injury. **Crit Care**. v.12, p.R134, 2008.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Medicina Intensiva**. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DONOVAN, A.L.; ALDRICH, J.M.; GROSS, A.K., et al; University of California, San Francisco Critical Care Innovations Group: Interprofessional care and teamwork in the ICU. **Crit Care Med**. v.46, p. 980–990 38, 2018.

FRANCO, A. S. et al. Estratégias para avaliação da dor em pacientes críticos: um estudo bibliométrico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, dez./2017.

FREITAS, R.F.S.E. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva aplicação e prospectiva do escore de APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.3, p.20-26, Maio/Junho, 2010.

HERRERO, S. et al. Monitoramento de pacientes neurocirúrgicos no pós-operatório: utilidade dos escores de avaliação neurológica e do índice bispectral. **Rev. Bras. Anestesiologia**, v. 67, n. 2, p. 153-165, 2017.

KAYE, J.; ASHLINE. V.; ERICKSON, D., et al: Critical care bug team: A multidisciplinary team approach to reducing ventilator-associated pneumonia. **Am J Infect Control**. v. 28, p.197–201, 2000.

KERLIN, M.P.; COSTA, D.K.; KAHN, J.M..The Society of Critical Care Medicine at 50 Years: ICU Organization and Management. Society of Critical **Care Medicine and Wolters Kluwer Health**. v. 49, n. 3, 2021.

KIM, M.M.; BARNATO, A.E.; ANGUS, D.C., et al: The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. **Arch Intern Med**. v. 170, p.369–376, 2010.

LISBOA, T.C.; CAVALCANTI, A.B.; LOBO, S.M.A. Diretrizes brasileiras em terapia intensiva: vamos encarar este desafio... **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 213-214, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2021.

NARBONA, L. M. **Escala PAINAD: adaptación y validación en pacientes no comunicativos hospitalizados e impacto de una intervención formativa a enfermeras para su administración**. Universitat de Barcelona, 2019. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/143757>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

OKUMA, S.M. et al. Caracterização dos pacientes atendidos pela terapia ocupacional em uma unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 574-588, 2017.

PARAIZO, V.; ZAMBON, L.S. Americas Serviços Médicos. **Diretriz Clínica QPS 014/2019**: Protocolo de Dor. Fev. 2019. Disponível em: <<https://www.americasmed.com.br/sites/g/files/wrvpjl141/files/2019-04/Protocolo%20de%20Dor.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2021.

RIBEIRO, C. J. N. et al. Avaliação da dor de vítimas de traumatismo craniocéfálico pela versão brasileira da Behavioral Pain Scale. **Rev Bras Ter Intensiva**, 2018;30(1):42-49.

RISSE GB: **MENDING BODIES, SAVING SOULS: A History of Hospitals**. New York, **Oxford University Press**, 1999.

SANTOS, K.D., MARTINS, I.C.; GONÇALVES, F.A.F. Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional. **Online braz j nurs [internet]**, Jun. 2016, 15 (2):157-166. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5225>>. Acesso em: 21 maio 2021.

SARAIVA, E.L.; SIQUEIRA, M.E.B.; SOUSA, C.S. Assistência de enfermagem prestada ao paciente crítico com COVID-19: um relato de caso. **Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. COVID, p. 6993–7006, 2021. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1757>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

VEIGA, V.C. et al. **Analgesia e sedação em COVID**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Comitê de Analgesia, Sedação e Delirium; Grupo de Estudo da Farmácia, [SD].

WELED, B.J; ADZHIGIREY, L.A; HODGMAN, T.M. et al; Task Force on Models for Critical Care: Critical care delivery: The importance of process of care and ICU structure to improved outcomes: An update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on models of critical care. **Crit Care Med**. v.43, p. 1520–1525, 2015.

WILCOX, M.E.; CHONG, C.A.; NIVEN, D.J., et al: Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analyses. **Crit Care Med**. v. 41, p.2253–2274, 2013.