AVALIAÇÃO DA DOR EM UTI ADULTA NO BRASIL ATRAVÉS DA "BEHAVIORAL PAIN SCALE" (BPS): REVISÃO SISTEMÁTICA

Assessment of pain in Brazil adult icu through "behavioral pain scale" (bps): systematic review

Andrea Queiroz Sierra[1], Maria Ayrtes Ximenes Ponte Colaço[2], Bárbara Martins Soares Cruz[3]

RESUMO

A dor do paciente criticamente enfermo ainda não é avaliada rotineiramente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Todos os profissionais de saúde que integram a equipe de uma UTI devem ser capazes de avaliar categoricamente a dor para tratá-la adequadamente. Esse sintoma tratado de forma ineficaz acarreta em alterações negativas da qualidade de vida, eleva os custos financeiros do hospital e do sistema de saúde e retarda a alta hospitalar. Muitas vezes, esses pacientes se encontram sedados, sob ventilação mecânica e sem capacidade de comunicação, o que dificulta uma avaliação eficaz da dor. Este estudo teve como objetivo fazer uma revisão bibliográfica dos trabalhos científicos publicados entre o período 2005-2015 sobre a avaliação da dor através do BPS em pacientes internados na UTI. A busca foi feita usando as bases de dados: Pubmed, Scielo, Lilacs e Bireme. No período de fevereiro a setembro de 2015. Foi possível observar que a avaliação da dor não faz parte da rotina da maioria das UTI's, e que geralmente quem o faz é o enfermeiro ou o médico. Entendemos que a correta avaliação da dor leva a um tratamento adequado e humanizado. Ficando a sugestão para pesquisas que incluam o fisioterapeuta na rotina de avaliação da dor das UTI's.

Palavras chaves: "Behavioral pain scale", Unidade de Terapia Intensiva, adulto, dor.

ABSTRACT

The pain in critically ill patients is not routinely assessed in Intensive Care Units (ICU's). All health professionals within the staff of the Intensive Care Unit (ICU) must be able to assess categorically pain to treat it properly. This treaty symptom ineffectively brings in negative changes in quality of life, increases the financial costs of hospital and health system and slows the hospital discharge. Often, these critically ill patients are sedated and mechanically ventilated, and not able to communicate what hinders the correct assessment of pain. The aim of this study is to do a literature review of the productions on the assessment of pain through BPS in ICU patients between 2005-2015. The search of the literature was performed using the following databases: Pubmed, Scielo, Lilacs e Bireme.It was observed that pain assessment is not part of the routine of the most of ICU, and, generally, who does this assessment is the nurse or the doctor. We understand the correct assessment takes the proper and humane treatment getting the suggestion for searches that include physical therapist in the routine assessment of pain in ICU.

Keywords: "Behavioral pain scale", "Intensive Care Unit", "adult", "pain".

1. Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Caucaia / UBS- Francisco Paulo Pontes / Fortaleza / Ceará / Brasil.
2. Faculdade Inspirar Unidade Fortaleza / Ceará / Brasil.
3. Faculdade Inspirar Unidade Fortaleza / Ceará / Brasil.

Autor para correspondência:
Bárbara Martins Soares Cruz
ALAMEDA DOS LÍRIOS, 378. QUADRA 22 – CIDADE 2.000. BAIRRO PAPICU. CEP 60190-530
barbaramscruz@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A dor é considerada o quinto sinal vital e é relatada como uma experiência pessoal e subjetiva causada por um dano real ou potencial ao tecido. (1)

A AMIB recomenda que a avaliação da dor seja parte da rotina de uma unidade de terapia intensiva adulta. Recomenda ainda, o uso da BPS (Behavioral Pain Scale) e da CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) como escalas confiáveis para avaliar a dor no paciente crítico sob ventilação mecânica, não sendo recomendado o uso dos sinais vitais isoladamente como parâmetro de avaliação. (3,4,5)

Devemos avaliar a dor, por causa do uso excessivo ou da falta de sedação e analgesia para com o paciente. Esse uso excessivo de sedação/analgesia pode levar a um aumento no tempo da ventilação mecânica, retardo no desmame, assincronia entre paciente e ventilador, problemas gerados pela imobilização no leito e no aumento do tempo de internação do paciente. (4,5,6)

A presença de dor gera repercussão negativa no sistema respiratório, hemodinâmico e metabólico. Podendo ocorrer instabilidade cardiovascular, aumento do gasto energético e dificuldade de deambulação, favorecendo a TVP, e somando-se a isso, o medo e a ansiedade. (1,5,6,7) Aumentando as comorbidades e diminuindo a qualidade de vida e o conforto dos pacientes (1) Levando a cronicidade, retardando a recuperação e gerando também aumento de custos. (1,3)

As causas frequentes de dor nos pacientes de UTI são: aspiração traqueal, mudança de decúbito, curativo, tubo orotraqueal, lesão cirúrgica, queimadura, sonda nasogástrica, cateteres, drenos, escaras, punção venosa ou arterial e faixas de contensão. (1,5)

A dor presente nos pacientes da UTI é comum e de difícil avaliação, pois a maioria dos pacientes não consegue se comunicar, pela severidade da doença, ventilação mecânica, sedação e rebaixamento do nível de consciência (1,4,7-10). Entretanto, aproximadamente 50% dos pacientes internados em UTI relatam dor de moderada a severa intensidade durante o repouso e os procedimentos (4) e menos de 50% dos profissionais da saúde avaliam o sintoma. (5)

Para isso foram criadas algumas escalas para a avaliação da dor nos pacientes críticos: Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), Numerical Rating Scale (NRS), Escala visual analógica (EVA), Escala visual/verbal numérica (EVN), Escala de faces de dor (EFD). Destas, para uso em pacientes sedados e sob ventilação mecânica, as mais utilizadas são a BPS e a CPOT.

A avaliação da dor é importante para toda equipe de saúde que atende o paciente, pois cada profissional irá atuar de modo conjunto e equilibrado para minimizar a dor do paciente, é uma questão de humanização e também de ética. Se a dor não for corretamente avaliada, os tratamentos não serão eficazes, resultando um maior custo financeiro e social. (3)

A BPS avalia três parâmetros: 'expressão facial', 'movimentos de membros superiores' e 'interação paciente/ventilador mecânico'. Os escores variam de 1 a 4 em cada um desses parâmetros, sendo que o resultado total varia de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima) e uma pontuação maior ou igual a 6, é inaceitável para o paciente crítico. (10)

O resultado da pesquisa de adaptação cultural e para o Português do Brasil mostrou que a escala é de fácil reprodutibilidade e aplicabilidade, com satisfatória adaptação para avaliar a dor em pacientes graves no Brasil. (10)

O objetivo desse trabalho foi fazer uma revisão sistemática sobre o uso da Behavioral Pain Scale (BPS) como instrumento para avaliação da dor em pacientes sob ventilação mecânica invasiva, na UTI, sedados ou não, pois o fisioterapeuta é um dos profissionais da área da saúde, ativos na UTI e que mais mobilizam o paciente.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, em que foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicos SciElo (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED e BIREME. Consideramos para este trabalho, artigos científicos publicados no período correspondente de 2005 a 2015: estudos que incluíram a BPS como método de avaliação da dor em pacientes adultos, sob ventilação mecânica invasiva, internados na UTI (sedados ou não), disponíveis gratuitamente nas plataformas citadas. Foram excluídos da revisão aqueles que não obedeceram a estes critérios.

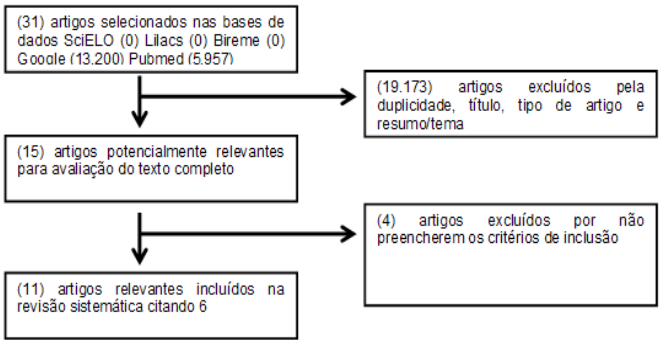
Utilizamos os descritores "Unidade de Terapia Intensiva", "adulto", "dor", "Behavorial Pain Scale", "Intensive Care Unit", "adult", "pain", em várias combinações na realização das pesquisas nas plataformas.

Após leitura do 'título', 'descritores' e 'resumo', foram encontrados artigos potencialmente relevantes para leitura do texto completo, dos quais seis foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos para a realização deste trabalho.

RESULTADOS

Os resultados da busca encontram-se dispostos na figura abaixo.

Figura 1: Método da busca



As informações coletadas foram organizadas sob a forma de quadro:

Quadro 1: Resumo dos estudos

Autor/ ano	Tipo de estudo	Amostra	Tipos de intervenção	Principais variáveis analisadas	Resultados significativos
Young et al./2006	Estudo prospectivo descritivo	18 pacientes	Os pacientes foram avaliados quanto a dor (usando a BPS) em dois tipos de procedimentos (um não doloroso, que foi o de cuidados com os olhos, e o outro doloroso que foi o reposicionamento no leito).	Procedimento não doloroso (cuidados com os olhos) e procedimentos dolorosos (reposicionamento no leito)	O estudo mostrou que o BPS é válido e confiável para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes. Mostrou também que indicadores tradicionais como: parâmetros hemodinâmicos não são fidedignos para esse tipo de paciente.
Ahlers et al./2008	Estudo prospectivo observacional	30 pacientes	Os pacientes foram avaliados quanto a dor (através da BPS- que foram usados em pacientes sedados e sob VM, exclusivamente), por dois pesquisadores treinados, 2X/dia, durante um mês. As avaliações foram simultâneas, mas independentes. Nos pacientes não sedados e não ventilados mecanicamente, foram usados também a NRS e a VAS.	Somente procedimentos não dolorosos	O estudo mostrou que as escalas de dor utilizadas (BPS, NRS e VAS) mostraram alto grau de confiabilidade, mas a avaliação baseada no observador subestima a dor. O estudo concluiu ainda que a BPS deveria ser usada em conjunto com a NRS na ausência de estimulo doloroso.
Ahlers et al./2010	Estudo prospectivo observacional	30 pacientes	Os pacientes foram avaliados em quatro momentos: procedimento doloroso, não doloroso, entre os procedimentos e logo antes do primeiro desses procedimentos. Os pesquisadores observam os pacientes simultaneamente, mas independentemente por um minuto. Depois é determinado o escore de Ramsay e a pontuação na BPS.	Procedimento não doloroso (troca de curativo do cateter arterial) e procedimento doloroso (girar o paciente)	O estudo concluiu que a BPS é válida para ser usada em pacientes sedados e que estão conscientes, em procedimentos dolorosos.

Morete et al./2014	O estudo foi realizado em duas fases: tradução e adaptação cultural da BPS para o português do Brasil, e estudo das propriedades psicométricas.	100 pacientes	Na fase I: tradução para o português. Na etapa 2: 7 especialistas em cuidados para pacientes de UTI, com experiência em avaliação da dor (6 enfermeiros e 1 fisioterapeuta). Etapa 3: a versão foi traduzida novamente para o inglês. Na etapa 4: feito uma equivalência (a versão do consenso comparada com a versão original). A etapa 5: treinamento com os avaliadores e um teste piloto. Fase II foi o estudo das propriedades psicométricas.	Expressão facial, movimentação de membros superiores e interação com o ventilador mecânico.	O estudo mostrou que a BPS é de fácil aplicação e reprodução, sendo adaptada para o Brasil.
Dehghani et al./2014	Estudo prospectivo descritivo	50 pacientes	Foi feito dois procedimentos em cada enfermaria, um doloroso (aspiração traqueal) e outro não doloroso (cuidado com os olhos). Foi feito a validação estrutural e da	Procedimento doloroso (aspiração traqueal) e procedimento não doloroso (cuidado com os olhos com solução salina).	O estudo mostrou que a BPS usada nesse tipo de paciente (com baixo nível de consciência devido a um trauma na cabeça)
Dehghani et al./2014	Estudo prospectivo descritivo	50 pacientes	Foi feito dois procedimentos em cada enfermaria, um doloroso (aspiração traqueal) e outro não doloroso (cuidado com os olhos). Foi feito a validação estrutural e da confiabilidade da BPS.	Procedimento doloroso (aspiração traqueal) e procedimento não doloroso (cuidado com os olhos com solução salina).	O estudo mostrou que a BPS usada nesse tipo de paciente (com baixo nível de consciência devido a um trauma na cabeça) mostrou-se válida e confiável.
Rijkenberg et al./2015	Estudo prospectivo observacional de Coorte	20 pacientes	A BPS e a CPOT foram aplicadas ao mesmo tempo, porém independentemente em 4 procedimentos: no repouso e antes de um procedimento não doloroso,durante o procedimento não doloroso, no repouso e antes de um procedimento doloroso, e durante um procedimento doloroso.		

Young et al.(9) em um estudo prospectivo e descritivo avalia a dor de 18 pacientes internados em UTI para validação e confiabilidade do BPS, tendo sido utilizado 3 instrumentos para colher dados; BPS, MAAS (Motor Activity Assessment Scale) para avaliar o nível de consciência e sedação e dados pessoais (tais como freqüência cardíaca, exames laboratoriais e dados demográficos e sedação e analgesia). Dois procedimentos de rotina foram usados para avaliação da dor com o BPS por enfermeiras treinadas: procedimentos dolorosos de reposicionamento e procedimentos de cuidados com os olhos. Os dados foram

coletados antes e depois dos procedimentos. Houve um aumento do escore da dor depois do procedimento doloroso (73%), o que não foi observado após o procedimento não doloroso (14%). A conclusão foi de que o aumento no escore da BPS é maior durante os procedimentos dolorosos do que os não dolorosos.

Ahlers et al.(8) em um estudo observacional prospectivo realizado com 30 pacientes críticos em UTI, avaliaram a confiabilidade entre os avaliadores da NRS e da BPS, e compararam as escalas: NRS, BPS e VAS. Para avaliar a dor foram usadas três escalas: BPS, VAS e NRS. A BPS foi utilizada em pacientes críticos sob ventilação mecânica, sedados. E as outras duas escalas em pacientes responsivos. Os pesquisadores treinados observaram cada paciente por cerca de 1 min, duas vezes ao dia, pelo período de um mês e todas as avaliações foram feitas durante procedimentos não dolorosos. A conclusão do estudo foi de que as diferentes escalas mostraram alta confiabilidade, sendo que os observadores subestimaram a dor dos pacientes e que a BPS deveria ser usada junto com a NRS na ausência de estimulo doloroso.

Ahlers et al.(7) em um estudo prospectivo observacional com 30 pacientes críticos em uma UTI, comparou o uso do BPS em pacientes profundamente sedados (para o qual o BPS foi desenvolvido) e pacientes sedados porém conscientes (em que foi usado a combinação do BPS e do VRS-4- Verbal Rating Scale). Os pacientes sedados foram definidos como aqueles que não conseguiram se comunicar por pelo menos quatro avaliações seguidas em um determinado dia. Já os pacientes sedados conscientes foram definidos como aqueles capazes de se comunicar em pelo menos uma parte da avaliação. A dor foi avaliada durante dois procedimentos de rotina; um não doloroso e outro doloroso. Além desses procedimentos, a dor também foi avaliada no descanso, antes do procedimento não doloroso e entre os procedimentos. Os autores concluíram que o BPS também é apropriado para o uso em pacientes sedados conscientes durante procedimentos dolorosos.

Morete et al.(10) fizeram a validação e adaptação cultural da BPS para o português do Brasil, além de avaliar suas propriedades psicométricas (confiabilidade, concordância inter avaliadores e utilidade clínica). O estudo foi desenvolvido em duas fases. Na primeira fase foi feita a tradução e adaptação cultural da BPS para o português do Brasil. E a segunda fase foi a avaliação de suas propriedades psicométricas. O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital privado em São Paulo, e contou com 100 pacientes que estavam intubados, sob ventilação mecânica e sedados. A conclusão foi que a BPS mostrou ser de fácil aplicação e reprodução e consistência interna. Logo ela mostrou-se adaptada para o Brasil.

Dehaghani et al.(1) realizaram um estudo prospectivo para atestar a validade e confiabilidade da BPS nos pacientes com baixo nível de consciência, devido a um trauma na cabeça e que se encontravam internados na UTI. 50 pacientes foram incluídos no estudo, de acordo com os critérios de inclusão. Dois procedimentos de rotina (um doloroso e o outro não doloroso) foram realizados em cada paciente. A confiabilidade foi medida por três parâmetros: estabilidade, coesão interna e equilíbrio. Os autores concluíram que a confiabilidade da escala foi verificada nos três quesitos: estabilidade, coesão interna e equilíbrio.

Rijkenberg et al.(4) realizaram um estudo prospectivo observacional de Coorte, por um período de quatro meses, com 20 pacientes críticos e em UTI, com o objetivo de comparar a BPS e a CPOT nos quesitos de validação e confiabilidade nos pacientes críticos sob ventilação mecânica. As avaliações com a BPS e a CPOT foram realizadas simultaneamente, mas independentemente. A dor foi medida em quatro situações distintas: no descanso antes de um procedimento não doloroso, durante um procedimento não doloroso, no descanso antes de um procedimento doloroso e durante um procedimento doloroso. O estudo concluiu que tanto a BPS quanto a CPOT são capazes de avaliar a dor de pacientes que são incapazes de se comunicar verbalmente nos procedimentos descritos anteriormente.

CONCLUSÃO

Concluímos que a avaliação da dor através de instrumentos categóricos não faz parte da rotina nas UTI's brasileiras e, os profissionais médicos e enfermeiros são os que mais avaliam o sinal vital 'dor' em pacientes ventilados mecanicamente em UTI, sedados ou não.

Constatamos a escassez de estudos realizados no Brasil utilizando a BPS para avaliação da dor em pacientes mecanicamente ventilados e internados na UTI. Consideramos este fator como um ponto falho, visto que uma avaliação mais detalhada gera tratamento direcionado e eficaz, deste que é considerado um 'sinal vital', estabelecendo relação linear com a humanização na saúde.

Diante disto, enfatizamos a proposta de avaliação fisioterápica que contemple o sintoma 'dor', através do instrumento categórico, já traduzido e validado para o português do Brasil, pois este pode ser um sintoma impeditivo durante o atendimento do fisioterapeuta intensivista, que é um dos profissionais mais atuantes na mobilização dos pacientes internados na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Dehghani H, Tavangar H, Ghandehari A. Validity and reliability of Behavioral Pain Scale in patients with low level of consciousness due to head trauma hospitalized in intensive care unit. Arch Trauma Res. 2014March20; 3 (1):e18608.
2. Barr J, Fraser L, Puntillo K, Ely W, Gélinas C, Dasta JF et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care unit. Critical Care Medicine. 2013Jan; (41).
3. Gonçalves AAS, Schmitz RK, Roehrs H. Avaliação da dor em paciente adulto sedado sob ventilação mecânica. Rev Inspirar. 2013Nov/Dez; (5).
4. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H, Bosman RJ, Oudemans-Van Straaten HM. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. Journal of critical care,2015; (30):167-172.
5. Sakata RK. Analgesia e sedação da dor. Rev Bras de anest. 2010Nov/Dez (60):648-658.
6. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escala da dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. Ver HUPE. 2013.12(3):110-117.
7. Ahlers SJGM, Van Der Veen AM, Van Dijk M, Tibboel D, Knibbe CAJ. The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. Critical care and trauma. 2010Jan;(110).
8. Ahlers JGMS, Van Gulik LM, Van Der Veen A, Van Dongen HPA, Bruins P, Belitser SV, Boer AD et al.. Comparison

of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. Critical Care. 2008;(12).
9. Young J, SiffleetI J, Nikoletti S, Shaw T. Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Intensive and critical care nursing. 2006;(22):32-39.
10. Morete MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação da versão cultural portuguesa (Brasil) da escala de dor behavioral pain scale. Rev bras de terapia intensiva. 2014; 26(4):373-378.
11. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado a vitima de trauma com dor: o quinto sinal vital. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):146-52.