

Artigo de Revisão

Escalas de avaliação da dor em ambiente hospitalar

Pain Assessment Scales in a Hospital Environment

Nathaly Gillopes Garcia^{1B}, Cristina Silva de Sousa^{1B}, Jéssica Sousa dos Anjos^{1B}, Helena Carreira^{1B}, Nathalia de Oliveira Fonseca Mendes^{1B}, Jaqueline Aparecida Almeida Spadari^{1A}, Giulliano Gardenghi^{1,2,3,4C}

Resumo

Introdução: A definição mais atual de dor descreve-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial. Dentro do ambiente hospitalar é frequentemente um dos sintomas mais apresentados pelos pacientes, portanto é de suma importância a inclusão da avaliação da dor como o quinto sinal vital e aplicar escalas específicas para cada população, garantindo aos pacientes intervenções no controle da dor. **Objetivo:** Revisar e elencar as principais escalas de dor que podem ser usadas no ambiente hospitalar, nos diversos departamentos para melhorar a qualidade de atendimento, monitorização e intervenção. **Metodologia:** Revisão da literatura, por meio de artigos científicos publicados entre os anos de 2000 a 2021, nas bases de dados: Medline, Lilacs, Scielo e PubMed, aplicando os termos de busca: escala de dor, avaliação da dor, ambiente hospitalar e seus preditores. **Resultados:** Foram relacionadas um total 18 escalas de avaliação de dor, em diversas populações, desde neonatal e pediatria, a adultos com ou sem capacidade de se comunicar e/ou verbalizar sua dor, usando autorrelato ou heteroavaliação. **Conclusão:** O manejo adequado da dor está interligado a melhores prognósticos. A utilização da escala correta observando sempre a clínica do paciente e a implementação de instrumentos sensíveis para populações específicas auxiliam nesse processo.

Descritores: Medição da Dor; Ambiente de Instituições de Saúde; Centros de Saúde.

Abstract

Introduction: The most current definition of pain describes it as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. Within the hospital environment, it is often one of the symptoms most presented by patients, so it is of paramount importance to include pain assessment as the fifth vital sign and apply specific scales for each population, guaranteeing patients interventions in pain control. **Objective:** To review and list the main pain scales that can be used in the hospital environment, in the various departments to improve the quality of care, monitoring and intervention. **Methodology:** Literature review, through scientific articles published between 2000 and 2021, in the databases: Medline, Lilacs, Scielo and PubMed, applying the search terms: pain scale, pain assessment, hospital environment and its predictors. **Results:** A total of 18 pain assessment scales were related in several populations, from neonatal and pediatrics, to adults with or without the ability to communicate and/or verbalize their pain, using self-report or heteroassessment. **Conclusion:** Adequate pain management is

linked to better prognoses, the use of the correct scale always observing the patient's clinic and the implementation of sensitive instruments for specific populations help in this process.

Key words: *Pain Measurement; Health Facility Environment; Health Centers.*

¹ Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo - SP, Brasil

² Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia - GO, Brasil

³ Faculdade CEAfi, Goiânia - GO, Brasil

⁴ Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), Goiânia - GO, Brasil

^A Especialista em Fisioterapia Hospitalar no Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo, Brasil.

^B Pós-graduanda em Fisioterapia Hospitalar no Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo, Brasil.

^C Doutor em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; Coordenador científico do Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil; Tutor da residência multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO, Goiânia, Goiás, Brasil; Consultor técnico do Hospital e Maternidade São Cristóvão, São Paulo, SP, Brasil; Coordenador científico da Faculdade CEAfi, Goiânia, Goiás, Brasil.

Introdução

A dor é um reflexo protetor do organismo frente a uma lesão e pode ser classificada segundo a sua origem, como nociceptiva ou neuropática e também segundo sua ordem temporal em aguda ou crônica. Sua definição precisa é um grande desafio, já que ela pode variar em intensidade, qualidade e duração, e possui diversos mecanismos fisiopatológicos. O sistema sensorial para a dor é extremamente amplo, podendo ser iniciada em qualquer parte do corpo ou no próprio sistema nervoso central (SNC). Sua percepção é uma experiência individual e subjetiva, que pode estar associada a lesão real ou potencial dos tecidos, além de suas características afetivo-emocionais¹. Segundo a definição mais atual do *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial².

Dentro do ambiente hospitalar a dor é frequentemente um dos sintomas mais comuns e é relatada por 84% dos pacientes adultos, com até 36% relatando dor intensa³. Em 1996 o médico James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor) foi o primeiro a citar a dor como 5° sinal vital, seu objetivo foi elevar a conscientização entre os profissionais da saúde sobre o tratamento da dor. James refere que se a dor fosse avaliada com o mesmo zelo que os outros sinais vitais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado⁴. A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor corrobora com James quanto a importância da inclusão da avaliação da dor como o 5° sinal vital, garantindo aos pacientes intervenções no controle da dor e tratamento imediato da mesma forma que se dá às demais alterações metabólicas, hormonais e dos parâmetros fisiológicos, como hipertensão arterial,

taquicardia, taquipneia, hipoxemia e sudorese. Segundo as diretrizes da *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), desde 2000 a dor é considerada o 5º sinal vital, sendo necessária sua avaliação e registro juntamente com os outros sinais⁵.

Especialmente em unidades de terapia intensiva (UTI), essa avaliação da dor é desafiadora, principalmente nos pacientes intubados e ventilados mecanicamente, além daqueles com dificuldades adicionais, como por exemplo, pacientes com demência, delirium, psicoses e tantas outras condições clínicas que são incapazes de descrever ou autorrelatar a sensação de dor e sua intensidade⁶. Assim sendo, a correta avaliação da dor permite uma melhor eficácia no seu diagnóstico, monitorização e na intervenção.

A incidência da dor é subestimada, não tratada ou tratada de forma inadequada, sendo considerada fator de risco para fraqueza muscular aguda, disfunção física persistente e declínio cognitivo. Pensando nisso, as Diretrizes de Delirium, Agitação e Dor da Sociedade de Medicina Intensiva (SCCM) destacam o papel importante no monitoramento desses três parâmetros (chamado tríade da UTI) e recomendam o uso de escalas validadas de maneira individual, de acordo com cada quadro apresentado pelos pacientes^{6,7}. A dor pode ser um dos fatores na redução da adesão ao exercício regular e reabilitação, levando o paciente a uma vida sedentária. Todavia sabe-se que exercícios físicos podem atenuar a dor pela redução da fosforilação dos receptores do sistema endógeno, pelo aumento nos níveis de serotonina e ativação dos opioides endógenos nas vias inibitórias do SNC⁸.

Baseado nessas informações é imprescindível o uso de ferramentas fáceis e simples para avaliação da dor, de acordo com o estado clínico do paciente, para que seja possível diagnosticar, monitorar e intervir.

O presente estudo tem como objetivo revisar e elencar as principais escalas de dor que podem ser usadas no ambiente hospitalar para melhorar a qualidade de atendimento, sua monitorização e as potenciais intervenções para controle da mesma.

Metodologia

O estudo consiste em uma revisão da literatura, executado por uma análise criteriosa de bibliografias nacionais e internacionais, através de artigos científicos publicados entre os anos de 2000 a 2022, por meio de sites de busca nas bases de dados: *Medline*, *Lilacs*, *Scielo*

e *PubMed*, aplicando os termos: escala de dor, avaliação da dor, ambiente hospitalar e seus preditores.

Procurou-se realizar um artigo de revisão, que abrangesse revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados ou não, e estudos de casos que pudessem evidenciar as melhores ferramentas existentes na literatura de escalas para avaliação de dor no ambiente hospitalar.

Estabeleceu-se como critério o uso de artigos que apresentassem ferramentas para avaliação da dor através de escalas que pudessem ser aplicadas no hospital, por todos os profissionais da área da saúde, de forma rotineira, a fim de facilitar o manejo da dor.

Os estudos foram analisados e classificados de acordo com a recomendação do “*Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*”: (A) Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados. Ensaio clínico controlado e randomizado com intervalo de confiança estreito. Resultado terapêutico do tipo “tudo ou nada”; (B) Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudo de coorte. Estudo de coorte (incluindo ensaios clínicos randomizados de menor qualidade). Observação de resultados terapêuticos/ Estudos ecológicos. Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle. Estudo caso-controle; (C) Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade); (D) Opinião de especialista sem avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)⁹.

Resultados

Os resultados foram dispostos em forma de tabela, onde foram descritos os autores do estudo, o grau de recomendação, objetivo e conclusão que discutem cada escala abordada.

Autor/Ano	Grau de Recomendação	Objetivo	Conclusão
Morandi, et al. / 2017 ⁷	D	Avaliar conhecimento e utilização da avaliação, prevenção e gestão de dor; despertar espontâneo e tentativas de respiração; escolha analgesia e sedação; avaliação de delirium; mobilidade precoce e exercício e envolvimento da família para implementar diretrizes de dor, agitação e delirium.	Mudança significativa, mas incompleta em direção aos cuidados de UTI centrado no paciente e na família, de acordo com as diretrizes de dor, agitação e delirium. Há necessidade crescente em melhorar a interação com familiares.
Fischer, et al. / 2019 ¹⁰	D	Examinar e mapear modelos e entendimentos de dor e delirium, bem como instrumentos e estratégias de avaliação da dor para pacientes adultos com delirium.	A literatura atual é insuficiente para orientar a prática clínica na avaliação da dor em pacientes com delirium. Pesquisas futuras serão necessárias para validar instrumentos de avaliação de dor nesses pacientes.
Pinto, et al. / 2014 ¹¹	B	Realizar adaptação semântica e cultural para o português do Brasil da escala <i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i> (PAINAD), e avaliar suas propriedades psicométricas (validade, viabilidade, concordância inter avaliadores e utilidades clínicas).	A escala revelou ser útil para ser usada de forma rotineira na prática de cuidados diários com doentes adultos e idosos internados em serviços hospitalares, nas mais diversas situações clínicas. Requer pouco tempo de aplicação, fácil de usar, instruções claras. Recomenda-se atenção particular na interpretação de expressão facial.
Ranzi, et al. / 2019 ¹²	B	Avaliar os efeitos da fisioterapia sobre a dor e capacidade funcional em pacientes oncológicos.	Foram necessárias no mínimo seis sessões de fisioterapia com ênfase em cinesioterapia para promover redução da dor oncológica em pacientes hospitalizados.
Kotfis, et al. / 2017 ⁶	D	Avaliar regularmente a intensidade da dor para melhorar resultado e qualidade de vida dos pacientes	A pesquisa atual mostra que as duas ferramentas mais bem validadas para pacientes incapazes de relatar a dor são a

		na UTI e após alta da UTI.	<i>Behavioral Pain scale (BPS)</i> e a <i>Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)</i> .
Soulié, et al. / 2006 ¹³	C	Avaliar a qualidade do atendimento de pacientes com dor que procuram o pronto-socorro de um hospital universitário e a evolução da sua dor durante a permanência no pronto-socorro.	O estudo conclui que mesmo com a dor identificada, sua avaliação e manejo permanecem inadequados. A qualidade do atendimento pode ser melhorada pela educação do pessoal no desenvolvimento de protocolos e na avaliação do manejo da dor.
Silva, et al. / 2008 ¹⁴	D	Traduzir, retrotraduzir e adaptar culturalmente o conteúdo da <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)</i> e da Escala de Faces Revisada (FPS-R) para avaliação de dor em crianças escolares e adolescentes brasileiros.	Ambas as escalas se mostram de fácil compreensão para avaliação da dor em crianças e adolescentes brasileiros com câncer.
Garra, et al. / 2013 ¹⁵	C	Determinar se o medo confunde o relato da gravidade da dor na escala de dor <i>Wong Baker Faces (WBS)</i>	A WBS demonstra correlação moderada com outra medida de dor, Escala Visual Analógica, e não é confundida com medo entre os pacientes em idade escolar que se apresentam ao pronto-socorro com dor.
Gregory, et al. / 2015 ³	D	O objetivo desta revisão Foi estabelecer a prevalência de dor agora em adultos no hospital, identificar a quantidade de dor intensa ou inaceitável relatada e examinar a prevalência de dor aguda nas unidades médicas.	Esta revisão demonstrou que há necessidade das equipes, incluindo unidade médicas sobre como a prevalência da dor no hospital pode ser obtida usando um instrumento aceito e uma medida de intensidade da dor acordada.
Zare, et al. / 2020 ¹⁶	C	Traduzir e avaliar as propriedades psicométricas da escala Dolopus-2 em idosos com demência no Irã.	A versão persa do Dolopus-2 pode ser considerada uma escala válida e confiável para avaliação de dor em idosos com demência.

Karcioglu, et al. / 2018 ¹⁷	C	Determinar a conformidade e usabilidade entre: a Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Avaliação Verbal (VRS) e a Escala de Avaliação Numérica (NRS).	Todas as três escalas são válidas, confiáveis e adequadas para o uso da prática clínica, embora a EVA apresente mais dificuldades que as demais. Para fins gerais a NRS tem boa sensibilidade e gera dados que podem ser analisados para fins de auditoria.
Kim, et al. / 2006 ¹⁸	C	Comparar a versão modificada de 11 faces do <i>Faces Pain Scale</i> (FPS) com a Escala Numérica 0-10 (NRS) sem a tradução matemática. A versão proposta também foi investigada em uma amostra de idosos coreanos.	Os resultados apoiaram a adequação do 11 FPS para uso com idosos na prática clínica para medir a intensidade da dor. Além disso o estudo forneceu evidências transculturais para avaliar a utilidade do FPS.
Bulloch, et al. / 2002 ¹⁹	C	Determinar a validade de 2 escalas de autorrelato (<i>Color Analog Scale</i> (CAS) e <i>Faces Pain Scale</i> (FPS) em criança no departamento de emergência.	Este estudo fornece validação para 2 ferramentas para avaliar a dor pediátrica no cenário agudo.
Gulur, et al. / 2009 ²⁰	B	O primeiro objetivo foi determinar a viabilidade, validade concorrente e aceitabilidade do método. Segundo objetivo foi avaliar a confiabilidade teste-reteste do método. Determinar se as crianças entendiam as ligações entre as expressões faciais de sorrir e franzir a testa e os sentimentos subjetivos de felicidade e dor.	O método apresentou validade concorrente com a <i>Wong-Baker Face Scale</i> ; e a maioria das crianças expressou preferência pela <i>Computer Face Scale</i> . O método também apresentou confiabilidade teste-reteste adequada, foi demonstrada pelas classificações de dor e humor.
Giusti et al. /2018 ²¹	C	Analisar o grau em que a intensidade da dor é subestimada ou superestimada na percepção da	Este estudo revela a dificuldade persistente no manejo da dor, ao mesmo tempo que tenta comunicar a importância da avaliação,

		enfermeira e do paciente do pronto-socorro.	uma vez que a compreensão adequada da dor permite reconhecê-la e tratá-la.
Gregory J. /2019 ²²	D	Discutir as várias escalas de dor e ferramentas de avaliação observacional da dor disponíveis e as evidências para apoiar seu uso.	As escalas de dor são um método aceito para medir a intensidade da dor, embora devam ser confirmados pela observação de medidas fisiológicas e comportamentos associados à dor.
Bueno M., et al. / 2013 ²³	D	O estudo objetivou traduzir e adaptar a versão do <i>Premature Infant Pain Profile</i> (PIPP) para a língua portuguesa adotada no Brasil.	O processo de tradução e adaptação do perfil de Dor no Recém-Nascido Pré-termo resultou em um instrumento adequadamente adaptado à língua portuguesa adotada no Brasil.
Silva Y, et al./2007 ²⁴	D	A finalidade desta revisão foi discutir os métodos utilizados na avaliação da dor em neonatologia, uma vez que estratégias de tratamento utilizadas sem uma avaliação sistemática da dor não são eficazes ou adequadas.	A atual atenção para melhores métodos de medida e avaliação da dor contribuiu para aumentar a sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à natureza das experiências dolorosas. A dor deve ser valorizada como o quinto sinal vital e avaliada de maneira sistematizada também nos recém-nascidos.
Horgas A, et al./2007 ²⁵	D	O objetivo deste estudo foi avaliar a confiabilidade da ferramenta NOPPAIN quando utilizada por enfermeiros e comparar as classificações do NOPPAIN com autorrelato e outros procedimentos de classificação comportamental bem estabelecidos.	Os resultados indicaram alta confiabilidade inter e intra examinador do NOPPAIN e correlações significativas do NOPPAIN com dor autorrelatada e codificação comportamental detalhada.
Santos IFA, et al./ 2017 ²⁶	C	Validar a versão brasileira da Escala Comportamental de Dor (ECD), bem como correlacionar seus escores com os registros de parâmetros	Houve um escore significativamente mais alto na ECD durante a aplicação do estímulo doloroso em comparação com o período de descanso. No entanto, não foram

		fisiológicos, nível de sedação e gravidade da doença.	observadas correlações entre dor e parâmetros hemodinâmicos, nível de sedação e gravidade da doença.
Dal D, et al./2007 ²⁷	A	Avaliar os efeitos (dor pós-operatória, pesadelos, alucinações, vômitos e sangramento) da infiltração peritonsilar de cetamina em crianças submetidas a adenotonsilectomia, no dia seguinte a cirurgia através da Avaliação Objetiva da Dor (OPS).	Baixas doses de cetamina administrada intravenosa ou por infiltração peritonsilar no perioperatório proporcionam alívio eficaz da dor sem efeitos colaterais em crianças submetidas a adenotonsilectomia.
Foxen-Craft E, et al./2018 ²⁸	D	O objetivo deste estudo foi explorar a confiabilidade e validade de um mapa do corpo da dor entre jovens com condições ortopédicas antes da cirurgia.	Resultados apoiam o uso de ferramentas de mapa corporal em pesquisas adicionais que examinam a dor generalizada entre os jovens, demonstrando confiabilidade adequada, validade descritiva e validade associativa.
Ergun U, et al./2007 ²⁹	C	O objetivo do presente estudo foi desenvolver uma escala de dor fácil para pacientes com baixa escolaridade entenderem e avaliarem sua utilidade nesses pacientes.	Concluiu-se que a escala Teste do Copo Cheio é útil tanto para avaliar quanto para diferenciar alterações na dor, e é adequada para avaliar a dor em pacientes com baixa escolaridade.
Abbey J, et al./ 2004 ³⁰	B	O objetivo deste projeto era desenvolver uma escala de dor altamente confiável para pessoas com demência em estágio terminal que fosse eficiente, eficaz e capaz de ser usada por uma variedade de profissionais de saúde.	Tanto na Austrália quanto no exterior, indicam uma alta taxa de aceitação. Estudos de acompanhamento sobre o uso da escala em ambientes clínicos estão prestes a começar.
Bai J, et al./2012 ³¹	B	Os objetivos específicos deste estudo foram: 1) identificar a validade concorrente das	os resultados parecem indicar que o FLACC teve um desempenho melhor do que o COMFORT-B Chinese para a dor. Por

		escalas FLACC e COMFORT-B para avaliação da dor em crianças chinesas após cirurgia cardíaca; 2) avaliar a sensibilidade, especificidade e os pontos de corte ótimos das escalas FLACC e COMFORT-B; e 3) explorar fatores que predizem os escores de COMFORT-B e FLACC.	outro lado, o COMFORT-B Chinês forneceu informações mais detalhadas sobre sedação do que a escala FLACC. Estudos futuros precisam explorar ainda mais a utilidade dessas ferramentas de avaliação da dor em ambientes não ocidentais em combinação com algoritmos de tratamento de dor e sedação.
--	--	--	---

Foram relacionadas um total 19 escalas de avaliação de dor, em diversas populações, desde neonatal e pediatria, a adultos com ou sem capacidade de se comunicar e/ou verbalizar sua dor. O fluxograma a seguir apresenta todas as escalas revisadas neste estudo, categorizando em autoavaliação, que é quando o paciente está consciente, orientado, com capacidade cognitiva e sem dificuldades na comunicação para relatar sua dor. E heteroavaliação, método pelo qual a avaliação é realizada por um profissional no ambiente hospitalar.

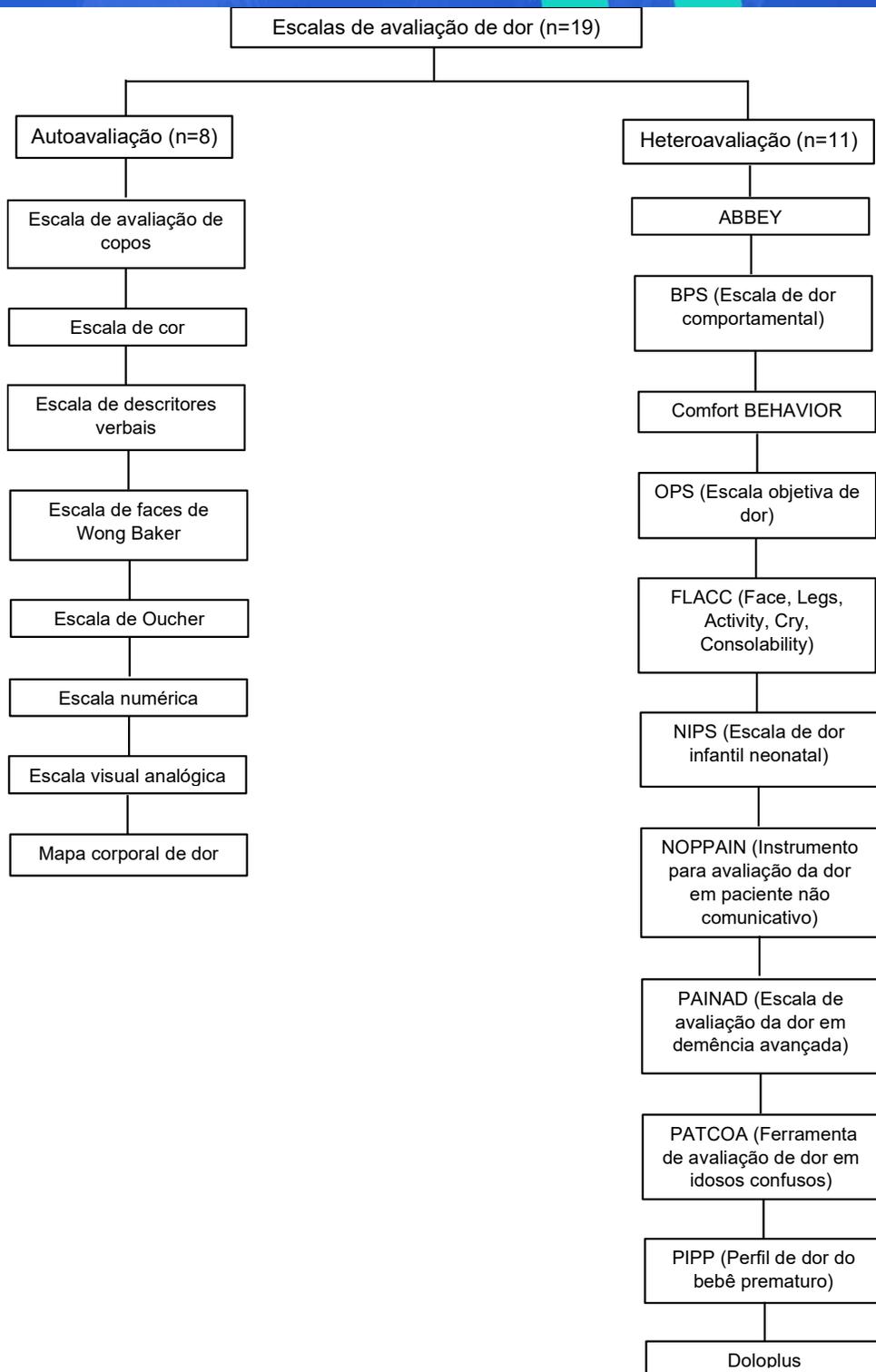




Figura 1 – Demonstração da avaliação da dor através de escalas.

Discussão

Nem sempre a dor é tratada como deveria e muitas vezes ela é subestimada pelos profissionais de saúde em relação ao grau de dor manifestado pelo paciente^{32,33}. Os comportamentos normalmente observados da dor são diferentes em cada pessoa e pouco coerentes, e dependem do estado emocional, físico e estilo de vida. Mesmo existindo campanhas e programas de treinamento para orientar profissionais de saúde para avaliação de maneira correta da dor, esse sintoma é avaliado de forma inapropriada³⁴. Independente da situação, a dor deve ser avaliada de forma adequada, pois esse é o primeiro passo para a correta intervenção³⁵.

A utilização de instrumentos de autoavaliação só é possível quando o paciente é capaz de fazer um autorrelato, seja ele através de questionários ou escalas, e é a evidência mais fidedigna e confiável de sua existência e intensidade, sendo válido para todas as idades¹⁷. O instrumento em questão deve ser escolhido levando em consideração as características individuais como a capacidade cognitiva e idade. Para monitorar se o nível de dor se manteve, diminuiu ou agravou é necessária uma frequência estabelecida para sua aplicabilidade. Sendo via de regra para análise legítima o uso da mesma escala em todas as avaliações³⁶.

As escalas podem ser divididas em dois grupos, medidas unidimensionais e multidimensionais. Apenas a intensidade é medida através das escalas unidimensionais, já as multidimensionais também levam em consideração a percepção da dor. A escala visual analógica (EVA) é uma ferramenta importante para estimativa da gravidade da dor e é um marcador da evolução do paciente durante o tratamento. Na sua aplicabilidade, o paciente é submetido a uma linha não graduada cuja as extremidades correspondem a ausência de dor e pior dor imaginável (figura 2)³⁷.

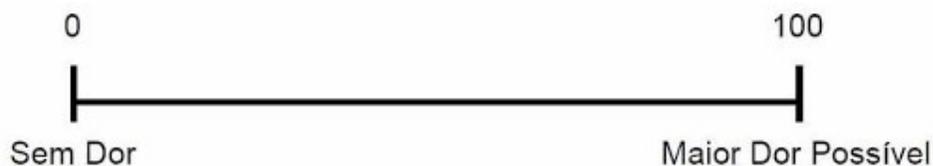


Figura 2 – Escala Visual Analógica (EVA).

Além da EVA, existem outras escalas capazes de avaliar a intensidade da dor segundo autorrelato do paciente, modificando apenas a representação visual. Entre elas: escala visual numérica (EVN), uma linha enumerada onde 0 é sem dor e 10 é a pior dor possível (figura 3); escala de descritores verbais (EDV), descreve a intensidade da dor através de 5 classificações: sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e dor insuportável (figura 4); Escala de cor, o paciente aponta qual a cor que representa o seu nível de dor considerando: branco ausência de dor e vermelho escuro pior dor imaginável (figura 5); Escala de copos, paciente identifica escolhendo entre o desenho de 5 copos, quanto mais cheio mais intensa a dor (figura 6).

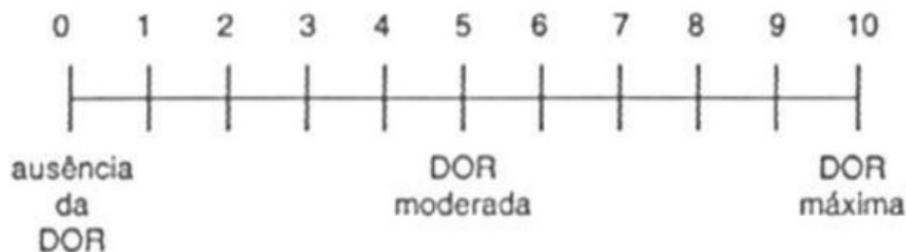


Figura 3 – Escala Visual Numérica (EVN).



Figura 4 – Escala de Descritores Verbais (EDV).



Figura 5 – Escala de Cor.

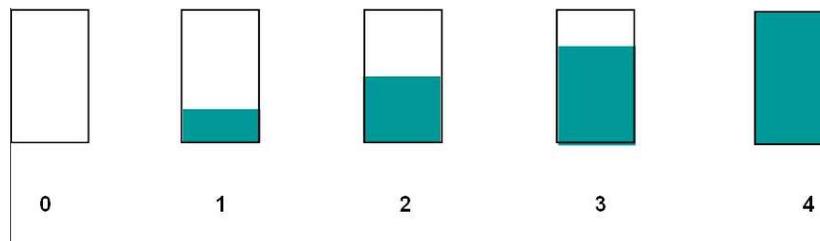


Figura 6 – Escala de Copos.

Já na população infantil, a dificuldade de uma auto avaliação é maior ainda, portanto nesse público o material utilizado para julgamento de dor é por meio de expressões faciais. A Escala de faces de Wong Baker (figura 7) emprega ilustrações e a Escala de Oucher (figura 8), imagens reais.

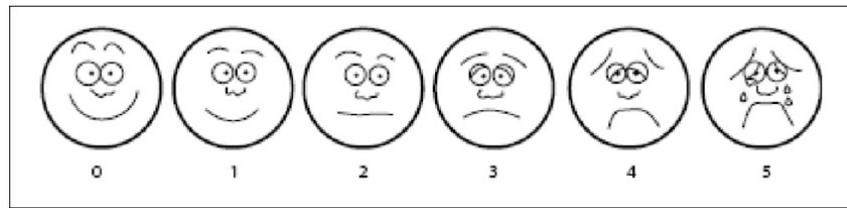


Figura 7 – Escala de Faces Wong Baker.

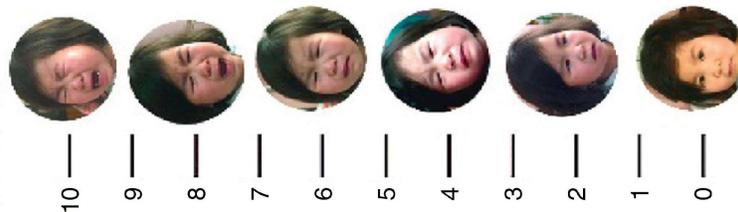


Figura 8 – Escala Oucher.

Existe ainda o mapa corporal (figura 9), um método qualitativo de localização da dor que utiliza como dados a narrativa pessoal, através do desenho do corpo.

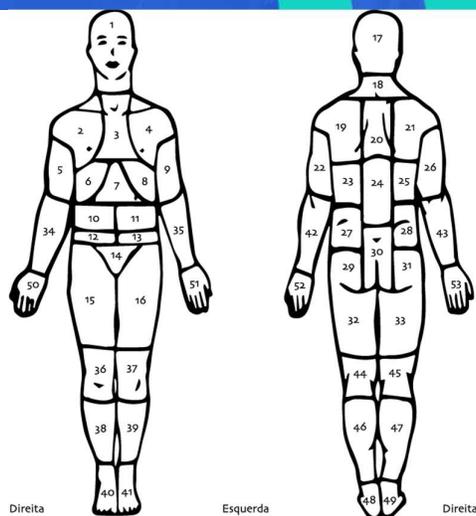


Figura 9 – Mapa Corporal de localização da dor.

Karcioglu et al. (2018)¹⁷ em uma revisão sistemática de escala de dor, comparando o uso das escalas EVA, EDV e EVN, concluíram que todas elas são confiáveis e adequadas para uso na prática clínica, entretanto, a EVA apresenta maior dificuldade que as demais. Garra et al. (2013)¹⁵ observaram que o medo não é confundido com a gravidade da dor na Escala de Faces Wong Baker, quando correlacionada com a EVA entre os pacientes em idade escolar.

Erguen et al. (2007)²⁹ desenvolveram a escala de copos de fácil compreensão da dor para pacientes com baixa escolaridade, com o objetivo de estimar sua utilidade em comparação com a EVA e as alterações nos níveis de dor, e concluíram que a escala de copos é útil tanto para avaliar quanto para diferenciar as alterações.

Beyer et al. (2005)³⁸ tiveram como objetivo determinar a confiabilidade de três versões étnicas da escala de dor Oucher (caucasiana, afro-americana e hispânica) em crianças de 3 a 12 anos submetidas a procedimentos cirúrgicos ou odontológicos, e foi demonstrado que todas as versões apresentam confiabilidade para avaliação de crianças desta faixa etária.

O objetivo do estudo de Foxer-Craft et al. (2018)²⁸ foi explorar a confiabilidade e validade de um mapa corporal de dor entre jovens com condições ortopédicas antes da

cirurgia. Os resultados apoiaram o uso de ferramentas de mapa corporal para examinar a dor generalizada entre os jovens, evidenciando sua confiabilidade, validade descritiva e associativa. Resultados esses que fornecem novas informações sobre a dor generalizada entre os jovens submetidos a cirurgias ortopédicas e abrem o caminho para uma melhor avaliação e tratamento.

Principalmente no ambiente hospitalar, existe uma diversidade de fatores que podem alterar o nível de consciência ou impossibilitar a comunicação verbal, comprometendo assim o poder de autorrelato de dor¹⁰. Fazendo-se necessário uma heteroavaliação dos pacientes, para que seja possível sua detecção mesmo sem ser verbalizada pelos pacientes, através de ferramentas de avaliação observacional que foram desenvolvidas para fornecer uma abordagem consistente adequando-se para cada população.

O recém-nascido (RN) é incapaz de se comunicar verbalmente e isso requer métodos indiretos para a avaliação da dor nessa população. Geralmente, utilizam-se indicadores fisiológicos, comportamentais, e contextuais, de modo separado ou combinado para essa finalidade. A escala do perfil de dor do recém-nascido prematuro (PIPP) é um instrumento multidimensional composto para avaliação da dor no RN pré-termo e a termo utilizando os seguintes indicadores: fatores contextuais, fisiológicos e comportamentais, subdivididos em sete critérios avaliados, sendo atribuído uma pontuação que varia de 0 a 3. A pontuação total varia entre 0 e 18 pontos, em RN a termo, e de 0 a 21 pontos, em neonatos pré-termo. Escores ≤ 6 pontos são classificados como ausência de dor ou dor mínima e > 12 indicam dor moderada a intensa (figura 10)²³. Já a escala de avaliação da dor em neonatos (NIPS) identifica 6 aspectos comportamentais e fisiológicos, sendo eles: expressão facial, choro, padrões respiratórios, movimento do braço, movimento da perna e estado de agitação. Estes recebem a pontuação de 0 a 1 exceto o choro que pode ser 0, 1 ou 2. O resultado varia de 0 a 7, sendo 0-1: sem dor; 2: dor leve; 3-4: dor moderada; 5-7: dor intensa (figura 11)³⁹.

Indicadores	0	1	2	3
IG em semanas	> 36 semanas	32 a 35 semanas e 6 dias	28 a 31 semanas e 6 dias	< 28 semanas
Observar o RN por 15 s				
Estado de alerta	Ativo Acordado Olhos abertos Movimentos faciais presentes	Quieto Acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olhos fechados Movimentos faciais presentes	Quieto Dormindo Olhos fechados Sem mímica facial
Anotar FC e SpO ₂				
FC máxima	↑ 0 a 4 bpm	↑ 5 a 14 bpm	↑ 15 a 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
Sat. mínima	↓ 0% a 2,4%	↓ 2,5% a 4,9%	↓ 5% a 7,4%	↓ ≥ 7,5%
Observar RN por 30 s				
Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Figura 10 – Escala do Perfil de Dor do Recém-Nascido Prematuro (PIPP).

Expressão facial	0 Relaxada	1 Tensa	
Choro	0 Ausente	1 Fraco	2 Vigoroso
Respiração	0 Relaxada	1 Diferente do basal	
Braços	0 Relaxados, algum movimento ocasional	1 Flexionados/Estendidos	
Pernas	0 Relaxadas, algum movimento ocasional	1 Flexionadas/Estendidas	
Estado de Alerta	0 Dormindo/Calmo	1 Inquieto	

Figura 11 - Escala de avaliação da dor em neonatos (NIPS).

Na avaliação da dor em pediatria o desafio permanece, pois a depender da idade o paciente ainda não é capaz de narrar sua própria dor. A seguir descreveremos algumas escalas dispostas para essa faixa etária.

A escala de rosto, pernas, atividade, choro, consolabilidade (FLACC) foi desenvolvida para avaliar a dor pós-operatória em crianças de 0 a 7 anos. Incorpora cinco categorias de comportamento sendo que a pontuação total varia de 0 a 10. Os valores de 0 a 3 são definidos como dor leve ou sem dor; de 4 a 7 pontos dor moderada e de 8 a 10 pontos como dor intensa (figura 12). Outra escala que pode ser aplicada é a COMFORT Behavior (COMFORT-B) que

contém seis itens comportamentais: nível de consciência, agitação, resposta respiratória (paciente em ventilação mecânica) ou choro (pacientes com respiração espontânea), tônus, movimento físico e tensão facial. A pontuação total varia de 6 a 30, onde pontuações ≥ 17 indicam a necessidade de uma intervenção para reduzir a dor (figura 13)³¹.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Figura 12 – Escala de rosto, pernas, atividade, choro, consolabilidade (FLACC).

Anexo I - Escala Comfort-B

Nível de consciência: alerta	
Sono profundo	1
Sono superficial	2
Letárgico	3
Acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
Calma / Agitação	
Calma	1
Ansiedade leve	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4
Amedrontado	5
Resposta respiratória (apenas se paciente em ventilação mecânica)	
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação	2
Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3
Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular	4
Compete com o ventilador, tosse	5
Choro (apenas se paciente com respiração espontânea)	
Respiração silenciosa, sem som de choro	1
Resmungando/ choramingando	2
Reclamando (monotônico)	3
Choro	4
Gritando	5
Movimento físico	
Ausência de movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve frequente	3
Movimento vigoroso limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5
Tônus muscular	
Totalmente relaxado	1
Hipotônico	2
Normotônico	3
Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4
Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5
Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Tônus facial normal, sem tensão evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos faciais	3
Tensão evidente em toda a face	4
Músculos faciais contorcidos	5

Figura 13 - COMFORT Behavior (COMFORT-B).

Por fim, a escala de avaliação objetiva da dor (OPS) trata-se de uma ferramenta com quatro indicadores comportamentais e um fisiológico (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal) sendo cada um deles pontuados de 0 a 10, com aplicação validada para 0-18 anos considerando ≥ 3 como parâmetro para início da introdução da analgesia (figura 14)³⁶.

INDICADOR	DESCRIÇÃO
Choro	0. Ausente 1. Presente, mas consolável 2. Presente e inconsolável
Movimento	0. Ausente 1. Inquieto 2. Intenso
Agitação	0. Adormecido ou calmo 1. Leve 2. Histérico
Expressão verbal ou corporal	0. Adormecido ou sem manifestar dor 1. Dor leve (não consegue localizar) 2. Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando
Variação da tensão arterial sistólica	0. Aumento de <10% 1. Aumento de 10 a 20% 2. Aumento ≥ 20%

Figura 14 – Avaliação Objetiva da Dor (OPS).

Sarkaria et al. (2022)³⁹ realizaram um estudo recente numa UTI neonatal em Varsóvia comparando o uso das escalas NIPS e COMFORT-B pela equipe sem treinamento prévio e concluíram que ambas as escalas são confiáveis para avaliação da dor, mesmo sem treinamento.

Bai et al. (2012)³¹ durante um estudo observacional avaliaram a validade, sensibilidade e especificidade das escalas COMFORT-B e FLACC para avaliação da dor após cirurgia cardíaca em pacientes de 0 a 7 anos, concluem que as duas escalas foram consideradas ferramentas úteis para a detecção da dor nesta população e também demonstraram excelente sensibilidade e especificidade. Os resultados parecem indicar que a FLACC teve um desempenho melhor do que a COMFORT-B para a dor. Por outro lado, a COMFORT-B forneceu mais informações detalhadas sobre sedação do que a FLACC.

Sabendo-se que a dor é um agente incapacitante em qualquer indivíduo e pode impactar diretamente na qualidade de vida, nos idosos com comprometimento cognitivo é mais um fator limitante, portanto a avaliação, mensuração e manejo da dor nessa população não pode ser negligenciada e deve ter uma severa monitorização.

Uma das escalas é a avaliação da dor na demência avançada (PAINAD) que avalia a dor em idosos não comunicantes com ou sem demência, sendo de fácil compreensão e

utilização (figura 15). É uma ferramenta simples, inclui cinco critérios, sua pontuação varia de 0 a 10 pontos, sendo cada um deles de 0 a 2 pontos, como: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. Onde 1 a 3 pontos indica dor leve, 4 a 6 dor moderada e 7 a 10 dor forte. Também é utilizada por muitos serviços em qualquer adulto que não seja capaz de autorrelatar sua dor. Instrução da escala: observar o paciente por cinco minutos antes de começar a pontuar, podendo ser observado em diferentes condições, como por exemplo, em repouso, atividade agradável, recebendo cuidados e após receber medicações para dor⁴⁰.

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de vocalização	• Normal	• Dificuldade ocasional para respirar • Curto período de hiperventilação	• Respiração ruidosa e com dificuldades • Longo período de hiperventilação • Respiração Cheyne-Stokes	
Vocalização negativa	• Nenhuma	• Resmungos ou gemidos ocasionais • Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	• Chamados perturbadores repetitivos • Resmungos ou gemidos altos • Choro	
Expressão facial	• Sorrindo ou inexpressiva	• Triste • Assustada • Franzida	• Careta	
Linguagem corporal	• Relaxada	• Tensa • Andar angustiado/afrito de um lado para o outro • Inquietação	• Rígida • Punhos cerrados • Joelhos encolhidos • Puxar ou empurrar para longe • Comportamento agressivo	
Consolabilidade	• Sem necessidade de consolar	• Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	• Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
				Total

Figura 15 – Avaliação de Dor na Demência Avançada (PAINAD).

A escala ABBEY (figura 16) também é aplicada para avaliar dor em pacientes com alterações cognitivas e/ou incapacidade de se comunicar, usada principalmente em idosos. Constituída por seis indicadores não verbais da presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração na linguagem corporal, alterações comportamental, fisiológica e física. Sua pontuação varia de 0 a 18 pontos, onde cada um equivale até 3 pontos, sendo considerado 0 ausente, 1 leve, 2 moderado e 3 severo. Considerando sem dor de 0 a 2 pontos; dor leve 3 a 7 pontos; dor moderada de 8 a 13 pontos e dor severa maior que 14 pontos.

The Abbey Pain Scale (versão Portuguesa)				
Vocalização ex: geme, chora, choraminga)				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	
Expressão facial ex: apresenta expressão tensa, franze, a testa, faz esgares, parece assustado (a)				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	
Alteração da linguagem corporal Ex: agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	
Alteração comportamental Ex: mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	
Alteração fisiológica Ex: temperatura, ritmo cardíaco ou TA fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	
Alterações físicas Ex: lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contraturas, lesões anteriores				
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3	

Figura 16 – Escala ABBEY.

Ainda na população idosa com confusão mental foram elaboradas mais duas escalas, a ferramenta de avaliação da dor em idosos confusos (PATCOA) e a Doloplus. A PATCOA (figura 17) tem fácil aplicabilidade por se tratar de nove itens subdivididos em quatro tópicos: vocalizações, comportamentos, atividades motoras e expressão facial, como possível resposta sim (equivalente a 1 ponto) ou não (equivalente a nenhum ponto). A pontuação final é de 0 (nenhuma dor) ou 9 (dor máxima). Já a Doloplus (figura 18) é composta por uma lista de 10 itens divididos em três subgrupos, que são reações somáticas, psicomotoras e psicossociais. Cada item é pontuado de 0 a 3, onde 0 é ausência e 3 é a presença de dor forte. A pontuação máxima é de 30 pontos, existindo a indicação de dor quando for ≥ 5 .

Instrumento para Avaliação da Dor em Idosos Confusos - IADIC		
	Sim	Não
Componente 1: vocalizações		
Gemido		
Etretecimento da voz		
Componente 2: comportamentos		
Ficar em guarda ante a perspectiva de dor		
Mandíbula cerrada		
Suspiro		
Componente 3: atividades motoras		
Aponta para o local da dor		
Relutância em mover-se		
Componente 4: expressão facial		
Testa franzida		
Caretas		

Figura 17 - Ferramenta de Avaliação da Dor em Idosos Confusos (PATCOA).

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO:.....		NOME PRÓPRIO:		DATAS	
SERVIÇO:		Observação Comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
3. Protecção de zonas dolorosas	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
4. Expressão facial	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
5. Sono	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átone, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
7. Movimento	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
9. Vida social	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
10. Alterações do comportamento	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
		3	3	3	3
		PONTUAÇÃO			

Figura 18 – Escala Dolopus.

Outro instrumento utilizado para avaliação da dor de pacientes incapazes de autorrelato é o instrumento de avaliação da dor em pacientes não comunicativos (NOPPAIN).

Este permite medir grau e intensidade da dor por meio da observação comportamental durante os cuidados básicos como mudança de decúbito, banho no leito, alimentação e transferência (figura 19). É dividida em quatro sessões: verificação de atividades, comportamentos de dor, intensidade da dor e pontuação total. Na primeira sessão o examinador responde nove questionamentos de atividades básicas divididas em duas colunas, sendo a primeira sobre a realização ou não da atividade e a segunda coluna se notou dor durante a execução. Na segunda sessão contém seis figuras ilustrativas e o examinador deve preencher se houve ou não presença de comportamento de dor, além da avaliação comportamental deve-se pontuar a intensidade da dor, sendo considerado 0 menor intensidade e 5 maior intensidade. A terceira sessão consiste numa escala numérica onde o avaliador deve aplicar durante todos os procedimentos, ela avalia de 0 (nenhuma dor) a 10 (pior dor possível). E na quarta sessão para ter o valor total da avaliação deve-se somar as pontuações anteriores e obterá um resultado de 0 a 55, sendo maior que 3 indicativa de dor.

NOPPAIN-VPC-Br (consenso das traduções)
(Instrumento de Avaliação da Dor em Paciente Não Comunicativo)

Nome do Avaliador: _____
Nome do paciente: _____
Data: _____
Horário: _____

Instruções: o membro da equipe de enfermagem deverá completar pelo menos 5 minutos de atividades de cuidados diários para o residente (paciente) enquanto observa por comportamentos de dor. Este formulário deverá ser preenchido imediatamente após as atividades de cuidado.

I. Prontuário Para Check List de Atividades	A	B
Marque "sim" ou "não para cada item nas colunas A e B	Você fez isto?	Você notou dor quando fez isso?
A. Colocou o residente (paciente) na cama OU viu o residente (paciente) se deitar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
B. Viu o residente (paciente) no leito	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
C. Transferiu o residente (paciente), (do leito para cadeira, da cadeira para leito, levantou ou o levou de cadeira de rodas para o banheiro)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
D. Sentou o residente (paciente), (cadeira ou leito) OU viu o residente (paciente) sentando-se	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
E. Ajudou o residente (paciente) ficar de pé OU viu o residente (paciente) ficar de pé	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
F. Vestiu o residente (paciente)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
G. Alimentou o residente (paciente)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
H. Ajudou o residente (paciente) caminhar OU viu o residente caminhar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
I. Deu banho de chuveiro no residente (paciente) OU deu banho de leito no residente (paciente)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

SCORE: Some o número de caixas que você marcou na coluna B, que contêm a palavra "sim". **TOTAL 1**

II. Comportamento de Dor
O que você viu o surto durante o cuidado?

Palavras de Dor? "Isso dói?" "Ai ai ai!" "Pare com isso!" Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fatos de Dor? Cantadas Contraições (contorções) Testa franzida Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Quão intensa foram as palavras de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Quão intensa foi a face de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível
Reações de Dor? gemidos, murmúrios, gritos, suspiros, choro, (respiração ofegante), sacudos Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Segurando? apertando? suportando? (posição antiálgica) Rígido? Protegem-se Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Quão intensa foram as reações de dor? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Quão intensa foram as movimentações antiálgicas? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível
Frincando? Massageando a área afetada? Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Inquietação? Inquietação frequente Inabilidade de se manter parado Você observou isso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Quão intensa foi a fricção? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível	Quão intensa foi a inquietação? 0 1 2 3 4 5 Menor intensidade possível Maior intensidade possível

SCORE:
a. Some o número de caixas que você marcou que contêm a palavra "sim" **TOTAL 2a**
b. Some os números que você circulo nas escalas de intensidade **TOTAL 2b**

Se o paciente relatou dor, ou a pontuação no NOPPAIN dele for igual ou maior que 3, refira o paciente ao enfermeiro para um exame de maior abrangência.

III. Intensidade da dor
Avalie a dor do paciente, no nível mais alto que você a observou durante o cuidado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma dor Leve Moderada Forte Pior dor possível
TOTAL 3 <input type="text"/>

Pontuando NOPPAIN

TOTAL 1 <input type="text"/>	TOTAL 2a <input type="text"/>	TOTAL 2b <input type="text"/>	TOTAL 3 <input type="text"/>	PONTUAÇÃO NOPPAIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fonte: Snow AL, Weber JB, O'Malley, Coody M, Beck C, Brown E, Aalston C, Kunik ME. NOPPAIN: A Nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2004;32:1-8

Figura 19 - Instrumento de Avaliação da Dor em Pacientes Não Comunicativos (NOPPAIN).

Os pacientes hospitalizados geralmente sentem dor e desconforto durante a permanência em UTI. Com o objetivo de mensurar a dor em pacientes sob ventilação mecânica, foi elaborada a escala comportamental de dor (BPS), sendo o primeiro instrumento validado para avaliação de pacientes em UTIs brasileiras (figura 20). A escala é composta por três critérios de comportamento, sendo eles: expressão facial, movimento dos membros

superiores e conforto com o ventilador mecânico. Cada indicador é categorizado de 1 a 4 pontos, sendo considerado como dor leve 3 pontos e dor máxima 12 pontos.

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Figura 20 - Escala Comportamental de Dor (BPS).

Horgas et al. (2007)²⁵ realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a confiabilidade da escala NOPPAIN quando utilizadas por enfermeiros, comparando com autorrelato e outros procedimentos de classificação comportamental. Após avaliarem 40 indivíduos que participaram do estudo (20 cognitivamente intactos e 20 deficientes) concluíram que a escala se mostra promissora, não somente em idosos, mas também em pessoas com demência leve/moderada, sendo de fácil aplicação e exigindo treinamento mínimo dos profissionais de saúde.

Payen et al. (2001)⁴¹ por meio de uma avaliação prospectiva em 30 pacientes ventilados mecanicamente sob efeito de analgésicos e de sedativos, aplicaram a BPS para estabelecer sua validade e confiabilidade. Após a realização de 269 observações chegaram à conclusão que a escala é válida e confiável para pontuação da expressão de dor nesses pacientes.

Narbona et al. (2019)⁴² utilizaram um desenho de estudo comparando o antes e o depois para avaliar o impacto de uma intervenção de treinamento de enfermeiros na escala PAINAD. Foi realizado um programa de capacitação online no período de seis meses, onde participaram 401 enfermeiros que avaliaram 219 pacientes durante o estudo. Os resultados forneceram evidências de que o treinamento aumentou o uso da escala em unidades

hospitalares e que é uma maneira eficaz de melhorar a abordagem para identificação, avaliação e gerenciamento da dor em pacientes que são incapazes de autorrelato.

Conclusão

O manejo adequado da dor está interligado a melhores prognósticos. A utilização da escala correta observando sempre a clínica do paciente e a implementação de instrumentos sensíveis para populações específicas auxiliam nesse processo. O presente estudo teve o intuito de compilar as principais escalas e apresentar seu uso e público-alvo aos profissionais de Saúde interessados no tema.

Referências

1. Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*. 2011; 12.2: 138-151.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161.9 (2020): 1976.
3. Gregory J, McGowan L. An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. *Journal of clinical nursing* 25.5-6 (2016): 583-598.
4. Sociedade Brasileira do Estudo da DOR (SBED). 5º Sinal Vital. [Internet], 2019 Jan. [acesso 2022 Maio 20]. Disponível em: <https://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>.
5. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem* 15 (2006): 270-276.
6. Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski Ł, Żukowski M, Ely WE. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients—Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology intensive therapy* 49.1 (2017): 66-72.
7. Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JIF, Amare D, et al. Worldwide Survey of the “Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment” (ABCDEF) Bundle. *Critical Care Medicine*. 2017 Nov;45(11):e1111–22.
8. Lima LV, Abner TSS, Sluka KA. Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena. *The Journal of physiology* 595.13 (2017): 4141-4150.
9. Oxford centre for evidence-based medicine – levels of evidence. 2009. Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.
10. Fischer T, Hosie A, Luckett T, Agar M, Phillips J. Strategies for Pain Assessment in Adult Patients With Delirium: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019 Sep;58(3):487-502.e11.
11. Pinto MCM, Minson FP, Lopes ACB, Laselva CR. Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-verbal adult patients. *Einstein (São Paulo)*. 2015 Mar;13(1):14–9.
12. Ranzi C, Barroso BF, Pegoraro DR, Sachetti A, Rockenbach CWF, Calegari L. Effects of exercises on pain and functional capacity in hospitalized cancer patients. *Brazilian Journal Of Pain*. 2019;2(3).

13. Karwowski-Soulié F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O, et al. Pain in an emergency department: an audit. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine* [Internet]. 2006 Aug 1 [cited 2022 Jun 9];13(4):218–24.
14. Silva FC da, Thuler LCS. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*. 2008 Aug 6;84(4):344–9.
15. Garra G, Singer AJ, Domingo A, Thode HC. The Wong-Baker Pain FACES Scale Measures Pain, Not Fear. *Pediatric Emergency Care*. 2013 Jan;29(1):17–20.
16. Zare M, Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooki Z, Abolhasani J. Psychometric evaluation of the Persian version of the Doloplus-2 (P-Doloplus-2) scale in elderly with dementia. *Turkish Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2020 Jun 23 [cited 2022 Jun 9];50(4):953–62
17. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2018 Apr;36(4):707–14.
18. Kim EJ, Buschmann MT. Reliability and validity of the Faces Pain Scale with older adults. *International Journal of Nursing Studies*. 2006 May;43(4):447–56.
19. Bulloch B, Tenenbein M. Validation of 2 Pain Scales for Use in the Pediatric Emergency Department. *PEDIATRICS*. 2002 Sep 1;110(3):e33–3.
20. Gulur P, Rodi SW, Washington TA, Cravero JP, Fanciullo GJ, McHugo GJ, et al. Computer Face Scale for Measuring Pediatric Pain and Mood. *The Journal of Pain*. 2009. 10(2):173–9.
21. Domenico Giusti G, Reitano B, Gili A. Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis* [Internet]. 2018;89(Suppl 4):64–70.
22. Gregory J. Use of pain scales and observational pain assessment tools in hospital settings. *Nursing Standard* [Internet]. 2019 Aug 31;34(9):70–4.
23. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS de, Cardoso R, Kimura AF. Translation and adaptation of the Premature Infant Pain Profile into Brazilian Portuguese. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013 Mar;22(1):29–35.23. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS de, Cardoso R, Kimura AF. Translation and adaptation of the Premature Infant Pain Profile into Brazilian Portuguese. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013 Mar;22(1):29–35.
24. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS e. Avaliação da dor em neonatologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2007 Oct;57(5).
25. Horgas AL, Nichols AL, Schapson CA, Vietes K. Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships Among the Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument, Self-report, and Behavioral Observations. *Pain Management Nursing*. 2007 Jun. Volume 8: 77-85.
26. Santos IFA, Alves IGN, Cerqueira-Neto ML, Passos DB, Santana-Filho VJ, Santana JM. Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2017. Volume 67: 271-27.
27. Dal D, Celebi N, Elvan EG, Celiker V, Aypar U. The efficacy of intravenous or peritonsillar infiltration of ketamine for postoperative pain relief in children following adenotonsillectomy. *Pediatric Anesthesia*. 2007 Mar;17(3):263–9.
28. Foxen-Craft E, Scott EL, Kullgren KA, Philliben R, Hyman C, Dorta M, et al. Pain location and widespread pain in youth with orthopaedic conditions: Exploration of the reliability and validity of a body map. *European Journal of Pain*. 2019: 57-65.
29. Ergün U, Say B, Ozer G, Yildirim O, Kocatürk O, Konar D, et al. Trial of a new pain assessment tool in patients with low education: the full cup test. *The International Journal of Clinical Practice*. 2007: 1692-1696.

30. Abbey J, Piller N, Bellis AD, Esterman A, Parker D, Giles L, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004 Jan;10(1):6–13.
31. Bai J, Hsu L, Tang Y, van Dijk M. Validation of the COMFORT Behavior Scale and the FLACC Scale for Pain Assessment in Chinese Children after Cardiac Surgery. *Pain Management Nursing*. 2012 Mar;13(1):18–26.
32. Van Woerden G, Van Den Brand CL, Den Hartog CF, Idenburg FJ, Grootendorst DC, Van Der Linden MC. Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines. *International Journal of Emergency Medicine*. 2016 Feb 10;9(1).
33. Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing*. 2008 Jan;16(1):23–8.
34. Motov SM, Nelson LS. Advanced Concepts and Controversies in Emergency Department Pain Management. *Anesthesiology Clinics*. 2016 Jun;34(2):271–85.
35. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*. 2003 Dec;4(4):171–5.
36. Batalha LMC. Avaliação da dor. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2016 (Manual de estudo – versão 1).
37. Kelly A-M. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *Emergency Medicine Journal*. 2001 May 1;18(3):205–7.
38. Beyer JE, Turner SB, Jones L, Young L, Onikul R, Bohaty B. The Alternate Forms Reliability of the Oucher Pain Scale. *Pain Management Nursing*. 2005 March. Volume 6: 10-17.
39. Sarkaria E, Gruszfeld D. Assessing Neonatal Pain with NIPS and COMFORT-B: Evaluation of NICU's Staff Competences. *Nuvvula S. Pain Research and Management*. 2022 Mar: 1–9.
40. Batalha L, Duarte C, Rosário R, Costa M, Pereira V, Morgado T. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012 Dec 14;III Série(no 8):7–16.
41. Payen J-F, Bru O, Bosson J-L, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*. 2001 Dec;29(12):2258–63.
42. Muñoz-Narbona L, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Juvé-Udina E, Llorca MB, Cabrera-Jaime S. Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. *Pain Management Nursing*. 2019 Oct;20(5):468–74.

Endereço para correspondência: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br