

A ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Lara Ambrosim Zancanella¹
Lívia Maria Favero¹
Mayra Oliveira da Silva Borsoi¹
Cristiane Bittencourt Felício Santos²
Claudia Ferreira Viana³

¹ Graduandos do curso de Enfermagem da Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim-ES: lililala0919.laz@gmail.com; liviafavero12@gmail.com; mayraa.borsoi@gmail.com

² Professora orientadora – Faculdade Multivix Cachoeiro – Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Geral e Coronariana. Especialista em Captação, Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos. Especialista em Docência – cristiane.santos@multivix.edu.br

³ Professora coorientadora – Faculdade Multivix Cachoeiro – Doutora e Mestre em Ciência Animal – claudiaviana@professor.multivix.edu.br

Data de submissão: 28/02/2025

Data de aprovação: 28/03/2025

RESUMO

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alto potencial para a dor, sendo esta altamente prevalente, porém, mal controlada. **Objetivo:** Identificar as barreiras para o manejo da dor descritas pelas equipes de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva adulto. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura realizada entre abril e novembro do ano de 2024, através de artigos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024). **Resultados:** Este estudo mapeou cinco principais barreiras enfrentadas pelo profissional de enfermagem frente ao manejo da dor sendo elas: falta de conhecimento sobre a dor, sendo esta a mais citada; formação profissional insuficiente, incluindo o currículo acadêmico inadequado; carga de trabalho; falha de comunicação e dependência de ordem médica, limitando a autonomia profissional. Com relação às estratégias sugeridas para enfrentar estas barreiras foram citadas: estratégias educacionais; como a educação continuada; identificação individual das barreiras; reestruturação curricular; utilização de protocolo e ferramentas padronizadas e equipe motivada. **Conclusão:** Destaca-se principalmente a falta de conhecimento sobre a dor, consequência de uma formação profissional insuficiente, com ênfase para a negligência nas avaliações dos pacientes não comunicativos.

Palavras chave: dor; cuidado de enfermagem; unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) is an environment with a high potential for pain, which is highly prevalent, however, poorly controlled. **Objective:** To identify the barriers to pain management described by nursing teams working in adult intensive care units. **Methodology:** Narrative review of the literature carried out between April and November 2024, through articles published in the last 10 years (2014-2024). **Results:** This study mapped five main barriers faced by nursing professionals when managing pain, namely: lack of knowledge about pain, which is the most cited; insufficient professional training, including inadequate academic curriculum; workload; communication failure and dependence on medical orders, limiting professional autonomy. Regarding the strategies suggested to face these barriers, the following were mentioned: educational strategies; such as continuing education; individual identification of barriers; curriculum restructuring; use of standardized protocol and tools and motivated team. **Conclusion:** Mainly highlighted is the lack of knowledge about pain, a consequence of insufficient professional training, with an emphasis on negligence in the assessments of non-communicative patients.

Keywords: intensive care unit; nursing care; pain.

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma resposta fisiológica que reflete o funcionamento do sistema nervoso central, agindo como um sinal de alerta para possíveis danos aos tecidos e provocando reações físicas e comportamentais (Taets *et al.*, 2022). Devido a isso, a Sociedade Americana da Dor a reconheceu como o quinto sinal vital, integrando-a como um indicador de qualidade da prática assistencial (Morone; Weiner, 2013). Em termos gerais, a dor é determinada como uma prática sensorial e emocional desagradável, ligada a um dano real ou possível aos tecidos, ou descrita em relação a tal dano (Loeser; Trede, 2008).

A experiência da dor é individual, uma vez que depende da interpretação subjetiva de cada paciente. Esta pode surgir de diferentes fontes como, por exemplo, a dor somática, visceral e neuropática e, com relação ao tempo de duração do

sintoma, podendo ser classificada como aguda, crônica e subaguda. A sensação dolorosa é provocada por um estímulo que sensibiliza os receptores, porém, a compreensão do mesmo dependerá da experiência individual do indivíduo, sendo influenciada por componentes cognitivos e comportamentais (Cohen; Quintner; Van Rysewyk, 2018; Devlin *et al.*, 2018).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor de alto potencial para a dor em decorrência da própria doença que motivou a internação, da realização de procedimentos cirúrgicos ou/e dos demais procedimentos invasivos e não invasivos, como acessos venosos, ventilação mecânica, lesões por pressão e restrição ao leito (Fraser *et al.*, 2016; Puntillo *et al.*, 2014). A real prevalência da dor na UTI é difícil de ser mensurada, porém, sua prevalência está em torno de 50% nos pacientes críticos, sendo que 35% dessa população refere dor intensa (Gregory; McGowan, 2016).

A análise e diagnóstico adequado da dor são primordiais para seu adequado tratamento. Na literatura há uma crescente de evidências que associam o mau controle da dor com os piores desfechos clínicos, como maior tempo de ventilação mecânica e internação, *delirium* e, em longo prazo, dor crônica e estresse pós traumático (Olsen *et al.*, 2016; Vieira Junior; Prinz, 2022; Devlin *et al.*, 2018). Nos últimos anos ocorreu um notável progresso em relação à avaliação da dor, com a aceitação de escalas mais objetivas. Nos pacientes contactantes a identificação do problema torna-se progressivamente mais fácil, em contrapartida, nos pacientes não comunicativos ainda há obstáculos na avaliação (Devlin *et al.*, 2018; Balzer *et al.*, 2015).

O manejo da dor pode ser diferenciado em estratégias farmacológicas, como a sedação e analgesia, e não farmacológicas. Atualmente, os estudos sugerem terapias multimodais, englobando o componente psicossocial e afetivo na avaliação da dor, estratégias como políticas abertas de visitação e protocolos de mobilização são eficazes para o seu controle (Vicent *et al.*, 2016; Marra *et al.*, 2017; Gélinas *et al.*, 2013; Devlin *et al.*, 2018).

A dor em pacientes críticos, internados em unidades de terapia intensiva, é altamente prevalente, porém, mal controlada. É essencial fornecer treinamento à equipe para que compreendam plenamente a complexidade da dor em pacientes críticos, realizando avaliações apropriadas e aplicando técnicas adequadas (Zuazua-Rico *et al.*, 2020). A presença de equipes multidisciplinares especializadas no manejo da dor pode oferecer suporte em situações desafiadoras e contribuir para aprimorar os

resultados qualitativos. Questiona-se então: Quais as dificuldades da enfermagem frente ao manejo da dor nas unidades de terapia intensiva adulto?

Portanto, a avaliação, discussão e planejamento das condutas por todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente são essenciais para o manejo adequado da dor. Como a enfermagem desempenha um papel crucial no atendimento ao paciente crítico, é fundamental que os enfermeiros não apenas realizem uma avaliação precisa da dor e administram a medicação, mas também conheçam, indiquem e implementem, em colaboração com a equipe multidisciplinar, as alternativas não farmacológicas (Gélinas *et al.*, 2013; Zuazua-Rico *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o estudo objetiva, através de uma revisão narrativa da literatura, identificar as barreiras para o manejo da dor descritas pelas equipes de enfermagem que operam em unidades de terapia intensiva adulto. Para embasamento teórico, será apresentado neste estudo, a fisiopatologia da dor, os fatores desencadeantes, as principais ferramentas de avaliação e intervenção na dor.

1.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E FATORES DESENCADEANTES

A dor é uma questão altamente prevalente nas UTIs, afetando um grande número de pacientes críticos. A complexidade em lidar com ela se deve não apenas à sua frequência, mas também à diversidade de pacientes e condições que podem influenciar sua manifestação e manejo. Diversos fatores podem contribuir para a dor, como sexo, idade, condições psiquiátricas e uso prévio de medicamentos, destaca a necessidade de uma abordagem personalizada e sensível às necessidades individuais dos pacientes. Embora avanços tenham sido feitos, ainda necessita-se de garantir um cuidado adequado e compassivo para aqueles que sofrem em unidades de terapia intensiva (Vieira Junior; Prinz, 2022).

A dor possui a função de sinalizar danos teciduais ou potenciais, senti-la é necessário para manter o rigor do organismo. A dor aguda assume o papel da sobrevivência humana, já a dor crônica provém de processos patológicos crônicos somáticos e viscerais ou por disfunção prolongada dos elementos do sistema nervoso (Cordeiro; Andrade; Melo, 2020). As resultâncias fisiológicas e metabólicas da dor se não tratadas podem ter um impacto relevante na saúde e no processo de recuperação dos pacientes. O aumento das concentrações de catecolaminas e a vasoconstrição podem levar à diminuição da perfusão tecidual e à redução da oferta de oxigênio aos

órgãos vitais, o que pode agravar ainda mais o estado de saúde (Kotfis *et al.*, 2017).

O hipermetabolismo induzido pela dor pode resultar em várias complicações, como hiperglicemia e catabolismo de proteínas, que por sua vez podem prejudicar a cicatrização de feridas e aumentar o risco de infecções, complicando ainda mais o quadro clínico. Além disso, a dor crônica não tratada pode levar a complicações multissistêmicas e até mesmo ao desenvolvimento de dor crônica debilitante, o que ressalta a importância crucial de uma abordagem adequada e eficaz para o manejo da dor em unidades de terapia intensiva (Kotfis *et al.*, 2017).

Existem basicamente quatro tipos de dor, visualizadas no quadro abaixo.

Quadro 1 – Tipos de dor e suas descrições

Tipo de dor	Descrição
Nocioceptiva somática	Lesão tecidual periférica, caracterizando uma dor aguda que pode ser localizada. As superficiais ocorrem a nível de pele e a profunda a nível de músculos, ossos, articulações, fâscias, ligamentos, tendões e vasos sanguíneos.
Nocioceptiva visceral	Associada a lesão de órgãos, difícil de ser localizada, caracteriza-se por termos vagos, como as cólicas.
Neuropática	Trata-se de distúrbios do sistema nervoso central (SNC) ou periférico (SNP). Na neuropatia periférica é ocasionada por lesões neuronais associadas a traumas, infecções e isquemias (diabetes, doenças vasculares), a dor neuropática central provém de lesões da medula espinhal e doenças desmielinizantes.
Nociplástica	Dor resultante de uma intensificação da sensibilidade do sistema nervoso central depois de uma lesão, ou seja, continua sendo sentida, prontamente em seguida a cicatrização/cura da lesão sofrida. Trata-se de uma dor de particularidades desproporcionais o que torna sua explicação mais difícil, como por exemplo a fibromialgia.

Fonte: Adaptado de Reardon *et al* (2015) e Aguiar *et al* (2021).

A sensação da dor é provocada por um estímulo que sensibiliza os receptores e esses emitirão uma resposta. Desse modo, a compreensão da dor varia entre as pessoas e próprio indivíduo, sendo vista de forma multidimensional por possuir componentes físicos e emocionais envolvidos e, influenciando negativamente vários aspectos da vida, como relacionamentos sociais e profissionais (Van Boekel *et al.*, 2017).

A dor aguda caracteriza uma resposta fisiológica a um estímulo nociceptivo,

percebida nas terminações periféricas e interpretado no sistema nervoso central (SNC), ou seja, trata-se de uma via aferente, envolvendo estruturas corticais e subcorticais. As conexões centrais com o hipotálamo ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, ocorrendo a secreção hormonal de cortisol, hormônio antidiurético, angiotensina II e glucagon, gerando respostas como hiperglicemia, retenção hídrica e sódio e elevação do consumo proteico e lipídico (Vieira Junior; Prinz, 2022).

Além das vias neurais, a dor também estimula vias inflamatórias e o sistema imunológico. Lesões estimulam a liberação de mediadores inflamatórios locais (bradicinina, substância P, prostaglandinas, potássio, histamina e serotonina), podendo causar hiperalgesia primária, sensibilidade aumentada a estímulos, ou alodinia, percepção equivocada de dor com estímulos que não são nocivos (Cordeiro; Andrade; Melo, 2020).

Os recursos analgésicos e as demais técnicas são usadas com a finalidade de alterar a percepção da dor no SNC e inibir a produção local dos mediadores responsáveis, como o bloqueio da síntese de prostaglandinas por anti-inflamatórios não esteroides. Também podem interromper os impulsos neurais na medula espinhal, no caso de agentes anestésicos locais usados para bloqueio do neuroeixo (Pandharipande *et al.*, 2020).

1.2 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A busca e validação de instrumentos para avaliação da dor nas UTIs advém de um processo de implantação heterogêneo, em diversos pacientes de perfis variados, com a finalidade de encontrar o que mais se adapta aos diferentes tipos de patologias (Puntillo *et al.*, 2014). É importante ressaltar que as escalas de dor surgem na tentativa de padronizar as avaliações, visto que a percepção do profissional de saúde é falha, subestimando a intensidade da dor. Em contrapartida, a percepção dos cuidadores e da família tende a superestimar a sensação dolorosa (Vieira Junior; Prinz, 2022; Puntillo *et al.*, 2014).

Apesar do crescente avanço no desenvolvimento de escalas, nenhuma delas é isoladamente sensível o bastante e todas possuem limitações para aplicação em grupos específicos de indivíduos. Embora a medida padrão seja o auto relato, pacientes em *delirium*, com a cognição prejudicada e idosos longevos podem ter dificuldade em relatar a intensidade da dor. A incapacidade de comunicar claramente

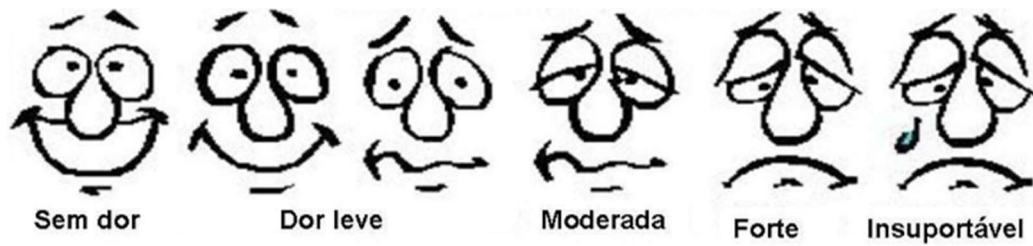
não nega a experiência da dor e a necessidade de tratamento (Devlin *et al.*, 2018). A síntese das escalas mais comumente utilizadas estão dispostas no quadro 2 e nas figuras de 1 a 4.

Quadro 2 – Principais escalas de autorrelato da dor e suas limitações

ESCALA	DESCRIÇÃO	LIMITAÇÕES
Escalas de faces de dor (EFD)	<p>Descritores visuais por meio de expressões faciais que indicam a intensidade da dor. O paciente analisa as imagens e indica qual delas se associa à dor que está sentindo.</p> <p>Possui uma variante que indica de zero a cinco, tornando-se zero “sem dor” e cinco “dor insuportável” (Figura 1)</p>	Excesso de sedação, junto a uma grande quantidade de ruídos (como alarmes e vozes altas), que podem perturbar o paciente e gerar desconforto, sem ser necessariamente caracterizado como dor, confundindo a interpretação da escala.
Escala visual/verbal numérica (EVN)	Mensura a intensidade da dor, em valores numéricos. O paciente deve referir a dor numa escala de zero “nenhuma dor” a dez a “dor máxima imaginável”. Possui simples aplicabilidade para pessoas analfabetas ou com dificuldade visual (Figura 2).	Difícil aplicação nos pacientes com déficits cognitivos e desorientados.
Escala Visual Analógica (EVA)	Se assemelha à EVN, porém, deve obrigatoriamente haver o contato visual com a escala e o paciente deve ser capaz de indicar ou sinalizar em que grau sua dor está. Pode-se utilizar uma régua numérica de 10 centímetros, ou um apelo visual com cores (Figura 3).	Requer que o paciente encontre-se orientado, com boa visão e capacidade de percepção, tornando-a de difícil proveito em um quadro de terapia intensiva, sobretudo em idosos.
Escalas de Descritores Verbais (EDV)	Mede a sensação dolorosa por meio de palavras que representam diferentes intensidades subjetivas da dor: de nenhuma dor a dor insuportável.	A limitação reside no fato de as palavras utilizadas não terem o mesmo significado para todas as pessoas, além da falta de capacidade cognitiva ou introspecção para compreender as palavras.

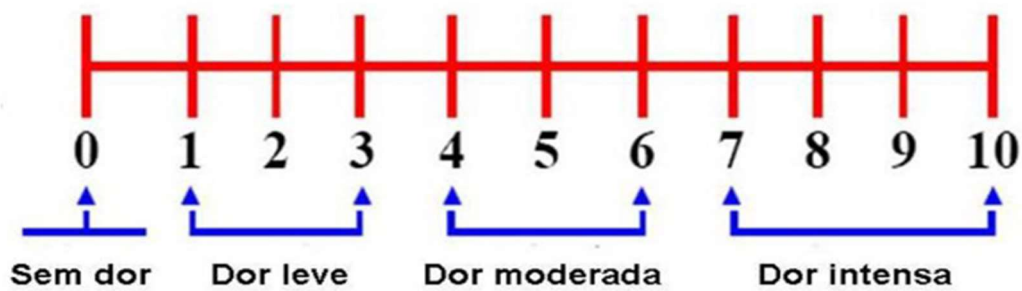
Fonte: Fortunato *et al* (2013) e Devlin *et al* (2018).

Figura 1 – Escala de Faces de Dor (EFD)



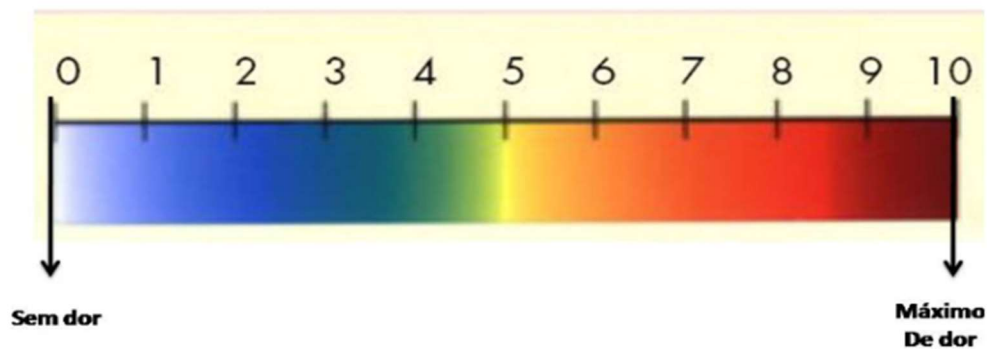
Fonte: Fortunato *et al* (2013).

Figura 2 - Escala visual numérica da dor (EVN)



Fonte: Fortunato *et al* (2013).

Figura 3 - Escala visual analógica da dor (EVA)



Fonte: Fortunato *et al* (2013).

Figura 4 - Escala de descritores verbais (EDV)



Fonte: Fortunato *et al* (2013).

A diretriz sobre dor, publicada em 2018, afirma que as escalas numéricas autorreferidas em formato visual são as mais eficientes para adultos graves, porém,

apresentam dificuldades na avaliação do doente com o cognitivo prejudicado. O quadro abaixo descreve as principais escalas citadas pela literatura e suas limitações (Devlin *et al.*, 2018).

Pacientes que não conseguem se comunicar, devido ao nível neurológico ou pelas sedações utilizadas nas UTIS ainda são o grande obstáculo na avaliação da dor (Devlin *et al.*, 2018). As escalas aplicadas nessa população são comportamentais, ou seja, avaliam as expressões e movimentações do paciente. Destaca-se as duas ferramentas mais robustas e utilizadas: Critical Care Pain Observation (CPOT) e a Escala de Dor Comportamental em pacientes intubados - *Behavior Pain Scale* (BPS) ambas validadas para pacientes clínicos, cirúrgicos e politraumatizados (Devlin *et al.*, 2018; Fortunato *et al.*, 2013).

A CPOT avalia a expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, conformidade com o ventilador (em pacientes intubados) e verbalização nos pacientes em ar ambiente. Cada domínio da escala varia de 0-2 pontos, atingindo pontuação máxima de oito. A BPS, por sua vez, considera a análise da expressão facial, dos movimentos de membros superiores, e do conforto com o ventilador mecânico. A pontuação igual a 1 indica ausência de dor, enquanto a pontuação 4, o nível máximo de dor. O seu score pode chegar até 12, e uma pontuação acima 5 sugere dor considerável, indicando necessidade de tratamento (Puntillo *et al.*, 2018; Devlin *et al.*, 2018).

Os sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial) não são indicadores válidos para dor em adultos gravemente enfermos e devem ser usados apenas como indicação para iniciar uma avaliação com métodos apropriados e validados. Estudos atuais afirmam que alterações nos sinais vitais são consequências da dor, porém, podem gerar viés de causalidade, principalmente em doentes hemodinamicamente instáveis (Arbour; Gélinas, 2010). Outras alternativas para pacientes comatosos ou profundamente sedados são o Índice Bispectral, a Pupílometria, a escala FACES e o Sistema de codificação da ação facial (Devlin *et al.*, 2018; Vieira Junior; Prinz, 2022).

1.3 ESTRATÉGIAS DE MANEJO DA DOR NA UTI

As estratégias de manejo da dor na UTI podem ser agrupadas em farmacológicas e não farmacológicas. O uso dos fármacos para alívio de dor é a estratégia mais difundida na prática, podendo ser divididos em analgésicos comuns,

como o dipirona e o paracetamol, e os opioides, como o tramadol, codeína, morfina, fentanil e remifentanil. Ainda há os sedativos associados ao controle da dor (benzodiazepínicos, propofol e dexmedetomidina) (Cordeiro; Andrade; Melo, 2020; Martyn; Mao; Bittner; 2019).

Os opioides são as drogas mais comumente utilizadas, porém, estão associados a muitos efeitos colaterais, pode-se citar: depressão ventilatória, redução da motilidade, hipotensão arterial, rebaixamento do nível de consciencia e *delirium*. O uso prolongado de opioides gera estímulo neural persistente promovendo dessensibilização e sinalização de vias prónociceptivas, ocasionando em escalonamento de doses por tolerância (Martyn; Mao; Bittner, 2019; Devlin *et al.*, 2018).

Além disso, em conjunto a estados inflamatórios, infecções e estresse, os opioides promovem neuroinflamação e indução de hiperalgesia, ainda piores nos pacientes críticos. Por essa razão devem ser utilizados somente quando imprescindível, em doses baixas, individualizadas, associados a outros analgésicos e em curtos períodos. Em pacientes com histórico de uso abusivo, deve-se realizar rotação de opóides para evitar a dessensibilização dos receptores (Martyn; Mao; Bittner; 2019).

Com relação aos medicamentos com potencial sedativo, o uso dos não benzodiazepínicos é encorajado, estando associado a redução do tempo de ventilação mecânica e tempo de internação. Isso se deve a característica lipofílica da droga, após a suspensão em bomba de infusão ainda existirá circulação do fármaco em decorrência da liberação do que estava associado à gordura (Weatherburn *et al.*, 2019). O Quadro 3 retrata as vantagens e desvantagens dos principais sedoalngésicos.

O conceito de analgosedação, que prioriza a analgesia sobre a sedação em pacientes críticos agudos, têm sido cada vez mais explorado e validado por estudos recentes. Essa abordagem visa a redução do uso de sedativos, focando na analgesia eficaz e na humanização do cuidado, o que pode resultar em melhores desfechos clínicos, como a diminuição do tempo de internação (Vincent *et al.*, 2016).

Essa prática de analgosedação caracteriza-se pelo controle da dor por meio da combinação de diferentes fármacos, incluindo analgésicos comuns e dosagens controladas de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Essa abordagem é contantemente mais acertiva no tratamento da dor do que o uso isolado de um único

analgésico em altas doses. Além disso, facilita a estratégia de redução do uso de opioides (Hamrick *et al.*, 2019; Frauenknecht; Kirkham; Albrecht, 2019).

Quadro 3 – Vantagens e desvantagens dos principais sedoanalgésicos utilizados na UTI

MEDICAMENTO	VANTAGEM	DESVANTAGEM
Benzodiazepínicos	Ligação aos receptores GABA. Sedativo, ansiolítico, relaxante. Anticonvulsivante. Potencializado com o uso de opioides	Risco de reações paradoxais, hipotensão, <i>delirium</i> , pacientes com insuficiência renal.
Propofol	Ação nos receptores GABA. Início e duração rápidos. Ansiolíticos e anticonvulsivantes. Lipossolúvel.	Cardiodepressão, vasodilatação, hipertrigliceridemia.
Dexmedetomidina	Agonista do alfa 2 Propriedades sedativas e analgésicas. Não interfere no estímulo ventilatório Início e duração rápidos.	Risco de hipotensão Bradicardia.

Fonte: adaptado de Cordeiro *et al* (2020).

As técnicas não farmacológicas também vêm ganhando espaço na literatura e na prática clínica e devem ser estruturadas em protocolos juntamente a equipe multidisciplinar, visando padronizar sua aplicação e dessa forma, aumentar sua eficácia. Na literatura atual há 33 práticas não farmacológicas citadas, porém, sua eficácia ainda é conflitante. Devlin *et al.* (2018) destacam as principais modalidades psicoterapêuticas atualmente disponíveis e as classificam de acordo com suas indicações e níveis de evidência (Quadro 4). Em suma, a combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos, juntamente com uma abordagem humanizada e individualizada, é crucial para o manejo eficaz da dor em pacientes críticos e oncológicos.

A aplicação das terapias para manejo da dor deve envolver toda a equipe multiprofissional, com cada proposta terapêutica adaptada individualmente a cada paciente. É essencial realizar reavaliações frequentes e ajustes contínuos para equilibrar conforto e possíveis efeitos adversos. A atuação dos serviços especializados em dor tem se mostrado benéfica, melhorando a satisfação e a qualidade do cuidado, especialmente em casos complexos, como dor aguda pós-trauma extensiva, dependência de opioides e em populações de maior risco. Essas equipes contribuem com o registro e gerenciamento de protocolos, educação continuada sobre tratamentos e efeitos adversos, além de auditoria de dados (Vieira

Junior; Prinz, 2022; Zuazua-Rico *et al.*, 2020).

Dentro dessa estrutura, a enfermagem desempenha um papel crucial. Os profissionais de enfermagem são um elo vital entre o paciente e as intervenções terapêuticas, mantendo contato constante e rotineiro com a população. Portanto, é fundamental realizar um panorama das avaliações e condutas aplicadas pela equipe de enfermagem. Compreender o entendimento equipe sobre o manejo da dor é crucial, visto que, muitas vezes, eles são responsáveis por alimentar indicadores de boas práticas assistenciais e garantir a implementação eficaz dos protocolos (Gélinas *et al.*, 2013; Zuazua-Rico *et al.*, 2020).

Quadro 4 – Intervenções não farmacológicas, indicação e nível de evidência

MODALIDADE	INDICAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Ciberterapia/ hipnose	Não oferecer	Baixa qualidade	Muitos fatores tornam essa opção inviável.
Massagem	Oferecer	Condicional, evidência de baixa qualidade	Dependendo da duração da intervenção e disponibilidade de recursos.
Musicoterapia	Oferecer	Condicional, evidência de baixa qualidade	Oferecer para dores não processuais.
Técnicas de relaxamento	Oferecer	Condicional, evidência de qualidade muito baixa	Técnicas muito heterogêneas para análise adequada.
Crioterapia	Oferecer em dores relacionadas a procedimentos	Baixa qualidade	Embora investigada em um grupo homogêneo de pacientes pós cirurgia cardíaca, o painel considerou generalizável para outros procedimentos.

Fonte: adaptado de Devlin *et al* (2018).

A integração das diversas competências da equipe multiprofissional e a constante atualização das práticas são essenciais para um manejo eficiente e humanizado da dor, refletindo na qualidade do cuidado e na satisfação dos pacientes (Zuazua-Rico *et al.*, 2020).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo com uma abordagem qualitativa, conduzido mediante de uma revisão narrativa da literatura, caracterizada pelas investigações bibliográficas.

Revisões narrativas são publicações abrangentes, adequadas para descrever e discutir a evolução de um tema específico, seja sob uma perspectiva teórica ou contextual. Elas se baseiam, principalmente, na análise da literatura existente em livros, artigos de revistas impressas ou eletrônicas, combinando interpretação e análises críticas do autor. Essa classe de artigos proporciona ao leitor conquistar e incrementar o conhecimento em um curto espaço de tempo sobre uma temática específica (Batista; Kumada, 2021).

Para responder a questão norteadora a estratégia de busca foi realizada através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), em português: “cuidados intensivos”, “dor aguda”, “manejo da dor” e “cuidados de enfermagem”. Em inglês os descritores foram: “acute pain”, “intensive care”, “pain management” e “nursing care”. As bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Scielo foram utilizadas para a pesquisa.

A pesquisa foi executada no período de abril á novembro do ano de 2024. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), em português ou inglês, foram excluídos os estudos indisponíveis integralmente ou, que após leitura completa não respondessem ao objetivo principal proposto.

No primeiro momento o pesquisador selecionou os artigos, reconhecidos pela busca eletrônica, através da leitura do título e do resumo, ao todo foram identificados 24 artigos nas bases de dados citadas. No segundo momento, os autores aplicaram os critérios de exclusão e 13 artigos foram selecionados para leitura integral. Por fim, os autores selecionaram os oito principais artigos que respondiam ao objetivo proposto e organizaram o fichamento de seus dados utilizando o programa Microsoft Excel 2010. Os dados obtidos foram: título, autor, data de publicação, objetivo, resultados e conclusão/recomendações.

3 DISCUSSÃO

No quadro 5 é apresentada a disposição dos artigos, incluindo título, ano, autor, objetivo, principais resultados e conclusões.

Quadro 5 – Síntese dos artigos incluídos na revisão

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	RECOMENDAÇÕES /CONCLUSÕES
------------------	--------------	----------	------------	---------------------------

<p>Gestão da dor: capacitação da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva adulta</p>	<p>Wojciechowski; Marcondes; Terassi, 2024</p>	<p>Analisar o conhecimento e as práticas assistenciais da equipe de enfermagem relacionada ao manejo da dor na UTI anteriormente e depois da realização de uma atividade.</p>	<p>Apenas 9,37% dos participantes conheciam o conceito de dor total, 53,12% utilizavam-a como sinal vital, a grande maioria relatou dificuldades em avaliar dor nos pacientes em VM e demência avançada, a morfina era o opioide de maior domínio.</p>	<p>A escala verbal numérica é a mais utilizada, muitos desconhecem outras ferramentas. a principal dificuldade é avaliar dor no paciente em VM e com demência avançada, a maioria não conhece o adequado manejo farmacológico e o não farmacológico é pouco realizado. A intervenção educativa aumentou o nível de conhecimento e é sugerida como estratégia de capacitação.</p>
<p>Práticas de enfermagem no manuseio e alívio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina</p>	<p>Kippel; Franco; Muller, 2015</p>	<p>Compreender a prática de enfermagem na avaliação e manejo da dor em hospitais de um município no sul do Brasil.</p>	<p>Poucos profissionais possuem disciplinas de dor ou capacitação sobre o tema, a maioria relata possuir um protocolo de manejo da dor e os hospitais particulares seguem com maior frequência esses protocolos e possuem melhor manejo do sintoma.</p>	<p>Existe um percentual reduzido de profissionais de enfermagem com formação específica no tema da dor o que reflete na prática, considerada em sua maioria inadequada para a avaliação e manuseio da dor. Sugere-se aprimorar a experiência nesta área para que as atividades da enfermagem no manejo da dor seja de forma adequada.</p>
<p>Carga de trabalho de enfermagem, conhecimento sobre dor e sua relação com registros de dor</p>	<p>Zuazuarico <i>et al.</i>, 2020.</p>	<p>Estudar a correlação entre a frequência de avaliação da dor e a carga de trabalho da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva.</p>	<p>Logo que a carga de trabalho de enfermagem era superior aos enfermeiros tendiam a documentar melhor a dor, assim como enfermeiros com mestrado avaliaram melhor a dor. Pacientes em VM eram menos avaliados com relação a dor.</p>	<p>A dor ainda possui baixa prioridade para enfermeiros de UTI, apesar do desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação e tratamentos. A carga de trabalho pode influenciar a qualidade da avaliação e ainda há uma tendência a avaliar mais aqueles que conseguem se comunicar, negligenciando o cuidado dos demais.</p>
<p>Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na implementação da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados:</p>	<p>Valério <i>et al.</i>, 2019</p>	<p>Identificar e analisar os desafios enfrentados pela enfermagem na aplicabilidade da dor e os mecanismos/ações adotados.</p>	<p>Falta de conhecimento sobre o tema, comunicação prejudicada entre equipe, sobrecarga de trabalho, incompreensão das escalas de dor, ausência das anotações de enfermagem, falta de treinamento para o uso das escalas e</p>	<p>Diante das dificuldades na implementação da dor como quinto sinal vital apresentadas sugere-se a realização de educação continuada dos profissionais de saúde, desenvolvimento de pesquisas, reestruturação dos currículos de graduação, incorporando a temática dor, a adesão de uma abordagem mais holística no atendimento e o uso das escalas na prática clínica.</p>

revisão integrativa			avaliação inadequada.	
Capacitação dos discentes de enfermagem sobre a avaliação da dor	Santos <i>et al.</i> , 2019	Avaliar a formação dos estudantes do último período do curso de Enfermagem quanto ao manejo e avaliação da dor.	A dor foi abordada como o quinto sinal vital para 52,1% dos participantes; não observaram o registro da dor nos prontuários, 76% não examinaram ou observaram o estímulos, 68% e nunca empregaram as escalas para analisar e aplicar a avaliação da dor 62,1%.	Há falhas no conhecimento dos estudantes de Enfermagem na avaliação da dor, e é alarmante para com a formação desses profissionais, considerando os princípios fundamentais para uma assistência de qualidade.
Conhecimento, atitudes e barreiras percebidas em relação à avaliação e a terapia da dor entre enfermeiros de terapia intensiva tailandeses: um estudo transversal	Chaleewong ; Chaiviboonham; Christensen, 2024	Explorar o conhecimento atual, as atitudes e as barreiras percebidas na avaliação e no tratamento da dor entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva tailandesas.	Os enfermeiros possuíam conhecimento inadequado e atitudes negativas em relação à avaliação e ao tratamento da dor. Abarreira mais importante foi a incapacidade dos pacientes de comunicar a dor. Houve correlação positiva com a idade, menor tempo de experiência e não especialização em UTI.	É necessário melhorar a qualidade do manejo da dor nas UTI's tailandesas. Sugere-se treinamento e educação adicional sobre avaliação e gerenciamento da dor, incluindo estudos de caso e simulações com realidade virtual, além de identificação das potenciais barreiras em cada unidade.
Barreiras ao manejo da dor liderado por enfermeiros para pacientes adultos em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Alotni <i>et al.</i> , 2023	Identificar e sintetizar evidências quantitativas e qualitativas sobre barreiras ao manejo da dor em unidades de terapia intensiva adulto.	Baixos níveis de educação sobre dor, de conhecimento sobre avaliação e estratégias não farmacológicas e suas complicações, documentação insuficiente, sobrecarga de trabalho, dependência de ordens médicas, dificuldade de avaliar a dor dos pacientes não comunicativos.	Barreiras devem ser mapeadas, fornecendo estratégias para melhoria da avaliação e gerenciamento da dor. Intervenções educacionais e de treinamento são a maneira mais adequada de corrigir atitudes negativas, educando enfermeiros sobre documentação e comunicação. Ferramentas de avaliação devem apoiar enfermeiros na avaliação da dor na UTI.
Barreiras e facilitadores da avaliação e do manejo da dor dos pacientes por enfermeiros	Hamdan; Shaheen; Abdalrahim, 2021	Explorar a educação sobre dor de enfermeiros de UTI, barreiras percebidas e	Menos da metade dos enfermeiros incluídos no estudo estavam satisfeitos com a educação sobre dor nos pacientes críticos. A	A carga de trabalho dos enfermeiros foi a barreira mais importante nas avaliações, e o gerenciamento de uma prioridade da unidade foi um facilitador importante. A

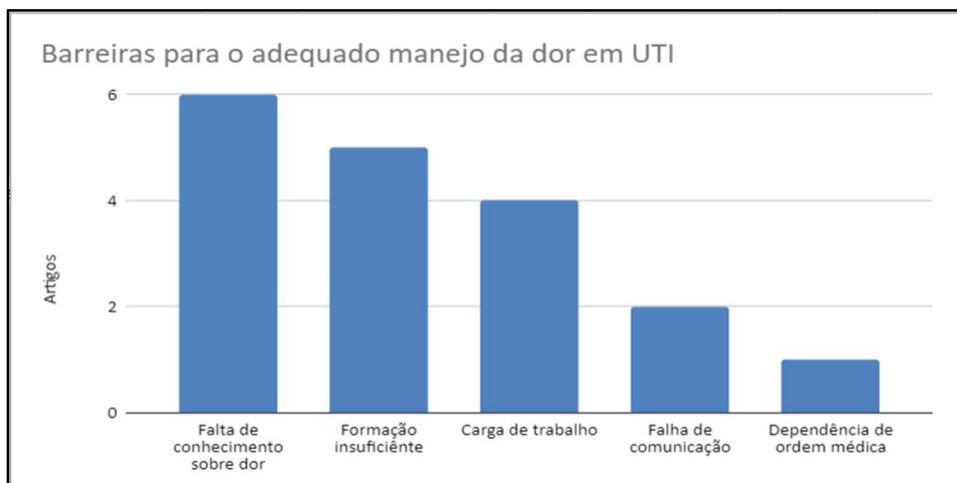
de unidade de terapia intensiva.		facilitadores de práticas de avaliação e tratamento da dor entre pacientes gravemente enfermos.	carga de trabalho, instabilidade do paciente, incapacidade de comunicação do paciente e sedação foram barreiras citadas. Como facilitadores estão a adesão de protocolos, motivação da equipe e utilização de ferramentas padronizadas.	avaliação frequente de barreiras e facilitadores de avaliação e gerenciamento da dor é necessária em unidades de terapia intensiva para melhorar as práticas dos enfermeiros. A educação sobre dor deve ser incluída no programa educacional contínuo dos hospitais.
----------------------------------	--	---	---	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

A análise e diagnóstico adequado da dor são primordiais para seu adequado tratamento, A equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com a dor nas UTIs, sintoma muito prevalente devido aos diversos fatores desencadeantes presentes nessas unidades. Este estudo mapeou cinco principais barreiras enfrentadas pelo profissional de enfermagem frente ao manejo da dor, estas estão dispostas no Gráfico 1.

Percebe-se que a falta de conhecimento sobre a dor é a principal barreira citada pelos autores, presente em seis dos oito artigos selecionados para esta revisão. Três estudos abordam a limitação do conhecimento sobre dor como um todo ao relatarem que uma porcentagem muito baixa de profissionais conhecia o conceito de dor total e sua importância como quinto sinal vital (Valério *et al.*, 2019; Wojciechows; Marcondes; Terassi, 2024; Chaleewong; Chaiviboonth; Christensen, 2024).

Gráfico 1 – Barreiras para o adequado manejo da dor em UTI



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Dois autores discorrem sobre a falta de conhecimento sobre o manejo farmacológico e não farmacológico. Lidar com opioides é uma responsabilidade importante devido a suas possíveis complicações, além disso, as estratégias não farmacológicas são um grande diferencial para o enfermeiro, podendo reduzir o uso de opioides e otimizar a internação do paciente (Alotni *et al.*, 2023; Wojciechows; Marcondes; Terassi, 2024).

A maior limitação sobre conhecimento dos enfermeiros está relacionada à avaliação da dor, principalmente nos pacientes sedados, em ventilação mecânica ou com demência grave, situações em que a comunicação é altamente prejudicada. Esse fato é citado por cinco artigos (Zuazua-Rico *et al.*, 2020; Hamdan; Shaheen; Abdalrahim, 2021; Alotni *et al.*, 2023; Chaleewong; Chaiviboonth, 2024; Marcondes; Terassi, 2024).

Neste sentido, Zuazua-Rico *et al* (2020) afirma que os pacientes comunicativos possuem mais registros de avaliações sobre dor comparados aos não comunicativos, apesar do grande desenvolvimento de escalas voltadas a esse grupo específico nos últimos anos. A escala verbal numérica ainda é a mais conhecida pelos enfermeiros, porém limita-se aos pacientes colaborativos, o que justifica a dificuldade de avaliar aqueles com comunicação limitada, tornando-se negligenciados pela equipe (Wojciechows; Marcondes; Terassi, 2024).

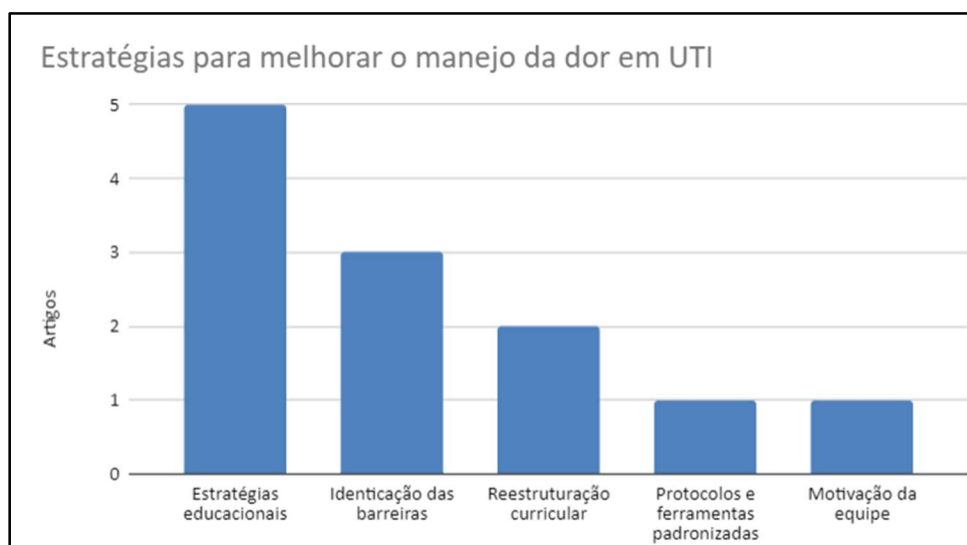
O segundo tópico, formação insuficiente, pode justificar a falta de conhecimento sobre a dor, porém, o foco central foram os cinco artigos que citaram especificamente as deficiências de formação acadêmica sobre o tema. Kippel; Franco; Muller (2015), relatam que há um baixo percentual de profissionais de enfermagem com formação específica sobre dor, refletindo na prática clínica inadequada para o manejo sintomatológico. Zuazua-Rico *et al* (2020) defere essa informação ao alegar que enfermeiros com mestrado documentam mais sobre a dor quando comparados a aqueles com graduação básica e, Chaleewong; Chaiviboonth; Christensen (2024) observa associação positiva com o conhecimento sobre dor e a especialização em UTI.

O trabalho de Santos *et al* (2019) mapeia as falhas na formação de discentes na avaliação da dor e documentam que a maioria não observava o registro da dor em prontuários, não eram estimulados a utilizar as escalas de dor e por isso nunca a utilizaram. Por fim, segundo Valério *et al* (2019) os enfermeiros não são treinados para avaliar a dor quando contratados para o setor.

A carga de trabalho é citada em quatro artigos (Valério *et al.*, 2019; Hamdan; Shaheen; Abdalrahim, 2021; Alotni *et al.*, 2023), porém, somente Zuazua-Rico *et al.*, 2020 descreve uma relação positiva entre aumento de demanda e documentação sobre a dor em prontuários ao afirmar que quanto maior a demanda maior o número de registros sobre a dor. A comunicação ineficaz é abordada por Valério *et al.*, (2019) e Alotni *et al.*, (2023), ambos afirmam que tanto a comunicação verbal quanto o registro sobre a dor nos prontuários são pontos essenciais para melhorar o manejo sintomatológico pois permitem o adequado acompanhamento e prosseguimento com o tratamento. Dessa forma, recomenda-se estratégias que busquem melhorar as habilidades técnicas e teóricas e comunicativas.

O Gráfico 2, apresenta um resumo sobre os artigos que abordaram estratégias e sugestões para superar as barreiras anteriormente citadas e melhorar o manejo da dor pela equipe de enfermagem.

Gráfico 2 – Estratégias para melhorar o manejo da dor em UTI



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

O estudo de Wojciechows; Marcondes; Terassi (2024) afirma, após uma análise de antes e depois, que intervenções educativas aumentaram o nível de conhecimento, sendo uma estratégia eficaz para a capacitação da equipe. Challewong; Chaiviboonth; Christensen (2024) sugerem incluir nas educações continuadas estudos de caso e simulações com realidade virtual, enquanto Alotni *et al* (2023) recomenda que a necessidade da documentação e comunicação também deve ser treinada. Por fim, Handan; Shaheen; Abdalrahim (2021) e Kippel; Franco; Muller (2015) também

sugerem educação continuada visando as principais barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem.

A identificação das barreiras é uma estratégia importante citada por três autores pois deve servir de base para os treinamentos sugeridos pelas educações continuadas, visto que, hospitais diversos podem não enfrentar os mesmos problemas (Hamdan; Shaheen; Abdalrahim, 2021; Alotni et al., 2023; Challewong; Chaiviboonth; Christensen, 2024). Um exemplo é o artigo de Kippel; Franco; Muller (2015) que identifica que os hospitais particulares seguem com maior frequência protocolos de avaliação e possuem melhor manejo dos sintomas que os hospitais públicos.

Outra estratégia é a reestruturação curricular, importante ponto a ser trabalhado e discutido, visto que, a falta de conhecimento e a formação insuficiente foram as duas principais barreiras mapeadas. Santos *et al* (2019) e Valério *et al* (2019) se preocupam com a formação ainda na graduação, já que falhas no manejo da dor são identificadas ainda no estágio curricular dos graduandos em enfermagem. Por fim, protocolos e ferramentas padronizadas e a motivação da equipe são citadas por Hamdan; Shaheen; Abdalrahim (2021), é preciso estabelecer uma cultura de avaliação e tratamento da dor nas UTI's, implementando protocolos e priorizando esta função, incluindo-a em um programa de educação sobre dor contínuo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais dificuldades descritas pelas equipes de enfermagem mapeadas por esse estudo foram: a falta de conhecimento sobre a dor, formação insuficiente, alta carga de trabalho, falha de comunicação e dependência de ordem médica. Destaca-se principalmente a falta de conhecimento sobre a dor, consequência de uma formação profissional insuficiente, com ênfase para a negligência nas avaliações dos pacientes não comunicativos, como aqueles em ventilação mecânica, sedados ou com demência grave. Além disso, o não domínio das estratégias farmacológicas e não farmacológicas também são situações encontradas na literatura acadêmica.

Como estratégias para enfrentar as principais barreiras destaca-se a educação continuada, identificação correta das barreiras, reestruturação curricular, protocolos e ferramentas padronizadas e motivação da equipe. É importante salientar que cada unidade hospitalar possui suas características e que, a fim de garantir um programa educacional contínuo para os colaboradores, deve-se investigar primeiramente quais são suas principais falhas e dificuldades.

Por fim, reforça-se que a dor é altamente prevalente dentro das unidades de terapia intensiva e, apesar do crescente número de pesquisas sobre o assunto, as dificuldades são uma realidade na maioria dos serviços. A avaliação adequada é o primórdio para um manejo bem sucedido, protocolos devem ser bem estabelecidos e instrumentos de avaliação devem ser treinados e implementados. Deve-se sempre lembrar que a incapacidade da equipe de manejar a dor é um importante indicador da prática assistencial, estando associada aos piores desfechos clínicos.

5 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. **Brazilian Journal of Pain**, v. 4, p. 257-267, 2021. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- ARBOUR, C.; GÉLINAS, C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults?. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 26, n. 2, p. 83-90, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.11.003>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- ALOTNI, M.; GUILHERMINO, M.; DUFF, J.; SIM, J. Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. **Australian Critical Care**, v. 36, n. 5, p. 855–862, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.002>. Acesso em: 20 out. 2024.
- BALZER, F. *et al.* Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. **Critical care**, v. 19, p. 1-9, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0929-2>. Acesso em: 20 abr 2024.
- BATISTA, L. dos S.; KUMADA, K. M. O. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, p. e021029–e021029, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.itp.ifsp.edu.br/index.php/rbic/article/view/113>. Acesso em: 03 jun. 2024
- CHALEEWONG N.; CHAIVIBOONTHAM S.; CHRISTENSEN M. Knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding pain assessment and management among Thai critical care nurses: A cross-sectional study. **Intensive critical care nursing**, v. 84, p. e84103764, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103764>.. Acesso em 20 out. 2023.
- COHEN, M.; QUINTNER, J.; VAN RYSEWYK, S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. **Pain reports**, v. 3, n. 2, p. e634, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000634>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- CORDEIRO A.L.L., ANDRADE P.H.C., MELO T.A. **Dor em pacientes internados na unidade de terapia intensiva**. In: Associação Brasileira de Fisioterapia

Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Reis LFF, Andrade FMD, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p. 67–89. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1). Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/cuidados-paliativos-em-enfermagem>. Acesso em: 25 mai. 2024.

DEVLIN, J. *et al.* Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical care medicine**, v. 46, n. 9, p. e825-e873, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>. Acesso em: 20 abr. 2024.

FORTUNATO, G.S. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 3, 2013. Doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7538>. Acesso em: 20 abr. 2024.

FRASER, G.L. *et al.* Pain and analgesia. **Critical Care Self-Assessment Program**, 2016. Disponível em: [/https://www.accp.com/docs/bookstore/ccsap/c2016b3_sample.pdf](https://www.accp.com/docs/bookstore/ccsap/c2016b3_sample.pdf). Acesso em: 20 abr. 2024.

FRAUENKNECHT, J.; KIRKHAN K.R.; ALBRECHT E. Analgesic impact of intra-operative opioids vs. opioid-free anaesthesia: a systematic review and meta-analysis. **Anaesthesia**, v. 74, n. 5, p. 651-662, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14582>. Acesso em: 20 abr. 2024.

GELINAS, C. *et al.* Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. **Nursing in critical care**, v. 18, n. 6, p. 307-318, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x> Acesso em: 20 abr. 2024.

GREGORY, J.; MCGOWAN, L.. An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 5-6, p. 583-598, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13094>. Acesso em: 20 abr. 2024.

HAMDAN K. SHAHEEN A.; ABDALRAHIM M. Barriers and enablers of intensive care unit nurses assessment and management of patients' pain. **Nursing critical care**, v. 27, n., p. 567-575, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12624>. Acesso em: 20 out. 2024

HAMRICK, K. L. *et al.* Multimodal analgesia and opioid use in critically ill trauma patients. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 228, n. 5, p. 769-775. e1, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.01.020>. Acesso em: 20 abr. 2024.

KIPEL, A. G. B.; FRANCO, S. C.; MULLER, L. A. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. **Revista Dor**, v. 16, p. 198–203, Doi: 2015.<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150040>. Acesso em: 20 out. 2024.

KOTFIS, K.; ZEGAN-BARAŃSKA, M.; SZYDŁOWSKI, Ł.; ŻUKOWSKI, M.; ELY, E. W. 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**, v. 49, n. 1, p. 66–72, 2017. Doi: <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>. Acesso em: 11 jun. 2024.

LOESER, J. D.; TREEDE, R. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. **Pain®**, v. 137, n. 3, p. 473-477, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025>. Acesso em: 20 abr 2024.

MARRA, A. *et al.* The ABCDEF bundle in critical care. **Critical care clinics**, v. 33, n. 2, p. 225-243, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MARTYN, J. J.; MAO, J.; BITTNER, E. A. Opioid tolerance in critical illness. **New England Journal of Medicine**, v. 380, n. 4, p. 365-378, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1800222>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MORONE, N. E.; WEINER, D. K. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. **Clinical therapeutics**, v. 35, n. 11, p. 1728-1732, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.10.001>. Acesso: 20 abr. 2024.

MOREIRA, M. A.; RIZZATTI, I. M. Pesquisa em ensino. **Revista Internacional de Pesquisa em Didática das Ciências e Matemática**, , p. e020007–e020007, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.itp.ifsp.edu.br/index.php/revin/article/view/59>. Acesso em: 03 jun. 2024.

OLSEN, B. F. *et al.* Results of implementing a pain management algorithm in intensive care unit patients: The impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. **Journal of Critical Care**, v. 36, p. 207-211, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.011>. Acesso em: 20 abr 2021.

PANDHARIPANDE, Pratik *et al.* Pain control in the critically ill adult patient. **U: UpToDate, Parsons EP, O'Connor FM ed. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate**, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PUNTILLO, K. A. *et al.*. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain® study. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 189, n. 1, p. 39-47, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1164/rccm.201306-1174OC> . Acesso em: 20 abr. 2024.

PUNTILLO, K. A. *et al.* Pain distress: the negative emotion associated with procedures in ICU patients. **Intensive care medicine**, v. 44, p. 1493-1501, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5344-0>. Acesso em: 20 abr 2024.

REARDON, D. P.; ANGER, K. E.; SZUMITA, P. M. Pathophysiology, assessment, and management of pain in critically ill adults. **American Journal of Health-System**

Pharmacy, v. 72, n. 18, p. 1531-1543, 2015. Doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp140541>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SANTOS A.F *et al.* Formação dos discentes de enfermagem acerca da avaliação da dor. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.13, n.5, p.1380-1386, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238938p1380-1386-2019>. Acesso em: 20 out. 2024.

TAETS, C.M.C. *et al.* Pain indentification by nurses in adult patients in intnsive care: state of the art in Brazil. **International Journal of Health Science**, v. 2, n. 22, 2022. Doi: <https://doi.org/0.22533/at.ed.1592332230069>. Acesso em: 20 abr. 2024.

VALÉRIO, A. F.; FERNANDES, K. da S.; MIRANDA, G.; TERRA, F. de S. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem na aplicabilidade da dor como quinto sinal vital e os mecanismos/ações adotados: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, p. 67–71, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190013>. Acesso em: 20 out. 2024.

VAN BOEKEL, R.L.M. *et al.* Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery. **PLoS One**, v. 12, n. 5, p. e0177345, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177345>. Acesso em: 20 abr. 2024.

VIEIRA JUNIOR, J.M.; PRINZ, L. H. Dor aguda no paciente crítico: revisitando a literatura. **Brazilian Journal of Pain**, v. 5, p. 147-153, 2022. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220024-pt>. Acesso em: 20 abr. 2024.

VINCENT, J. *et al.* Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. **IntensiveCare Medicine**, v. 42, p. 962-971, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>. Acesso em: 20 abr. 2024.

ZUAZUA-RICO, D. *et al.* Nursing workload, knowledge about pain, and their relation to pain records. **Pain Management Nursing**, v. 21, n. 6, p. 510-515, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.009>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WEATHERBURN, C. J. Benzodiazepines and non-benzodiazepine hypnotics—impact of a cluster adopted protocol on primary care prescribing. **Scottish medical journal**, v. 64, n. 3, p. 97-102, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1177/0036933019849369>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WOJCIECHOWSKI, M.; MARCONDES, L.; TERASSI, M. Gerenciamento da dor: educação da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva adulta. **Brazilian Journal of Pain**, v. 7, p. e20240038, 2024. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240038-pt>. Acesso em: 20 out. 2024.