

DIRETRIZ CLÍNICA QPS 014/2019 VERSÃO 1

Assunto: PROTOCOLO DE DOR - ESCALAS

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO
11 de fevereiro de 2019	11 de fevereiro de 2019	Virginia Paraizo Lucas Santos Zambon	Dario Ferreira Priscila Rosseto

OBJETIVO

Parametrizar a forma de avaliar a dor nas diferentes faixas etárias e condições clínicas em pacientes hospitalizados.

AREAS ENVOLVIDAS

Áreas Assistenciais dos Hospitais Américas Serviços Médicos.

PROTOCOLO CLÍNICO

1. DEFINIÇÃO

Para a avaliação da dor, são utilizados instrumentos específicos, definidos pelo enfermeiro de acordo sua avaliação, levando-se em consideração a condição clínica do paciente, faixa etária e nível de consciência. A escala definida deve ser prescrita na SAE, com possibilidade de alteração de acordo com mudança no quadro clínico do paciente.

2. ESCALAS

A seguir, segue descrição das diferentes escalas. Sua aplicabilidade conforme perfil do paciente se encontra descrita na **Tabela 1**.

- **Escala Verbal Numérica:** Instrumento unidimensional de avaliação da dor que mensura a intensidade da dor em um intervalo de 0 a 10, no qual zero corresponde à ausência de dor e dez corresponde à pior dor imaginável. Utilizada para pacientes adultos e crianças a partir de 06 anos, com capacidade cognitiva preservada e que demonstram compreensão da escala. Pacientes com déficit de comunicação verbal,

porém com cognitivo preservado, podem utilizar a mesma escala, escrevendo, sinalizando ou confirmando o score de dor apontado pela equipe.

- **Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD):** Avaliação de Dor em Demência Avançada (cognitivo alterado): Utilizada para pacientes adultos que não consigam expressar sua dor através da Escala Verbal Numérica (déficit cognitivo, alteração da função neurológica, comatosos, sob sedação). A escala é baseada na avaliação da equipe de enfermagem, de cinco comportamentos que podem ser apresentados pelo paciente. Em pacientes com flutuação de nível de consciência, se responsivo, utilizar Escala Verbal Numérica. Se desorientado, utilizar Escala de PAINAD, e justificar sua escolha no campo de observação, junto aos sinais vitais. (ANEXO 1).
- **Behavior Pain Scale (BPS):** Comportamental de Dor (Adultos Sedados e Intubados): A BPS é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica. Ela consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 pontos (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima); o tempo estimado para seu preenchimento é de 2 a 5 minutos (ANEXO 2).
- **Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):** Escala de Dor Neonatal: Utilizada em todos os pacientes internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Em outras unidades, considera-se para utilização recém-nascidos até 28 dias de vida (ANEXO 3).
- **Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC):** Avaliação de Dor em Pediatria: Específica para crianças maiores que 28 dias de vida até 06 anos de idade, ou para crianças maiores que não consigam expressar sua dor (déficit cognitivo, alteração da função neurológica, pós-operatório imediato, comatosas, sob sedação) – (ANEXO 4).

Tabela 1 – Escalas de avaliação de dor e aplicabilidade

ESCALA	INDICAÇÃO	APLICAÇÃO	PONTUAÇÃO
NUMÉRICA VERBAL	Pacientes adultos e crianças a partir de 6 anos, com capacidade cognitiva preservada, e que demonstram compreensão da escala.	Questiona-se o escore de dor do paciente, numa escala de 0 a 10; sendo o 0 sem dor , e 10 a pior dor que o paciente já sentiu .	0 a 10
PAINAD	Pacientes adultos que não consigam expressar a sua dor através da Escala Verbal Numérica (déficit cognitivo, alteração da função neurológica, comatosos, sob sedação*).	Baseada na avaliação do estado fisiológico e comportamentos: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade.	0 a 10

BPS	Pacientes críticos, em ventilação mecânica e sob sedação.	Consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica.	3 a 12
NIPS	Recém-nascidos, até 30 dias de vida, ou em todos os pacientes internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).	Escala multidimensional que avalia a expressão facial, choro, respiração, movimentação corporal e estado de alerta.	0 a 7
FLACC	Crianças a partir de 01 mês de vida até 06 anos de idade, ou para crianças maiores que não consigam expressar sua dor (déficit cognitivo, alteração da função neurológica, pós-operatório imediato, comatosas e sob sedação*).	Escala multidimensional que avalia a expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade.	0 a 10

*Em casos de sedação, deve-se utilizar em conjunto à escala de avaliação da dor, uma escala de sedação apropriada para o paciente (RASS ou COMFORT B).

ANEXOS

ANEXO 1 – PAINAD

Versão final da escala de avaliação de dor em demência avançada PAINAD-Br. – Brasil, 2013.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA – PAINAD-Br

Instruções: observe o paciente por 5 minutos antes de pontuar seus comportamentos. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo: em repouso, durante uma atividade agradável, durante o recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de vocalização	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração <i>Cheyne-stokes</i> 	
Vocalização negativa	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum 	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro 	
Expressão facial	<ul style="list-style-type: none"> Sorrindo ou inexpressiva 	<ul style="list-style-type: none"> Triste Assustada Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> Careta 	
Linguagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> Relaxada 	<ul style="list-style-type: none"> Tensa Andar angustiado/aflito de um lado para o outro 	<ul style="list-style-type: none"> Rígida Punhos cerrados Joelhos encolhidos 	

		• Inquietação	• 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:
<p>Pontuação: o total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 = dor leve • 4 a 6 = dor moderada • 7 a 10 = dor severa <p>Essas variações são baseadas em uma escala padrão de dor de 0 a 10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.</p>				

ANEXO 2 – BPS

Versão final brasileira da escala *Behavioural Pain Scale*

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimento	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total:		

ANEXO 3: NIPS

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-

Pontuação máxima de 7 pontos, considerando dor ≥ 4 .
NIPS – Neonatal Infant Pain Scale.

ANEXO 4: FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F (Face) Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face apresentando estresse: expressão assustada ou de pânico
L (Legs) Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas
A (Activity) Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C (Cry) Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C (Consolability) Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
1- Cada uma das cinco categorias (F) Face, (L) Pernas, (A) Atividade, C (Choro), (C) Consolabilidade é pontuada de 0 – 2, resultando num escore total entre zero e dez.			

- 2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1 – 2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.
- 3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.
- 4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.
- 5- As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor de seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaral JL, et al. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da AMIB sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva 1999. Disponível em www.amib.com.br
2. Bussotti EA et al. Adaptação cultural para o português do Brasil da escala de avaliação de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC_r). Rev. Latino-Am. Enfermagem jul. -ago. 2015;23(4):651-9.
3. Calil AM; Pimenta CAM. Intensidade da dor e adequação da analgesia. Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.13 n° 5 Ribeirão Preto Sep/out. 2005.
4. Grunau RV, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain 1987; 28 (3):395-410.
5. Guinsburg R. J Pediatr (RJ) 1999; 75: 152.
6. Guinsburg R, Balda RCX. Dor em neonatologia. In: Teixeira MJ. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p. 548-54.
7. Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. Disponível em http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp
8. Merkel SI, Voepel-Lewis T. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nursing. 1997;23(3):293-97.
9. Morete MC; Morfatto SC; Pereira CA; Silva AP; Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev. Brasileira de Ter Intensiva. 2014; 26 (4): 373-378.
10. Fontes KB; Jaques AE. O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º Sinal Vital. Cienc. Cuid Saúde 2007; 6: 481-487.
11. UpToDate: Evidence-Based Clinical Decision Support. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>
12. Valera GG; Carezzato NL; Vale FAC; Hortense P. Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD. Rev. Esc. Enferm USP 2014; 48 (3):462-8.
13. Silva YP et al. Avaliação da Dor em Neonatologia. Rev. Bras. Anesthesiol 2007; 57: 5: 565-574