

Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva

Association between intensities of pain and sedation in intensive care patients

Daniele Cristiny da Silva¹
Taís Pagliuco Barbosa¹
Alessandra Soler de Bastos¹
Lúcia Marinilza Beccaria¹

Descritores

Dor; Medição da dor; Sedação;
Pacientes; Unidade de terapia intensiva

Keywords

Pain; Pain measurement; Sedation;
Patients; Intensive care units

Submetido

14 de Fevereiro de 2017

Aceito

19 de Junho de 2017

Autor correspondente

Daniele Cristiny da Silva
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416,
15090-000, São José do Rio Preto,
SP, Brasil.
dani_cristiny@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700037>



Resumo

Objetivos: Identificar o perfil clínico, intensidades de dor e sedação em pacientes na unidade de terapia intensiva e associar os dados.

Métodos: Estudo quantitativo e transversal, realizado em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. Amostra de 240 pacientes. Os dados clínicos foram obtidos do prontuário eletrônico. Foram utilizadas escalas de sedação e agitação de *Richmond*, dor visual numérica e *Behavioral pain scale*, preenchidas por enfermeiros.

Resultados: Prevaleram pacientes não idosos, masculinos, neurológicos, cirúrgicos, com sedação profunda. Houve maior mortalidade em pacientes com sedação profunda e maior tempo de internação naqueles com sedação moderada. A sedação não se mostrou efetiva para suprimir a dor, mas serviu para controlar sua intensidade.

Conclusão: A identificação da intensidade de dor e sedação realizada por enfermeiros auxilia na tomada de decisão e propicia adequado manejo da sedoanalgesia de pacientes em terapia intensiva.

Abstract

Objective: To identify the clinical profile, intensities of pain and sedation in patients in the intensive care unit, and associate the data.

Methods: Quantitative and cross-sectional study performed in an intensive care unit of a teaching hospital. Sample of 240 patients. Clinical data were obtained from the electronic medical record. The following scales filled out by nurses were used: *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*, visual numeric pain scale and *Behavioral Pain Scale (BPS)*.

Results: Prevalence of non-elderly, male, neurological and surgical patients in deep sedation. There was higher mortality in patients in deep sedation, and longer hospitalization time in patients in moderate sedation. Sedation was not effective in suppressing pain, but it served to control its intensity.

Conclusion: The identification of intensity of pain and sedation performed by nurses helps decision making and provides adequate management of sedoanalgesia in patients of intensive care.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Estudos multicêntricos internacionais apontam que a maioria dos pacientes em Unidade de terapia intensiva (UTI) apresenta dor, sendo que a avaliação sistemática desta é fundamental para proporcionar adequada analgesia.⁽¹⁾ O autorrelato é considerado “padrão ouro” na avaliação de dor. Para pacientes devidamente acordados e com adequadas capacidades cognitiva e auditiva, podem ser utilizados escores de avaliação. Uma delas é a escala visual numérica (EVN) em que é solicitado ao paciente classificar sua dor entre zero a dez, ou seja, “sem dor” e “pior dor imaginável”, respectivamente,⁽²⁾ porém, sabe-se que em UTI muitos pacientes encontram-se em estado crítico, intubados, em ventilação mecânica e/ou sedados, com supressão do nível de consciência, o que impossibilita o paciente em expressar de forma adequada a vigência de dor.

No âmbito da terapia intensiva, escalas são utilizadas para avaliar a dor comportamental do paciente, sendo uma ferramenta importante para a prática clínica do enfermeiro, uma delas, a *Behavioral Pain Scale* (BPS), traduzida e adaptada para a língua portuguesa em 2014, avalia três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e adaptação à ventilação mecânica.⁽³⁾ Uma vez identificada, a dor necessita de adequado manejo, seja por meio de fármacos analgésicos e/ou sedativos, objetivando o controle de estressores, adaptação do paciente à ventilação mecânica em doenças respiratórias graves, controlar a pressão intracraniana, mal epilético e também para facilitar os cuidados prestados pelos profissionais da saúde, proporcionando conforto durante a realização de procedimentos invasivos a beira leito.⁽⁴⁾

No processo de sedação do paciente o nível de consciência é deprimido, sendo os benzodiazepínicos os principais fármacos utilizados. Estas drogas exercem profundos efeitos no sistema nervoso central e agem também em outros órgãos e sistemas que podem ser muitas vezes subestimados, em que se destaca a influência no sistema imunológico, envolvido com patologias que prolongam o tempo de internação em UTI, como por exemplo, as infecções nosocomiais.⁽⁵⁻⁷⁾

O excesso de sedativos dificulta e atrasa a retirada da ventilação mecânica e, em alguns casos, pode exa-

cerbar os efeitos da sepse de acordo com os fármacos escolhidos, aumentando o tempo de internação, incidência de *delirium* e a morbimortalidade em UTI.⁽⁸⁾ Estudos comprovam que pacientes em uso de menores níveis de sedativos apresentam tempo inferior de internação, com conseqüente redução da mortalidade.⁽⁹⁾

Embora algumas diretrizes de sedação recomendem que ela deva ser iniciada a fim de proporcionar analgesia adequada, um estudo realizado com pacientes em ventilação mecânica evidenciou que não sedar o paciente e sim administrar uma analgesia primeiro, com morfina pode levar a estadias mais curtas em UTI e no hospital porque propicia o desmame precoce da ventilação mecânica.⁽¹⁰⁾

Pesquisando a necessidade de adequada titulação e controle do uso de sedativos, foram desenvolvidas escalas, como, por exemplo, a de agitação e sedação de *Richmond* (RASS), que classifica as intensidades de sedação em leve, moderada ou profunda. O controle do uso de sedativos é importante por meio de protocolos com base na utilização de analgésicos antes da administração de sedativos, auxiliando na redução do uso de hipnóticos e na melhoria da prática de sedação em pacientes com necessidade de ventilação mecânica. Os opióides conferem um nível de sedação mais leve, facilitando assim, a avaliação do paciente, proporcionando um despertar mais rápido com conseqüente redução do tempo de internação hospitalar e dos gastos institucionais.⁽¹¹⁾

Estudos nacionais e internacionais enfatizam a importância da utilização de escalas de avaliação dos níveis de sedação em UTI para o estabelecimento de protocolos que auxiliem na prática da sedação guiada por metas, visto que, os pacientes são beneficiados com diminuição do tempo de internação, menor incidência de pneumonias nosocomiais e mortalidade.⁽¹²⁾ Porém, na literatura e na prática clínica constata-se pouco envolvimento do enfermeiro quanto às diretrizes estabelecidas para o uso de sedativos e analgésicos.⁽¹³⁾

Com a utilização de escalas de avaliação de dor e sedação por enfermeiros de unidade de terapia intensiva, indaga-se: Qual a importância desses protocolos de sedação e analgesia para o manejo da dor do paciente? Como o enfermeiro utiliza esses dados para a tomada de decisão quanto à dor e sedoanalgesia? Diante disso,

o objetivo deste estudo foi identificar o perfil clínico, intensidades de dor e sedação em pacientes na unidade de terapia intensiva e associar os dados.

Métodos

Estudo transversal, realizado em uma UTI (clínica, cirúrgica e neurológica) dividida em 27 leitos (17 destinados à pacientes clínicos e cirúrgicos e 10 pacientes neurológicos), de um hospital de ensino, pertencente à Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do noroeste paulista. A coleta de dados foi realizada por meio da Escala de sedação e agitação de *Richmond* (RASS) para avaliação do nível de sedação, Escala de dor visual e numérica (EVN) para dor por autorrelato e *Behavioral Pain Scale* (BPS) para dor comportamental. Os dados clínicos foram obtidos do prontuário eletrônico (gênero, idade, diagnóstico, alta ou óbito no hospital e na UTI e tempo de permanência na UTI).

A amostra foi de 240 pacientes, tendo em vista a rotatividade inerente ao setor. Foram incluídos todos os pacientes internados durante o período da coleta de dados e excluídos os que ficaram internados por menos de 24 horas. As escalas foram preenchidas por enfermeiros da unidade, de segunda a sexta-feira, em períodos alternados (manhã, tarde e noite), uma vez a cada 24 horas, junto ao paciente, a beira leito.

Da amostragem total de 240 pacientes, 161 puderam ser avaliados quanto à dor comportamental e 140, quanto ao autorrelato da dor. Ressalta-se que com a evolução clínica dos pacientes no decorrer da coleta dos dados, 61 pacientes puderam ser avaliados quanto à dor comportamental em determinado momento e quanto ao autorrelato da dor em outro, ou inversamente, visto que, durante a internação os pacientes apresentam alterações dos níveis de consciência, oriundas da retirada, emprego ou alterações das doses de sedação, o que possibilitou a avaliação de um mesmo paciente com escalas diferentes em momentos distintos.

Quanto à RASS, ela possui escores entre -5 e 4, onde quanto menor o escore, mais profunda é a sedação e quanto maior o escore, mais agitado o paciente se encontra.⁽¹⁴⁾ Neste estudo foi considerado o escore médio RASS de cada paciente, estabeleci-

do por meio das aplicações realizadas, bem como, a classificação dos escores para os níveis de sedação onde foi considerado: sedação leve (-2 a 4), moderada (-2,1 a -3,9) e profunda (-4 a -5).

Quanto à avaliação de dor comportamental foi utilizada a BPS, traduzida, validada para a realidade brasileira e utilizada em pacientes sob ventilação mecânica e/ou sedados, que possui escores entre 3 e 12, onde 3 o paciente encontra-se sem dor e 12 dor máxima. Ela avalia os seguintes itens: Expressão facial, membros e adaptação ao ventilador mecânico.⁽¹⁵⁾ Para este estudo, considerou-se a dor média de cada paciente estabelecida a partir de todas as aplicações realizadas, posteriormente foi efetuada a classificação da intensidade da dor em: sem dor (3,00 a 3,09), dor leve (3,10 a 4,09), moderada (4,10 a 6,09); intensa (6,10 a 11,99) e máxima (12,00). Em relação à identificação de dor pelo autorrelato foi utilizada a EVN, onde os pacientes com nível de consciência apropriado puderam relatar a intensidade da sua dor, variando de “zero” (sem dor) a “dez” (pior dor imaginável).⁽¹⁶⁾ Para este estudo, a intensidade da dor foi classificada de acordo as médias de cada paciente, obtidas a partir de todas as aplicações, sendo zero a 0,9 (sem dor), 1,0 a 3,0 (dor leve), 3,1 a 6,0 (moderada) e 6,1 a 10,0 (intensa).

A pesquisa atendeu a Resolução 244/12 que envolve seres humanos; Parecer nº 984.505. Os dados foram agrupados em banco de dados no *Excel*® 2010 (*Microsoft Inc.*), submetidos à análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, aplicação de Análise de Variância (ANOVA) com teste de comparação múltipla de médias de *Tukey* ou teste qui-quadrado. Todas as análises estatísticas foram aplicadas com nível de significância de 5% ou ($P < 0,05$). Foi utilizado o *Software Minitab*® 17 (*Minitab Inc.*).

Resultados

De maneira geral, 240 pacientes foram avaliados quanto à idade, tempo de internação na UTI, presença de dor comportamental e/ou por autorrelato e escore RASS. As 161 avaliações de dor comportamental e as 140 de dor por autorrelato foram avaliadas separadamente, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Variáveis quantitativas do perfil geral, por dor comportamental e por autorrelato em pacientes na unidade de terapia intensiva

Variáveis quantitativas	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Total de pacientes (240)					
Idade	55,9	20,7	58,0	15,0	97,0
Tempo de internação	10,7	9,0	7,5	1,0	47,0
Dor comportamental	3,2	0,5	3,0	2,0	5,8
Autorrelato de dor	0,7	1,4	0,0	0,0	8,0
RASS	-2,9	2,0	-2,6	-5,0	-1,2
Dor comportamental (161)					
Idade	57,4	20,5	61,0	16,0	97,0
Tempo de internação	13,2	9,6	10,0	1,0	47,0
RASS	-3,5	1,4	-3,8	-5,0	1,0
Autorrelato de dor (140)					
Idade	52,1	21,7	53,0	15,0	97,0
Tempo de internação	9,3	8,9	6,0	1,0	46,0
RASS	-1,1	1,6	-0,3	-5,0	1,2

RASS - Escala de sedação e agitação de Richmond

Em relação à amostra total (58,7%) os pacientes que possuíam idade maior que 60 anos tiveram o óbito como desfecho clínico prevalente e 65% com menos de 60 anos receberam alta. Quanto ao gênero, predominou o masculino em 64,5% das altas, 64,1% dos óbitos na UTI e 70,4% dos óbitos no hospital.

Quanto à intensidade de dor comportamental, dos 161 pacientes avaliados: 93 (57,8%) apresentaram-se sem dor, 59 (36,6%), dor leve e nove (5,6%), dor moderada. Nenhum paciente apresentou dor comportamental intensa. Os pacientes do gênero masculino apresentaram escore médio de 3,23 e do gênero feminino de 3,20, portanto, ambos tiveram dor leve.

Referente à dor por autorrelato, dos 140 pacientes avaliados: 106 (75,7%) apresentaram-se sem dor, 28 (20%) dor leve, quatro (2,9%), dor moderada e dois (1,4%) dor intensa. Pacientes do gênero masculino apresentaram escore médio de 0,63 e do feminino de 0,85, sendo ambos considerados sem dor. Os percentis referentes às variáveis qualitativas estão representados na tabela 2.

Os resultados obtidos quanto à utilização de sedação durante a internação foram agrupados de acordo com suas intensidades (leve, moderada, profunda) e pacientes não sedados. Para cada um destes níveis foi realizada associação com variáveis quantitativas e qualitativas (Tabela 3).

Tabela 2. Variáveis qualitativas dos pacientes em relação à amostra total, quanto à avaliação de dor comportamental e autorrelato de dor na unidade de terapia intensiva

Variáveis qualitativas	Total n(%)	Dor comportamental n(%)	Autorrelato de dor n(%)
Gênero			
Masculino	155(64,6)	108(67,0)	91(65,0)
Feminino	85(35,4)	53(33,0)	49(35,0)
Tipo de internação			
Clínicos	67(27,9)	45(28,0)	41(29,3)
Cirúrgicos	173(72,1)	116(72,0)	99(70,7)
Desfecho clínico			
Alta	121(50,4)	52(32,3)	101(72,1)
Óbito UTI	92(38,3)	93(57,8)	28(20,0)
Óbito hospital	27(11,3)	16(9,0)	11(7,9)
Especialidades			
Neurologia	112(46,7)	75(46,6)	61(43,6)
Outros	128(53,3)	86(53,4)	79(56,4)
Nível de sedação			
Leve	66(27,5)	26(16,1)	62(44,3)
Moderada	54(22,5)	54(33,5)	25(17,9)
Profunda	78(32,5)	78(48,4)	11(7,9)
Não sedados	42(17,5)	03(1,9)	42(30,0)

UTI - Unidade de terapia intensiva

Tabela 3. Variáveis quantitativas dos pacientes em relação aos níveis de sedação na unidade de terapia intensiva

Variáveis qualitativas	Leve n(%)	Moderada n(%)	Profunda n(%)	Não sedados n(%)	p-value
Gênero					
Masculino	42(63,6)	34(63,0)	52(66,7)	27(64,3)	0,864
Feminino	24(36,4)	20(37,0)	26(33,3)	15(35,7)	
Classificação internação					
Clínicos	14(21,2)	15(27,8)	25(32,0)	13(31,0)	0,428
Cirúrgicos	52(78,8)	39(72,2)	53(68,0)	29(69,0)	
Desfecho clínico					
Alta	53(80,3)	22(40,7)	08(10,3)	38(90,5)	<0,001
Óbito UTI	08(12,1)	23(42,6)	59(84,3)	02(4,8)	
Óbito Hospital	05(7,6)	09(16,7)	11(15,7)	02(4,8)	
Especialidade					
Neurologia	34(51,5)	23(42,6)	41(52,6)	14(33,3)	0,203
Outros	32(48,5)	31(57,4)	37(47,4)	28(66,7)	
Variáveis quantitativas					
Idade					
Média±DP	48,9±21,7	56,1±20,5	62,9±16,6	53,8±22,6	0,001
Mediana	51,5	57,5	66,5	53,0	
Mínimo	15	18	20	17	
Máximo	90	96	97	91	
Tempo Internação					
Média±DP	12,2±7,1	16,2±9,6	8,4±9,2	4,5±4,8	<0,001
Mediana	6,0	16	9,5	3,0	
Mínimo	2	1	1	1	
Máximo	46	42	47	27	
Dor comportamental					
Média±DP	3,5±0,8	3,3±0,5	3,1±0,3	2,0	-
Mediana	3,3	3,2	3,0	2,0	
Mínimo	2,2	2,0	2,2	2,0	
Máximo	5,9	5,0	5,0	2,0	
Dor autorrelato					
0,9±1,6		0,9±1,6	0,5±1,1	0,4±0,7	0,195
0,1		0,0	0,0	0,0	
0,0		0,0	0,0	0,0	
8,0		7,5	3,0	2,7	

Variáveis qualitativas: p-value referente ao teste qui-quadrado; variáveis quantitativas: p-value referente ao teste ANOVA - Analysis of variance e teste de Tukey; UTI - Unidade de terapia intensiva

Discussão

O gênero masculino, idade inferior a 60 anos e tempo médio de 10,7 dias de internação dos pacientes deste estudo corroboram com pesquisas recentes.^(12,17,18) A especialidade prevalente (neurologia) pode ser justificada de acordo com o perfil do hospital estudado, referência no atendimento a politraumatizados, sendo o Trauma crânio encefálico (TCE) o diagnóstico prevalente nestas internações, justificando ainda a maior incidência de internações cirúrgicas (72,1%).

Quanto ao desfecho clínico, houve prevalência de altas em relação aos óbitos na UTI, diferindo de achados na literatura que mostram o óbito como desfecho predominante,⁽¹²⁾ porém comparando-se os óbitos em UTI e no hospital a diferença foi relativamente pequena. Pacientes do gênero masculino apresentaram maior mortalidade tanto na UTI, quanto após a alta, em outras unidades de internação do hospital.

Uma pesquisa aponta prevalência de óbitos em idosos, com aumento da mortalidade no decorrer do tempo de internação, e maior número de altas para pacientes menores que 60 anos,⁽¹⁷⁾ corroborando com este estudo, em que a maioria dos óbitos ocorreu em indivíduos acima de 60 anos e obtiveram alta da UTI os menores que 60 anos.

Quanto à dor comportamental a maioria apresentou intensidade leve e quanto ao autorrelato de dor foi ausência de dor. Um estudo internacional constatou dor em 40% dos pacientes avaliados, sendo prevalente a intensidade de leve a moderada,⁽¹²⁾ em outra pesquisa, a intensidade de dor leve foi evidenciada em 65% dos pacientes.⁽³⁾

O nível de sedação predominante foi o profundo, porém a média RASS encontrada foi equivalente a de sedação moderada. Para os pacientes avaliados quanto à dor comportamental o escore RASS foi equivalente ao de sedação moderada e o tempo de internação foi superior em 2,5 dias em comparação à amostra total. Os avaliados quanto à dor por autorrelato, o escore RASS foi de sedação leve, de acordo com o esperado, uma vez que para a aplicação efetiva da escala de dor visual numérica, é necessário que os pacientes estejam conscientes e orientados para relatar a intensidade de dor, para

isso, são necessários níveis superficiais de sedação. O tempo de internação para esse grupo foi reduzido em 1,4 dias, comparados à amostra total. Observou-se ainda que, quanto maior a intensidade da dor, mais elevada foi a incidência de óbitos.

Independente das intensidades de sedação (leve, moderada e profunda) os pacientes apresentaram dor comportamental, variando de intensidade leve à moderada, e pacientes em sedação leve e moderada apresentaram dor por autorrelato, variando de intensidade leve à intensa. Portanto, a utilização de sedação mostrou-se efetiva no controle, mas não foi suficiente para suprimir a dor dos pacientes.

Pacientes idosos apresentaram menor intensidade de dor quando comparados com os mais jovens, acredita-se que devido à debilidade advinda da idade avançada, menores doses de drogas analgosedativas são suficientes para o alívio da dor e adaptação dos mesmos às condições invasivas oriundas da própria internação e seu estado clínico, porém, não houve associação significativa entre dor e idade neste estudo, o que é equivalente à pesquisa recente onde pacientes idosos também apresentaram maior tolerância aos desconfortos provenientes da internação, dentre eles a dor.⁽¹⁸⁾ Não houve relevância estatística entre intensidade da dor comportamental e gênero, tipo de internação (clínica/cirúrgica) e desfecho clínico ($p > 0,05$).

A dor é o estressor mais encontrado nas unidades de terapia intensivas, quando não tratada pode levar o indivíduo a apresentar outros estressores, como a ansiedade e agitação.⁽¹⁸⁾ Um dos desafios para o tratamento da dor consiste na deficiência de sua percepção, na análise das expressões corporais e faciais, bem como identificação de sua intensidade e natureza de origem. Sabe-se que mesmo com a iniciativa em tornar a dor como quinto sinal vital, os profissionais são, muitas vezes, passivos em relação a esse tema, sendo que menos de 50% dos profissionais de saúde realizam a avaliação da dor.⁽³⁾

Em relação ao uso de sedação, o estudo mostrou associação significativa entre os níveis de sedação empregados e o tempo de internação ($p < 0,001$), sendo que pacientes em sedação moderada apresentaram maior tempo de internação, seguidos daqueles em sedação profunda. Em contrapartida, pacien-

tes não sedados ou com sedação leve apresentaram menor tempo de internação.

Houve relação estatística entre a profundidade da sedação e a mortalidade em UTI, sendo que quanto mais profunda a sedação, maior o número de óbito e quanto mais superficial (ou ausente) maior a alta ($p < 0,001$). Uma pesquisa sobre essa temática constatou que pacientes submetidos ao uso de sedação profunda tendem a apresentar agitação após o desmame dos sedativos, bem como alterações psicológicas mesmo após a alta hospitalar.⁽¹²⁾

Constatou-se a utilização de níveis mais superficiais de sedação principalmente em pacientes de menor idade e os mais velhos com níveis mais profundos, ou seja, os mais jovens tendem a permanecer com sedações mais superficiais e pacientes mais idosos com sedações mais profundas, já, a sedação moderada e a ausência de sedação são comumente observadas em pacientes com idade intermediária. (menor que 60 anos). Não houve associação significativa entre os níveis de sedação e gênero, tipo de internação (clínica/cirúrgica), especialidade e intensidade de dor por autorrelato ($p > 0,05$).

Fármacos analgo-sedativos são empregados em unidade de terapia intensiva para diminuir a resposta ao estresse e proporcionar conforto e segurança ao paciente, porém, é importante manter a sedoanalgesia em níveis seguros, de preferência em níveis mais superficiais, onde o paciente seja monitorado quanto ao controle da dor de forma adequada, sem suprimir completamente seu nível de consciência, de tal forma, que possa interagir e expressar suas necessidades físicas e emocionais.

Conclusão

Quanto ao perfil clínico, à maioria dos pacientes possuía idade superior a 60 anos, gênero masculino, especialidade neurologia, cirúrgicos, em nível de sedação profunda e desfecho clínico evidenciando maior número de altas da UTI em relação aos óbitos. Os pacientes com sedação moderada apresentaram maior tempo de permanência na UTI, enquanto os adultos jovens (menos de 60 anos), com

sedação leve tiveram maior número de alta da UTI e posteriormente de outras unidades de internação do hospital. Constatou-se presença de dor de intensidade leve em pacientes sedados, portanto, a sedação não se mostrou efetiva para suprimir a dor, mas serviu para controlar a sua intensidade. Conclui-se que a identificação da intensidade de dor e sedação realizada por meio de escalas por enfermeiros auxilia na tomada de decisão e propicia adequado manejo da sedoanalgesia em UTI.

Colaborações

Silva DC, Barbosa TP, Bastos AS e Beccaria LM declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Stein-Parbury J, McKinley S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *Am J Crit Care*. 2000; 9(1):20-7.
- Fortunado JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev HUPE*. 2013; 12(3):110-7.
- Moreti MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(4):373-8.
- Shinotsuka CR, Salluh JI. Percepções e práticas sobre delirium, sedação e analgesia em pacientes críticos: uma revisão narrativa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(2):155-61.
- Bugedo G, Tobar E, Aguirre M, Gonzalez H, Godoy J, Lira MT, et al. Implantação de protocolo de redução de sedação profunda baseado em analgesia comprovadamente seguro e factível em pacientes submetidos à ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(3):188-96.
- Tanios MA, Wit M, Epstein SK, Devlin JW. Perceived barriers to the use of sedation protocols and daily sedation interruption: a multidisciplinary survey. *J Crit Care*. 2009; 24(1):66-73.
- O'Connor M, Bucknall T, Manias E. Sedation management in Australian and New Zealand intensive care units: doctors' and nurses' practices and opinions. *Am J Crit Care*. 2010; 19(3):285-95.
- Basto PA, Soares YO, Oliveira HS, Gonçalves WS, Balestra LF, Gardenchi G. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciênc*. 2014; 5(2):59-72.
- Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014; 370(5):444-54.
- Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*. 2010; 38(11):2155-60.

11. Dias DS, Resende MV, Diniz GC. Estresse do paciente em terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(1):18-25.
12. Costa JB, Marcon SS, Macedo CR, Jorge AC, Duarte PA. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(2):122-9.
13. Barbosa TP, Beccaria LM, Pereira AM. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(4):470-7.
14. O'Connor M, Bucknall T, Manias E. Sedation management in Australian and New Zealand intensive care units: doctors' and nurses' practices and opinions. *Am J Crit Care*. 2010; 19(3):285-95.
15. Berbigier EJ. Estudo comparativo da clonidina com a dexmedetomidina para a sedação do paciente crítico sob ventilação mecânica [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
16. Shehabi Y, Bellomo R, Reade MC, Bailey M, Bass F, Howe B, et al. Early intensive care sedation predicts longterm mortality in ventilated critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 186(8):724-31.
17. Freitas ER. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):20-6.
18. Rosa BA, Rodrigues RC, Galani MC, Spana TM, Pereira CG. Estressores em unidade de terapia intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):627-35.