



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

**HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**

# **PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO DA DOR**

**João Pessoa, 2022**



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

# HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

## Protocolo de Gerenciamento da DOR

1ª Edição: 01/07/2021

ELABORAÇÃO E REVISÃO:

CLAUDIO EMMANUEL GONÇALVES FILHO  
DIRETOR CLINICO

VICTOR DO EGITO  
MEDICO ANESTESIOLOGISTA DA DOR

SONIA DA SILVA DELGADO  
DIRETORA ASSISTENCIAL

GIULIANNA CARLA MARÇAL LOURENÇO  
GERENTE DE ENFERMAGEM

ANDREA MARIA DA SILVA  
COORDENADORA DO SETOR DE QUIMIOTERAPIA/ ONCOLOGIA

VIVIANE RODRIGUES LACERDA  
FISIOTERAPIA



## PROTOCOLO GERENCIAMENTO DA DOR

### 1 Definição e Objetivos

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Segundo o Ministério da Saúde o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do paciente. Dentro do HSVP a dor é considerada como um sinal vital e desta forma, o paciente é ativamente questionado e identificado quanto à presença de dor. O paciente tem o direito a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada.

Este documento descreve as ações da equipe assistencial a serem realizadas com os seguintes objetivos:

- Assegurar que **TODOS** os pacientes do HSVP sejam avaliados de maneira ATIVA para a ocorrência de dor;
- Identificar os pacientes que tenham dor através de uma avaliação sistematizada;
- Padronizar as escalas de avaliação de dor que são utilizadas no HSVP;
- Orientar toda a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos) sobre a importância do gerenciamento de dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto a avaliação da dor;
- Orientar a equipe assistencial quanto à escolha e a aplicação das escalas de avaliação da dor padronizadas na instituição e acordo com as características de cada paciente;
- Orientar a equipe assistencial quanto à Reavaliação da dor após tratamento;
- Definir o papel dos profissionais que compõem a equipe assistencial no que diz respeito ao registro em prontuário da avaliação, tratamento, reavaliação da dor, identificação e controle dos efeitos adversos relacionados às medicações analgésicos e métodos de analgesia;
- Assegurar que a meta do tratamento da dor será a “melhora da dor” para dor aguda e a menor dor tolerada pelo paciente nos casos de dor crônica;



- Informar o paciente, família ou cuidador quanto à possibilidade de sentir dor durante ou após procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.

## 2 Considerações Gerais

O gerenciamento da dor aplica-se a pacientes internados, pacientes das unidades de pronto atendimento. A continuidade da avaliação, tratamento e monitorização da dor devem ser mantidos quando o paciente for transferido entre as unidades e circular entre as áreas da instituição.

A dor pode fazer parte da experiência do paciente durante a internação porém a dor sem alívio tem efeitos tanto físicos como psicológicos muito ruins. A dor quando não bem tratada pode evoluir para cronificação.

Todos os pacientes são informados sobre a possibilidade de sentir dor, quando ela é um efeito previsto de tratamentos, procedimentos ou exames e são informados sobre quais opções de controle da dor estão disponíveis. O empoderamento do paciente e familiares acerca do cuidado é favorecido no Hospital São Mateus pelo quadro de cuidados do paciente.

Para que o manejo da dor aconteça de forma sistematizada, segue abaixo dois conceitos importantes:

- **Dor aguda** - É a dor de início recente e de duração provavelmente limitada. Aquela resultante de lesão traumática, cirúrgica, inflamatória ou infecciosa, mesmo que de início abrupto tendo curta duração. Tem caráter fisiológico, função de defesa e geralmente responde a medicação. Mal controlada, traz sofrimento e diversos riscos para o paciente secundários a resposta endócrino-metabólica aumentada, dificuldade de mobilização, reabilitação, respiração e tosse adequadas.

- **Dor crônica** - É definida como qualquer dor com duração maior que 3 meses. É desprovida de qualquer valor biológico, podendo ser considerada uma doença por si só. Trata-se de condição bastante prevalente, atingindo em torno de 30% da população. Apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida, com isolamento social, distúrbios de humor, distúrbios do sono e perdas funcionais.

## 3 Etapas para o gerenciamento de dor

- 1) Identificação do paciente com dor;



- 2) Seleção e aplicação da Escala de avaliação de dor;
- 3) Definição de Dor aceitável;
- 4) Estabelecer o tratamento e/ou controle da dor;
- 5) Reavaliação da Dor;
- 6) Controle dos efeitos adversos (inclusive sedação);
- 7) Orientação do paciente/família sobre o gerenciamento da dor
- 8) Registro adequado;

### 3.1 Descrição

- 1) Identificação do paciente com dor:
  - Os pacientes serão questionados e avaliados quanto à presença de dor no momento da admissão em todas as unidades de atendimento do HSVP.
  - A identificação do paciente com dor pode ser feita por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto **o enfermeiro** é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento de dor sejam desencadeadas e que o paciente seja assistido de forma adequada;
  - Mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da admissão e durante a sua permanência no hospital, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento à presença de dor;
  - Durante a avaliação da dor deverá estar descrito a **intensidade da dor** através do escore de EVA definido conforme o emprego de uma das **escalas** padronizadas na instituição; Deverá ser descrito a **localização** da dor, a **lateralidade** se aplicável, a **sua característica**, a sua **frequência**.

Na admissão e evolução o enfermeiro classifica a intensidade da dor com o instrumento de avaliação da dor de acordo com a faixa etária do paciente, conforme tabela abaixo:



Escalas	Indicação
EVA	Adultos e crianças alfabetizadas.
FACE	Adultos e crianças acima de 3 anos.
NIPS	Neonatos e crianças até 2 anos.
COMFORT B	Pacientes pediátricos sedados.
FLACC	Pacientes menores de 3 anos com necessidades especiais.
RASS	Pacientes sedados acima de 14 anos.

Identifica a localização da dor; verifica a qualidade da dor, podendo ser em pontada, pulsátil/latejando, cortando, cólica, em pressão, queimação ou surda, avalia a frequência podendo ser contínua ou intermitente e por fim se a dor é aguda ou crônica.

Estas informações são registradas no prontuário do paciente no sistema usual, na admissão ou evolução do enfermeiro e no quadro de cuidados do paciente.

No Pronto Atendimento a avaliação da dor ocorre na classificação de risco, com avaliação da intensidade utilizando as escalas conforme quadro 1. Quando o paciente permanece em observação por mais de 6 horas, ela será avaliada pelo enfermeiro nos demais itens e registrado na admissão do enfermeiro. A reavaliação da dor é realizada pelo técnico de enfermagem quando o paciente é medicado.

No Centro Cirúrgico os pacientes são avaliados quanto à dor no momento da sua admissão no setor, a avaliação é registrada no check list de segurança cirúrgica. Após o término do procedimento o paciente é encaminhado ao RPA e a avaliação da dor é realizada com intervalos de 15 minutos, a pontuação e a conduta referente é registrada no prontuário.

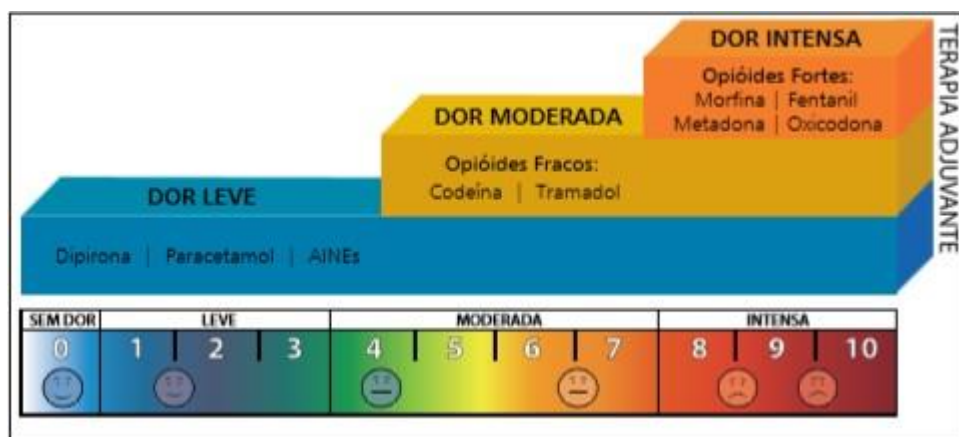
Nas Unidades de Terapia Intensiva UTI's a avaliação da dor é realizada na admissão e juntamente com sinais vitais e registrada no balanço hídrico do paciente e diante de um relato de dor é realizada a avaliação completa e registrada na evolução do técnico de enfermagem. Mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da avaliação, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto à presença de dor.

## 4 Tratamento da dor

- Tratamento farmacológico
- Tratamento não farmacológico

## 4.1 Farmacológico orientado por Intensidade

Caso o paciente esteja sentindo dor, ele deve ser medicado conforme prescrição médica que segue a escada da OMS abaixo:



O tratamento da dor, segundo a OMS, deve ser realizado conforme a sua intensidade e em intervalos pré definidos, respeitando a farmacocinética de cada droga.

- Por exemplo, um paciente com EVA = 8, deve receber opióide forte em horários fixos, no caso da morfina a cada 4h. Deve ter associado um analgésico simples (paracetamol ou dipirona) e um antiinflamatório (AINE), sempre que não houver contraindicações. Caso necessário deve ainda receber adjuvantes, como relaxantes musculares, antidepressivos e/ou anticonvulsivantes para o tratamento da dor neuropática. Nos casos de dor moderada é possível substituir os opióides fracos por baixas doses de opióides fortes.

- Em casos de dor aguda como controle da dor pós-operatória no centro cirúrgico e da dor relacionada a cólica renal no Pronto Atendimento a via endovenosa (EV) é preferível. Nas demais situações, sempre que não haja contraindicações, deve-se preferir a via oral (VO). Bloqueios anestésicos para o controle da dor podem ser usados em qualquer nível de dor em que o benefício supere os riscos. Quando bem indicados, se relacionam a analgesia de boa qualidade à possibilidade de reduzir ou retirar opióides minimizando seus efeitos adversos e favorecendo da reabilitação. As medicações mais frequentemente utilizadas no controle da dor e disponíveis no hospital estão listadas abaixo:



Medicamento	Apresentação	Doses / Observações
Dipirona	Ampola 2 ml (500 mg/ml) Comprimido 500mg Gotas 500 mg/ml Xarope 500 mg/ml	500mg a 1 g a cada 4 ou 6 hs  Criança: 10 a 30 mg/kg (1 gota/kg) (Dose de ataque, opcional: 50mg/kg) Dose máxima diária: 4 gramas
Cetoprofeno	Ampola 2ml /100 mg (IM) Frasco lionizado 100 mg (IV)	IV – Diluir em 100-150 ml de SF ou SGI e infundir lento (20 min). 100 mg a cada 8 ou 12 hs. Crianças acima de 15 anos
Diclofenaco Sódico (VoltarenR)	Comprimido 50 mg e XR 75mg  Ampola 75 mg (IM) em 3mL	75 mg IM profundo a cada 12 hs 50 mg VO ou VR a cada 8 hs
Tramadol	Gotas 100 mg/ml (1 ml = 40 gotas / 1gota = 2,5 mg) Cápsula 100 mg Ampola 100mg	50 a 100 mg a cada 6hs Dose máxima 400 mg/dia
Morfina	Ampola 2 mg/2ml (uso peridural ou ped.) Ampola 10 mg/ml (IV, IM, SC) Comprimido de 10mg e 30 mg	Doses iniciais para dor aguda 0,05 a 0,1 mg/kg/dose Titular dose até efeito analgésico adequado. Manter em intervalos de 3-4hs Dose máxima: A que alivie a dor ou que os efeitos adversos, apesar das medidas para controla-los, não permitam o aumento
Metadona	Comprimido 5 mg e 10mg Ampola 10mg/ 1ml	Lenta estabilização de níveis plasmáticos. Acréscimos nas doses devem ser feitos em intervalos de 5 dias. No paciente virgem de opioíde, iniciar com 5 mg (2,5 mg em idosos) a cada 12hs e resgate com 5 mg a cada 4 a 6 horas. Criança: Em doses maiores de 40 mg/dia, monitorizar segmento ST do ECG. Preferível a morfina em pacientes com Insuficiência Renal
Fentanil	Ampola 500mcg/10ml	Utilizar em infusão endovenosa continua por boma de infusão, realizando a infusão conforme dose equivalente a morfina.
Dexametasona	Comprimido 4 mg Elixir 0,1 mg/ml Ampola 10 mg (2,5 ml) Ampola 2 mg (1ml)	Anti emético (especialmente associado, por exemplo, a ondasetrona) Dor óssea Dor por compressão neurológica Obstrução intestinal maligna 25 a 30 X mais potente que a Hidrocortisona. Mínimo efeito mineralocorticoide 4 mg 3 a 4





		vezes ao dia. Se insônia, considerar dose única pela manhã. Criança: 0,15 mg/kg/dose
Amitriptilina	Comprimido 25 mg	Criança: dose inicial = 10 mg Dose máxima: 3 – 5 mg/kg/dia
Pregabalina	Comprimido 75mg	Iniciar com 75 mg de 12/12 horas, aumentando conforme resposta analgesiva até 300 mg de 12/12 horas

Existem alguns casos em que a dor torna-se de difícil controle. Nestes está indicada a avaliação do médico especialista em Dor, como nas situações abaixo:

- Sempre que houver dificuldade de controle da dor, nos casos de dor aguda não pós-operatória por 24 horas sem melhora com a analgesia prescrita ou dor crônica ou persistente intensa por 48 horas sem melhora com analgesia prescrita.
- Quando existe dificuldade de controle dos efeitos adversos associados à analgesia;
- Nos casos de suspeita de adicção a opióides;
- Nos casos em que necessitem avaliação e execução de bloqueios.

#### **4.2 Tratamentos não farmacológicos**

Os métodos não farmacológicos de controle da dor poderão ser uma alternativa terapêutica equilibrada, segura, bem tolerada e custo-efetiva e, em associação a fármacos, potenciar o efeito terapêutico global, reduzindo as doses farmacológicas e minimizando os efeitos colaterais e adversos. O controle não farmacológico da dor, também designado de medicina complementar ou alternativa, pode ser definido como um conjunto variado de sistemas, práticas e produtos médicos e de saúde que não são atualmente considerados parte integrante da medicina convencional. Esta definição não é consensual dado que, com o avanço do conhecimento científico, cada vez mais métodos são integrados na medicina convencional, como é o caso da medicina física e reabilitação. Existem alguns modelos de terapias não farmacológicas da dor: terapias psicológicas (ex. terapia cognitiva comportamental, meditação, biofeedback, grupo de apoio, musicoterapia, imaginação guiada), terapias físicas (ex. exercício, eletroterapia, balneoterapia, termoterapia), terapias psicofísicas (ex. acupuntura, massagem, tai-chi, ioga) e produtos e ervas naturais.



## 5 REAVALIAÇÃO

Depois de instituída a analgesia com medicamentos ou aplicação de ações não farmacológicas para o tratamento e controle da dor a equipe de enfermagem é responsável por reavaliar a dor do paciente quanto à melhora ou piora utilizando a mesma escala selecionada inicialmente;

Todo paciente com dor deverá ser medicado e reavaliado em até 60 minutos após administração da medicação, caso paciente esteja sem dor nesta primeira reavaliação as sequências serão feitas no horário padrão de dados vitais ou diante de nova demanda espontânea do paciente. Nos casos em que o paciente apresenta demanda espontânea antes do intervalo de reavaliação que é de 60min ou persiste com dor nesta primeira deverá ser administrada nova medicação conforme prescrição e comunicado ao médico assistente ou o médico do Time de Resposta Rápida. Em pacientes portadores de dores crônicas ou de difícil controle, a reavaliação deverá ocorrer a cada 60min até se atingir escores equivalentes à dor leve.

### Dor Aguda

<b>Dor</b>	<b>Classificação de</b>	<b>Reavaliação</b>
	Leve	Após 6 horas administração de medicação ou sob demanda, Junto aos sinais vitais
	Moderada	Após 2 horas de administração de medicação ou sob demanda.
	Intensa	Após medicação via oral reavaliar em 60 minutos ou sob demanda após medicação endovenosa reavaliar em 30 minutos.

### Dor Crônica

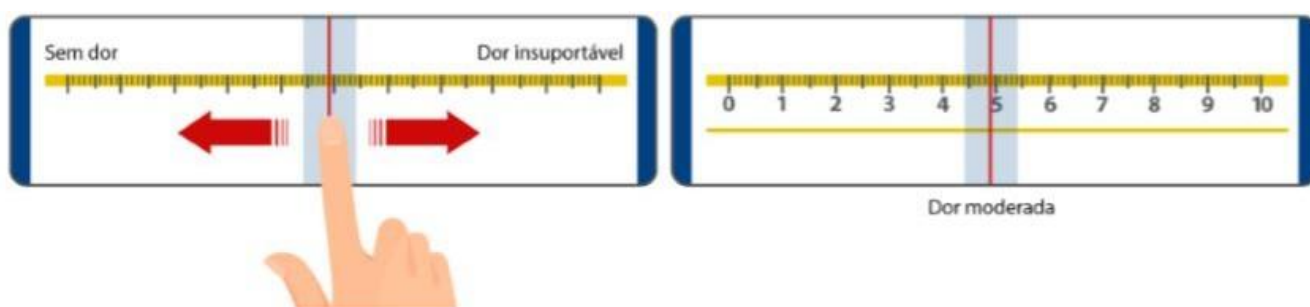
<b>Dor</b>	<b>Classificação de</b>	<b>Reavaliação</b>
	Leve	Após 6 horas administração de medicação ou sob demanda.
	Moderada	
	Intensa	

A Reavaliação é registrada no quadro de cuidados do paciente e na anotação do técnico de enfermagem.

## 6 Anexos

### ➤ Escala Visual Analógica (EVA)

Ela consiste de uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Numa delas é colocado o descritor “nenhuma dor” e na outra extremidade o descritor verbal “dor insuportável”. Uma régua é usada para quantificar a mensuração numa escala de 0 – 100 mm.



### ➤ Escala de Faces de Dor (FACE)

A escala de Faces de Dor para adultos e crianças apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é convertida na Escala Numérica. Pode-se ainda, colocar números e palavras abaixo das expressões faciais para simplificar o uso da escala. O processo de avaliar a intensidade da dor com esta escala é simples e eficiente.



### ➤ Escala NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

Indicada para neonatos e crianças até 2 anos. Analisa critérios fisiológicos e comportamentais. O escore pode variar de 0 a 7, sendo que quanto maior o escore (> ou = a 4), maior a dor sentida pela criança.



Indicador	0 ponto	1 ponto	2 ponto
1) Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2) Choro	Ausente	*Resmungos*	Vigoroso
3) Respiração	Relaxada	Diferente da basal	-
4) Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	-
5) Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	-
6) Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	-

➤ **COMFORT**

1. Nível de Consciência: alerta	Escore	Valor	5. Movimento físico	Escore	Valor
Sono profundo	1		Ausência de movimento	1	
Sono superficial	2		Movimento leve ocasional	2	
Letárgico	3		Movimento leve frequente	3	
Acordado e alerta	4		Movimento vigoroso limitado às extremidades	4	
Hiperalerta	5		Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5	
2. Cama / agitação	Escore	Valor	6. Tônus muscular	Escore	Valor
Calma	1		Totalmente relaxado	1	
Ansiedade leve	2		Hipotônico	2	
Ansioso	3		Normotômico	3	
Muito ansioso	4		Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4	
Amedrontado	5		Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5	
3. Resposta respiratória: somente se VM	Escore	Valor	7. Tensão facial	Escore	Valor
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1		Músculos faciais totalmente relaxados	1	
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação	2		Tônus facial normal, sem tensão evidente	2	



Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3		Tensão evidente em alguns músculos faciais	3	
Respiração ativas contra o ventilador ou tosse regular	4		Tensão evidente em toda a face	4	
Compete com o ventilador, tosse	5		Músculos faciais contorcidos	5	
<b>4. Choro: se paciente com respiração espontânea</b>	<b>Score</b>	<b>Valor</b>	<b>8. Total</b>		
Respiração silenciosa, sem som de choro	1		<b>Legenda Comfort Behavior:</b> - entre 6 e 10 = muito sedado - entre 11 e 22 = sedação moderada - entre 23 e 30 = pouco sedado		
Resmungando / choramingando	2				
Reclamando	3				
Choro	4				
Gritando	5				

➤ **Escala de Avaliação da Dor – FLACC** (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

Utilizada para pacientes pediátricos de 0 a 6 anos e crianças maiores, com déficit cognitivo e de comunicação.

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

Legenda: 0 - sem dor 1 - 3 dor leve 4 - 6 dor moderada 7 - 9 dor intensa 10 - dor insuportável

### ➤ Escala de Sedação Agitação (RASS)

Pacientes adultos (sem Limitações Cognitivas Graves) que recebem tratamento da dor com opióides e utilizam outros medicamentos que atuam no SNC, devem ser avaliados quanto à agitação e sedação, caso sejam considerados de risco para alteração da consciência.

Os seguintes fatores aumentam este risco (alteração da consciência):

- idosos acima de 75 anos;
- doses altas e/ou crescentes de opióides;
- delirium (suspeita ou diagnóstico confirmado)

### "Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

**Pontuação:** pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Elaborado:	Revisado:	Autorizado:
Dr. Claudio Emanuel- Diretor Médico	Flavia de Lourdes dos Prazeres-Acessora da Divisão Assistencial Enf. Julianna Carla Marçal- Coordenadora de Enfermagem	Sônia da Silva Delgado- Diretora Assistencial



## Referência

1. Melzack R, Casey L. Motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In: Kenshalo DL, eds. The Skin Senses. CC Thomas: Springfield, Illinois, 1968; p.423.
2. Bonica JB, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CH, Turk DC, eds. Bonica's Management of Pain. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001;3-16.  
Medicina Perioperatória 1090
3. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? Pain 1997; 72: 95-7.
4. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2002;46:1265-71.
5. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's Guides to the Medical Literature. I. How to get started. JAMA ;1993;270:2093:5.
6. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
7. Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth A, et al. Emotional reactions to surgery. J Consult Clin Psychol 1973;40:33-38.
8. Badner NH, Nielsen WR, Munk S, et al.. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. Can J Anaesthesia 1990;37: 444-7.