**HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO**

# PROTOCOLO DE GERENCIAMENTO

# DA DOR

**João Pessoa, 2022**

**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

COODENADORA 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.

# 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 evolui 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.

# 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;
   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 professional 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**

EVA FACE NIPS

COMFORT B FLACC

RASS

**Indicação**

Adultos e crianças alfabetizadas. Adultos e crianças acima de 3 anos. Neonatos e crianças até 2 anos.

Pacientes pediátricos sedados.

Pacientes menores de 3 anos com necessidades especiais. 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 continua 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.

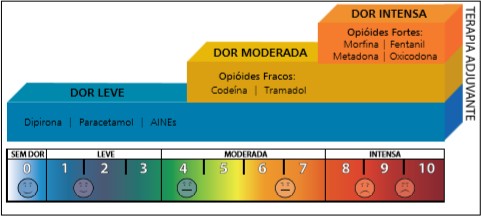
No Centro Cirúrgico os pacientes são avaliados quanto à dor no momento da sua admissão no setor, a avaliação é registrada no check list de segurança cirúrgica. Após o término do procedimento o paciente é encaminhado ao RPA e a avaliação da dor é realizada com intervalos de 15 minutos, a pontuação e a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

# Tratamento da dor

* + Tratamento farmacológico
  + Tratamento não farmacológico
  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 ondasentrona) 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.
  1. ***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.

# 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 60mim até se atingir escores equivalentes à dor leve.

## Dor Aguda

**Classificação de**

**Dor**

**Reavaliação**

Leve

Moderada

Após 6 horas administração de medicação ou sob demanda,

Junto aos sinais vitais

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**

**Classificação de**

**Dor**

**Reavaliação**

Leve

Moderada

Intensa

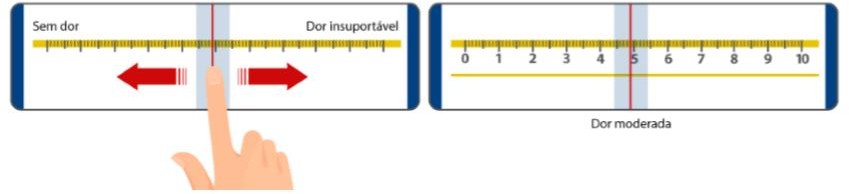
Após 6 horas administração de medicação ou sob demanda.

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

# 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 Scala

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

**Indicador**

1. Expressão facial
2. Choro
3. Respiração
4. Braços
5. Pernas
6. Estado de Alerta

**0 ponto**

Relaxada Ausente Relaxada Relaxados Relaxadas

Dormindo ou acordado calmo

**1 ponto**

Contraída

\*Resmungos\* Diferente da basal Fletidos ou estendidos Fletidos ou estendidos Desconfortável

**2 ponto**

Vigoroso

-

-

-

-

## COMFORT

1. **Nível de Consciência: alerta**

Sono profundo Sono superficial Letárgico

Acordado e alerta

Hiperalerta

1. **Cama / agitação**

Calma Ansiedade leve Ansioso

Muito ansioso

Amedrontado

1. **Resposta respiratória: somente se VM**

Ausência de tosse e de respiração espontânea

Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação

**Escore**

1

2

3

4

5

**Escore**

1

2

3

4

5

**Escore**

1

2

**Valor**

**Valor**

**Valor**

1. **Movimento físico** Ausência de movimento Movimento leve ocasional Movimento leve frequente

Movimento vigoroso limitado às extremidades

Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça

1. **Tônus muscular** Totalmente relaxado Hipotônico Normotômico

Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos

Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos

1. **Tensão facial**

Músculos faciais totalmente relaxados

Tônus facial normal, sem tensão evidente

**Escore**

1

2

3

4

5

**Escore**

1

2

3

4

5

**Escore**

1

2

**Valor**

**Valor**

**Valor**

Tosse ou resistência ocasional

ao ventilador

Respiração ativas contra o ventilador ou tosse regular

Compete com o ventilador, tosse

**4. Choro: se paciente com respiração espontânea**

Respiração silenciosa, sem som de choro

Resmungando / choramingando

Reclamando Choro

Gritando

3

4

Tensão evidente em alguns

músculos faciais

Tensão evidente em toda a face

3

4

5

Músculos faciais contorcidos

5

**Escore**

**Valor**

**8. Total**

1

Legenda Comfort Behavior:

2

3

4

5

* entre 6 e 10 = muito sedado
* entre 11 e 22 = sedação moderada
* entre 23 e 30 = pouco sedado
  + **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**

Caretas ou

**2**

Tremor frequente

**Pontuação**

Face

Pernas

Atividade

Choro

Consolabilidade

Nenhuma expressão especial ou sorriso

Normais ou relaxadas

Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente

Sem choro (acordada ou dormindo)

Satisfeita, relaxada

sobrancelhas franzidas

de vez em quando, introversão, desinteresse Inquietas, agitadas, tensas Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa

Gemidos ou choramingos; queixa ocoasional

Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída

do queixo, mandíbulas cerradas

Chutando ou esticadas

Curvada, rígida ou com movimentos bruscos

Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência

Dificil de consolar ou confortar

Total

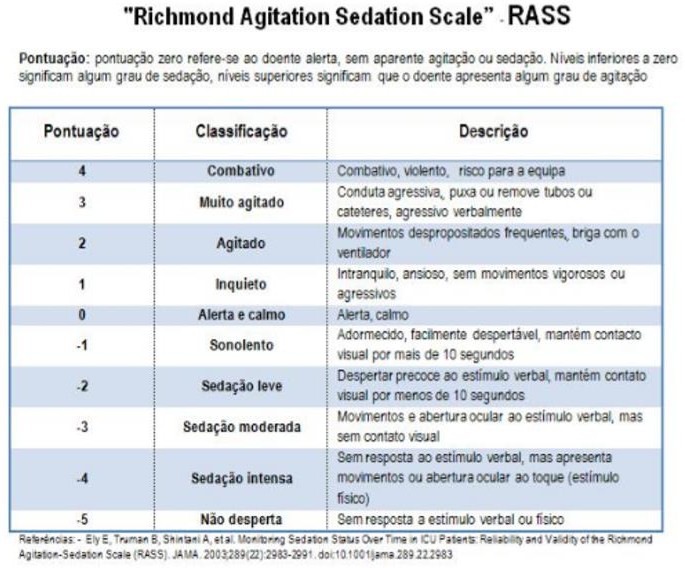
Legenda: 0 - sem dor 1 - 3 dor leve 4 - 6 dor moderada 7 - 9 dor intensa 10 - dor insuportável

## Escala de Sedação Agitação (RASS)

Pacientes adultos (sem Limitações Congnitivas 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)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaborado: | Revisado: | Autorizado: |
| Dr. Claudio Emanuel- Diretor Médico | Flavia de Lourdes dos Prazeres-Acessora da Divisão Assistencial  Enf. Giulianna 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, llinois, 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 Managment 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 tha Medical Literature. I. How to get started. JAMA ;1993;270:2093:5.
6. Sacket 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.