

PROTOCOLO ASSISTENCIAL



Protocolo de Controle da Dor*

Pain Control Protocol

Anita Perpetua Carvalho Rocha^{1*}, Andrea Karoline², Catharina Borges de Oliveira¹,
Layse Viviane Ramos Passos³, Maria Rafaela Alves de Oliveira⁴, Ricardo Madureira²,
Soraia Tatiane Almeida Accioly², Durval Campos Kraychete⁵

¹Serviço de Anestesiologia, ²Serviço Assistencial, ³Serviço de Enfermagem, ⁴Serviço de Farmácia, ⁵Serviço de Algologia; Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

1. OBJETIVO

- 1.1. Identificar as síndromes dolorosas agudas e crônicas em pacientes admitidos no Hospital;
- 1.2. Valorizar a dor como quinto sinal vital e promover controle adequado da dor aguda e crônica visando qualidade e segurança do paciente;
- 1.3. Melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes;
- 1.4. Promover o bem-estar físico e emocional com suporte de equipe multidisciplinar;
- 1.5. No tocante a dor aguda pós-operatória pretende-se:
 - ✓ Promover controle adequado da dor no período perioperatório, visando qualidade e segurança do paciente.
 - ✓ Acelerar a recuperação dos pacientes.
 - ✓ Reduzir as complicações decorrentes da dor maltratada.
 - ✓ Racionalizar os recursos e reduzir custos.

Correspondence addresses:

Dra. Anita P. C. Rocha
anitaperpetua@gmail.com

Received: June 16, 2024

Revised: July 28, 2024

Accepted: August 28, 2024

Published: September 30, 2024

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2024 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

2. SIGLAS

HSI – Hospital Isabel Izabel;

TRR – Time de resposta rápida;

CRPA – Centro de recuperação pós-anestésica;

VCT – Valor calórico total;

PCA – Patient Controlled Analgesia;

EVN – Escala Visual Numérica – Escala onde valores de 1 a 10 retratam a intensidade da dor;

Escala de Faces – Escala usada para quantificar a dor através da expressão facial;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

AINE – Antiinflamatórios não esteroides;

PANAID – “Pain Assessment in Advanced Dementia”;

Denominação: PRC.INST. – 0033/04.2024

Nível de Confidencialidade: Público Interno

PD – Peridural;

BSP – “*Behavioral Pain Scale*”;

UTI – Unidade de terapia intensiva.

3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico da dor é essencialmente clínico e adequadamente avaliado por ferramentas validadas como as apresentadas (conforme Anexo 01). Necessário atentar para o nível de escolaridade e consciência do paciente durante a avaliação, assim como uma abordagem humanizada e holística.
- A avaliação do gerenciamento da dor deve ser realizada pela equipe multiprofissional durante as visitas ao leito ou sob demanda, estabelecendo o diagnóstico sindrômico baseado na duração da dor, em aguda ou crônica e baseado no mecanismo de ação em nociceptiva, neuropática e nociplástica. No entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial e é sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido. Na admissão e evolução o enfermeiro classifica a intensidade da dor com o instrumento de avaliação de acordo com a faixa etária do paciente. A avaliação deve ocorrer de maneira independente da dor ter sido motivo da internação.
- Como dito anteriormente, a Instituição adotará a escala de EVN como escala padrão para avaliação da dor. A enfermeira, além de mensurar a dor, identificará a localização, os descritores da qualidade da dor (pontada, pulsátil/latejando, cortando, cólica, em pressão, queimação ou surda), a frequência (contínua ou intermitente) a irradiação, fatores associados ao sintoma e por fim se a dor é aguda ou crônica. Estas informações são registradas no prontuário do paciente na admissão ou evolução do enfermeiro. Após a implementação do protocolo de enfermagem, será acionado o TRR ou o médico assistente, de acordo com a situação clínica do paciente.
- No pronto socorro, a avaliação da dor ocorre na classificação de risco, com avaliação da intensidade utilizando a escala numérica. A reavaliação da dor deve ser sempre realizada pelo técnico de enfermagem após o paciente ser medicado. Quando o paciente permanece em observação por mais de 6 horas, a dor será avaliada pelo enfermeiro e registrado.
- No centro cirúrgico os pacientes são avaliados quanto a dor no momento da sua admissão no setor e registrada na checagem de cirurgia segura. Após o término do procedimento o paciente é encaminhado ao CRPA e a avaliação da dor é realizada com intervalos de 15 minutos, a pontuação e a conduta para tratamento adequado registradas em prontuário.
- Na UTI a avaliação da dor também deverá utilizar a EVN para os pacientes lúcidos, orientados e em ventilação espontânea. A escala comportamental de Dor (“*Behavioral Pain Scale*”) deve ser aplicada para pacientes adultos sedados e sob ventilação mecânica (conforme Anexo 02) durante a verificação dos sinais vitais e registrada, caso haja sinais de dor, esta deverá ser tratada.
- Mesmo que a dor não faça parte do relato do paciente no momento da avaliação, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento quanto a presença de dor. Pacientes com déficit cognitivo deverão ser avaliados pela escala de faces ou escala específica “*PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia*” (conforme Anexo 03) com treinamento prévio pela equipe de enfermagem. A escala analógica visual, poderá ser utilizada para fins de pesquisa clínica.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Dor aguda ou crônica que ingressem no HSI pela emergência e que necessitem de atendimento especializado
- Dor crônica moderada a intensa, quando solicitada interconsulta pelo médico assistente
- Dor aguda de pós-operatório em pacientes internados
- Dor aguda de qualquer etiologia quando solicitado pelo médico assistente
- Fundamenta a avaliação da Equipe da Clínica da Dor:
 - ✓ Sempre que houver dificuldade de controle da dor, nos casos de dor aguda pós-operatória ou crônica agudizada
 - ✓ Quando existe dificuldade de controle dos efeitos adversos associados a analgesia
 - ✓ Nos casos de suspeita de adição a opioides
 - ✓ Nos casos em que necessitem avaliação e execução de bloqueios

4.1. Definições e terminologias

4.1.1. Dor:

- Experiência sensorial e emocional desagradável associada a ou semelhante àquela associada a dano real ou potencial ao tecido

4.1.2. Dor aguda:

- Dor com menos de 3 meses de duração, associado a dano tissular aparente e repercussão sistêmicas mensuráveis. 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 respiração e mobilização no leito.

4.1.3. Dor crônica:

- Dor que cursa além do tempo habitual de cura da lesão ou por mais de 3 meses. Trata-se de condição com prevalência em torno de 40% da população de Salvador com impacto negativo na qualidade de vida, estando associado a isolamento social, distúrbios de humor, distúrbios do sono e perdas funcionais

4.1.4. Dor neuropática:

- Dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo.

4.1.5. Dor nociceptiva:

- Dor que surge de dano real ou ameaçador ao tecido não neural e é devido à ativação de nociceptores.

4.1.6. Estímulo nociceptivo:

- Um evento real ou potencial prejudicial ao tecido, traduzido e codificado por nociceptores.

4.1.7. Dor nociplástica:

- Dor que surge de nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de dano tissular real ou ameaçador causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensitivo causando dor.

4.1.8. Sensibilização central:

- Aumento da responsividade dos neurônios nociceptivos no sistema nervoso central à sua entrada aferente normal ou subliminar.

4.1.9. Sensibilidade periférica:

- Aumento da responsividade e redução do limiar de neurônios nociceptivos na periferia à estimulação de seus campos receptores.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes em cuidados paliativos devem seguir protocolo específico para controle de dor.

6. CASOS ESPECIAIS

- Idosos, pacientes oncológicos, pacientes com diagnóstico prévio de dor crônica, pacientes submetidos a cirurgias de médio e grande porte (cirurgias cardiovasculares, torácicas, amputações, próteses ortopédicas com substituição óssea, abordagem em coluna cervical, abdominais via laparotomia etc.)

7. TRATAMENTO

- A analgesia deve ter como objetivo eliminar a dor ou transformá-la em dor leve (dor 0 a 3). A informação do paciente sobre a dor é um ponto fundamental de sucesso para a analgesia. No monitoramento e tratamento da dor deverão ser considerados as crenças e valores do paciente e seus familiares, grau de alfabetização, nível educacional, linguagem, barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas e a vontade do paciente em receber informações, respeitando-os e encorajando-os diante dos cuidados prestados.
- A Intensidade da dor deve orientar o tratamento. Caso o paciente esteja sentindo dor, deve ser medicado conforme prescrição médica que segue a escada da OMS abaixo:

✓ **Dor leve (0 a 3):** Dipirona, Paracetamol e AINEs

✓ **Dor moderada (4 a 7):** Opioides Fracos: Codeína, Tramadol, Oxycodona (até dose de 20mg/dia), Morfina (até dose de 30mg/dia) e Buprenorfina (Até dose de 05mg por adesivo transdérmico)

✓ **Dor Intensa (8 a 10):** Opioides Fortes: Metadona, Oxycodona, Morfina, Fentanil, Sufentanil e Buprenorfina.

OBS: A via de administração preferencial de analgésicos será a oral, ao menos que o paciente não possa deglutir ou esteja em jejum. A via transdérmica (buprenorfina ou fentanil) somente será utilizada em pacientes crônicos.

Para dor neuropática, mista e nociplástica serão utilizadas medicações de primeira linha como anticonvulsivantes e antidepressivos de acordo com o paciente e doenças associadas. Medicações adjuvantes como corticosteroides, anestésico locais, alfa 2 agonistas, cetamina, por qualquer via, assim como neurolépticos e benzodiazepínicos deverão ser utilizados em situações especiais e dor de difícil controle.

- Havendo refratariedade a abordagem sistêmica, instituir o tratamento intervencionista conforme o quadro clínico apresentado pelo paciente.

7.1. Procedimento hospitalares para dor crônica

- Bloqueio anestésico com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Neurólise química ou por radiofrequência;
- Rizotomia através de cirurgia convencional ou por radiofrequência para controle de dor e da espasticidade;
- Implante de cateter peridural ou intratecal para injeção de fármacos para fins diagnóstico e terapêutico;
- Bomba de infusão de fármacos para controle de dor e da espasticidade;
- Denervação de facetas via percutânea para tratamento de cervicálgia e lombálgia – radiofrequência;
- Nucleoplastia via percutânea para tratamento de cervicálgia e lombálgia;
- Implante de eletrodo para estimulação elétrica medular ou de nervo periférico para controle da dor;
- Cordotomia através de cirurgia convencional ou por via percutânea para controle de dor oncológica;
- DREZ para controle de dor e de espasticidade;
- Microcompressão do Gânglio de Gasser para controle da dor da neuralgia do trigêmeo.

7.2. Fármacos analgésicos e opioides

7.2.1. Analgésicos comuns

- Dipirona – Ampola 2 ou 5 mililitros (500 miligramas por mililitro), comprimido 500 miligramas, Gotas 500 miligramas por mililitro, Xarope 500 miligramas por mililitro Supositório 300 miligramas 500 miligramas a 1 grama a cada 4 ou 6 horas. Não ultrapassar 6 gramas por dia
- Paracetamol – 500 ou 750 miligramas, comprimido a cada 6 ou 8 horas, bolsa para infusão pronta 10 miligramas por mililitro 100 mililitros. Não ultrapassar 3 gramas por dia

7.2.2. Anti-inflamatórios (AINES)

- Avaliar estratificação de risco para sangramento gastrointestinal, cardiovascular e renal. Pacientes de risco de sangramento gastrointestinal incluem os acima de 60 anos, os com história anterior de doença (úlceras gastrointestinais), os portadores de *H. Pylori* e os que utilizam corticosteroides. Os pacientes de risco cardiovascular incluem os revascularizados recentes, inclusive os que colocaram stent, os que sofreram de infarto agudo do miocárdio com menos de 6 meses e os portadores de hipertensão arterial grave.
- Qualquer anti-inflamatório deverá ser usado diluído e lento, respeitando o padrão farmacocinético do agente para a escolha do intervalo entre doses. Não existe diferença na eficácia clínica entre os diversos agentes existentes no mercado, portanto qualquer fármaco poderá ser utilizado no tratamento da dor. Ex: Cetoprofeno (Profenid®) Ampola 2 mililitros por 100 miligramas (intramuscular) Frasco liofilizado 100 miligramas (intravenoso)– Diluir em 100 mililitros de soro fisiológico a 0,9% e infundir lento (30 minutos) 100 mg a cada 8 ou 12 horas evitar uso de drogas intramusculares.
- Qualquer inibidor da enzima COX 1 deverá ser associado a inibidor de bomba de prótons. Os Inibidores seletivos da COX2 (“COXIBES”) não necessitam da prescrição de inibidores de bomba de prótons, salvo em pacientes de risco de sangramento gastrointestinal. Deve-se evitar ou contraindicar AINES não seletivos e ICOX2 em pacientes de risco gastrointestinal, cardiovascular e renal. Observar que determinados agentes estão associados a maior ocorrência de efeito adverso e deverão ser evitados.

7.2.3. Opioides

- Classe de droga de eleição para o tratamento da dor moderada (opioides fracos ou baixa dose de opioides fortes) e, sobretudo, da dor intensa (opioides fortes). Seus efeitos adversos (constipação, prurido, náuseas e vômitos, retenção urinária, sedação e depressão respiratória (monitorizar com escala de sedação de RASS) devem ser monitorizados e prontamente tratados.

7.2.3.1. Tramadol

➤ Gotas 100 miligramas por mililitro (1 mililitro = 40 gotas; 1gota = 2,5 miligramas) 50 a 100 miligramas a cada 6 horas. Dose máxima 400 miligramas por dia Cápsula 50, 100 miligramas Ampola 50 miligramas por mililitro. Para apresentação de liberação programada o intervalo entre doses é de 12 horas.

7.2.3.2. Codeína ou Codeína + Paracetamol

➤ Comprimido 30 + 500 miligramas Comprimido 7,5 + 500 miligramas. Apresentação isolada com comprimidos 30 e 60 miligramas e gotas 3 miligramas por mililitro. Dose máxima de codeína por dia é de 360 miligramas. Nessa associação a dose é limitada pelo paracetamol de 3 a 4 gramas por dia. O intervalo entre doses é 4 ou 6 horas.

7.2.3.3. Morfina

➤ Ampola 0,2 miligramas por mililitro (uso subaracnoideo) Ampola 2 miligramas por 2mililitros (uso peridural ou ped.) Ampola 10 miligramas por mililitro (intravenoso, subcutâneo). A apresentação oral é de comprimidos de liberação imediata de 10 e de 30 miligramas e de liberação cronogramada de 30 e 60 miligramas. Doses iniciais para dor aguda 0,05 a 0,1 miligramas por quilograma por dose Titular dose até efeito analgésico adequado. Manter em intervalos de 4 horas Dose máxima: A que alivie a dor ou que os efeitos adversos, apesar das medidas para controlá-los, não permitam o aumento. Pode ser utilizado em bomba de analgesia controlada pelo paciente. Não existe dose limite para opioides fortes, o que limita o uso é o efeito adverso. A apresentação para uso oral de liberação imediata deve ser feita a cada 4 horas e a de liberação cronogramada o intervalo entre doses é de 12 horas.

7.2.3.4. Oxycodona

➤ Opioide 1,5 vezes mais potente que a morfina. A apresentação é de liberação cronogramada. Os comprimidos são de 10mg e devem ser administrados a cada 12 horas. Os associados a naloxona são de 10+5; 20+10 e 40+20 miligramas. Nessa apresentação a dose não deve ultrapassar 80+40 miligramas por dia.

7.2.3.5. Metadona

➤ Comprimido 5, 10 miligramas; ampola 10 miligramas por mililitro (subcutâneo, intramuscular e intravenoso). Lenta estabilização de níveis plasmáticos. No paciente virgem de opioide, iniciar com 2,5 a 5 miligramas a cada 12 horas. Ajustar a dose de acordo com a necessidade do paciente, O fármaco apresenta um padrão farmacocinético variado podendo ser utilizado em intervalos de 6, 8, 12 ou 24 horas. ECG é mandatório, estando contraindicado em pacientes que apresentem intervalo QT maior que 500 milissegundos pelo risco de taquicardia ventricular.

7.2.3.6. Fentanil

➤ Agente opioide lipossolúvel 100 vezes mais potente que a morfina e com apresentação por via venosa em ampolas de 50 microgramas por mililitro e pode ser usado por via venosa ou espinhal. Por via

venosa está recomendado em dor aguda e crônica em infusão contínua e preferencialmente em bombas de analgesia controlada pelo paciente. Na apresentação transdérmica (12,5; 25, 50 75 e 100 miligramas) deve ser usado somente em dor crônica e colocado na região torácica anterior ou posterior e trocado a intervalo de 72 horas. Está bem indicado em pacientes com insuficiência hepática e renal.

7.2.3.7. Sufentanil

- Agente opioide lipossolúvel 500 a 1000 vezes mais potente que a morfina e com apresentação por via venosa em ampolas de 5 microgramas por mililitro e 50 microgramas por mililitro e pode ser usado por via venosa ou espinal. Por via venosa está recomendado em dor aguda e crônica em infusão contínua e preferencialmente em bombas de analgesia controlada pelo paciente. Possui um perfil farmacocinético mais favorável que o fentanil para infusão contínua de média duração.

7.2.3.8. Buprenorfina

- Agente opioide lipossolúvel 100 vezes mais potente que a morfina e com apresentação por via transdérmica apenas. Apresenta concentrações para liberação de 5, 10, 20, 35 e 52,5 microgramas por hora que devem ser colocadas na região anterior ou posterior do tórax. As apresentações de 5, 10 e 20 microgramas por dia devem ser trocadas a cada 7 dias e as demais a cada 4 dias. O fármaco é bem tolerado em idosos com dor crônica e indicado em pacientes com insuficiência renal.

7.3. Analgesia controlada pelo paciente

- É uma técnica simples e de fácil aplicação para administração de analgésicos por diversas vias. Esse método vem sendo utilizado há muitos anos, principalmente para o tratamento da dor de intensidade moderada a intensa do pós-operatório, da anemia falciforme, de câncer ou às de difícil controle.

7.3.1. Critérios de elegibilidade para implantação PCA

7.3.1.1. Endovenosa

- Paciente portadores de dor moderada a intensa (EVN maior que 4), nos contextos descritos abaixo:
 - o Dor aguda pós-operatória
 - o Crises de dor vaso-oclusiva
 - o Trauma
 - o Pancreatite
 - o Queimaduras
 - o Câncer localizado ou metastático
 - o Síndrome do membro fantasma
 - o Síndrome de dor complexa regional
 - o Outros tipos de dor nociceptiva ou neuropática de difícil controle

7.3.1.2. Pressão Diastólica

- Paciente portadores de dor moderada a intensa (EVN maior que 4), nos contextos descritos abaixo:
 - o Dor aguda pós-operatória de cirurgias abdominais altas e torácicas
 - o Pacientes com dor decorrente das patologias abaixo, dor refratária a medicações sistêmicas

- ✓ Trauma
- ✓ Pancreatite
- ✓ Queimaduras
- ✓ Câncer localizado ou metastático
- ✓ Síndrome do membro fantasma
- ✓ Síndrome de dor complexa regional
- ✓ Outros tipos de dor nociceptiva ou neuropática de difícil controle

7.3.1.3. Nervo Periférico

- Paciente portadores de dor moderada a intensa (EVN maior que 4), nos contextos descritos abaixo:
 - o Dor aguda pós-operatória de cirurgias de membros superiores, cirurgias de membros superiores, abdominais e torácicas
 - o Pacientes com dor decorrente das patologias abaixo, dor refratária a medicações sistêmicas com área de dor localizada
 - ✓ Trauma
 - ✓ Pancreatite
 - ✓ Queimaduras
 - ✓ Câncer localizado ou metastático
 - ✓ Síndrome do membro fantasma
 - ✓ Síndrome de dor complexa regional
 - ✓ Outros tipos de dor nociceptiva ou neuropática de difícil controle

7.3.2. Orientações para Pacientes em Uso de PCA

- Deverão ser avaliados quanto a função cognitiva e o estado físico geral. Isso para excluir os extremos de idade e história anterior de dependência de drogas. A comunicação e a cooperação entre os diversos profissionais, nesse momento, são fundamentais para o bom andamento da técnica, principalmente se for utilizada a via peridural. A via peridural está indicada nas dores agudas e crônicas de difícil controle. Na visita clínica, deve-se explicar ao paciente como funciona a bomba de PCA, quantas vezes poderá acionar a dose de demanda, esclarecer sobre os riscos, benefícios e os efeitos colaterais da técnica, que o procedimento é seguro e não provocará dependência física. Também, deve-se salientar que os possíveis efeitos colaterais serão monitorados e tratados de forma adequada. Se a escuta clínica do sujeito revelar o medo da morte, de sequelas neurológicas por conta da anestesia, ou de dependência, se fará necessário a consulta com a psicologia.
- A bomba pode se adequar a múltiplas operações, é informatizada, munida de sistema de segurança e permite a administração dos analgésicos de três maneiras: em dose única fracionada (bólus), contínuo, dose fracionada + contínuo. Além dessas especificidades, o usuário pode escolher administrar uma dose inicial e deve-se fixar o período de intervalo entre dois bólus (entre 5 e 15 minutos). A dose máxima autorizada para o tratamento (tempo de 4 horas), é um recurso que pode ser utilizado, contudo, contraria a ideia de que a quantidade de analgésicos necessária para uma determinada

situação estaria de acordo com o perfil farmacocinético, farmacodinâmico, psíquico e social do sujeito.

- A PCA permite que a dose analgésica mínima necessária seja progressivamente titulada e quando obtida, pode ser determinado uma dose de base contínua ou de bólus intermitente, ajustada de acordo com o peso, a idade, a avaliação da dor e a situação clínica do paciente. Isso evita efeitos colaterais indesejáveis, quedas da concentração sanguínea da droga e a lacuna normalmente existente entre a solicitação do analgésico e o preparo e administração da droga pela enfermagem. O paciente devidamente orientado na visita anterior do grupo de dor aguda ou crônica, se sentirá seguro e independente, resultando em uma qualidade de analgesia melhor que os métodos convencionais (droga em doses elevadas, por via intramuscular e se necessário). De modo que, se bem indicado o PCA poderá contribuir para uma maior satisfação do paciente, na redução do tempo de permanência hospitalar e na morbidade (menor incidência de complicações pulmonares).

7.3.3. PCA (Via Peridural)

- A analgesia por via peridural está mais indicada em pós-operatório de cirurgias abdominais altas e torácicas. No entanto, poderá ser uma opção terapêutica na dor crônica de difícil controle com fármacos por via sistêmica. Isso porque promove uma maior qualidade de analgesia e do grau de satisfação do paciente. A seleção de doses e os agentes empregados por essa via são muitos distintos, não havendo um consenso de literatura. A via epidural torácica, diminui a incidência de hipotensão arterial e bloqueio motor, contudo, a relação custo-benefício não estão esclarecidas. A incidência de sedação e náusea é menor que a do PCA intravenoso, mas, não há diferenças em relação as complicações pulmonares ou ao tempo de permanência hospitalar.

7.4. Avaliação de sedação

- Avaliação do grau de sedação do paciente e orientação do risco de depressão respiratória deverá ser feito pela escala de RASS: Escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*):

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilado
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contato 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, 2003:2983-2991, doi:10.1001/jama.289.22.2983

- Conforme as boas práticas o ideal é que a escala RASS fique entre os valores de -2 a 0, que vão da sedação leve a alerta e calmo, o que significa que o nível de sedação da unidade é baixo e que a equipe assistencial deve estar mais alerta para os cuidados com estes pacientes

7.5. Condução do paciente no centro cirúrgico (conforme Fluxograma 01).

- Paciente é admitido na unidade onde será submetido ao procedimento anestésico.
- Checagem dos dados vitais pelos componentes da equipe (enfermagem e médica). Observação por parte do anesthesiologista da avaliação pré-anestésica e dos exames.
- Monitorização do paciente, acesso venoso e procedimento anestésico. A técnica anestésica a ser aplicada será de escolha do anesthesiologista. Vale ressaltar que a analgesia faz parte da anestesia. A escolha desta será realizada conforme os princípios da OMS para o tratamento da dor (conforme Anexo 01).
- Realização do procedimento cirúrgico ou diagnóstico com seguimento da equipe de anestesiologia e monitorização dos sinais diretos e indiretos de dor como taquicardia, hipertensão, plano inadequado e aumento da pressão endotraqueal.
- Após o término do procedimento o paciente será encaminhado para o CRPA onde será monitorado e avaliado pela equipe de médicos e enfermeiros quanto a presença de dor. Para tal foi instituído a dor como 5º sinal vital. A avaliação da dor será feita através da aplicação das escalas de dor (EVN ou Escala das Faces – Anexo 01) pela equipe médica e/ou enfermagem. Neste caso a enfermagem informa para a equipe médica, a qual irá instituir as medidas cabíveis seguindo a escada analgésica da OMS (Anexos 01 e 04).
 - ✓ **Dor leve** – Analgésico comum ou AINE (Adjuvantes, caso necessário)
 - ✓ **Dor moderada** – Analgésico comum ou AINE + opioide fraco (Adjuvantes, caso necessário). Considerar bloqueio analgésico.
 - ✓ **Dor forte** – Analgésico comum ou AINE + opioide forte (Adjuvantes, caso necessário). Considerar bloqueio analgésico.
- Com a alta do CRPA os pacientes submetidos a procedimentos de médio e grande porte serão acompanhados na enfermaria ou na UTI pela equipe de dor aguda (conforme Fluxograma 02). Considerar sempre o uso de bomba de PCA (conforme Fluxogramas 03, 04). A equipe de dor aguda é uma equipe multiprofissional composta por profissionais da área de medicina, enfermagem, serviço social, fisioterapia, psicologia, farmácia e nutrição.

8. MONITORIZAÇÃO

8.1. Reavaliação

- 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, plantonista ou TRR. 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.

8.2. Reavaliação quanto a intensidade da dor

8.2.1. Dor aguda ou crônica agudizada

- Dor Leve, moderada ou intensa - Reavaliar após de administração de medicação em até 15 minutos para analgésicos administrados por via venosa ou após 1 h para quando se utiliza analgésicos por via oral. Se a dor se mantiver maior que 4 pela escala analgésica numérica, administrar fármaco prescrito como dose resgate (opioide em dose preconizada de 10% da dose total de opioide diária). Por outro lado, caso a dor aumente de intensidade, investigar a causa e administrar analgésico conforme a orientação da OMS. Indica-se a rotação de opioide caso o paciente persista com dor ou efeitos adversos graves, independente do tratamento ou aumento da dose do agente.

8.2.2. Tratamento de efeitos adversos

- É mandatório o emprego de antieméticos, laxantes (do tipo irritativo, formadores de bolo, osmóticos, os que aumentem peristaltismo, emolientes), uso de sonda de alívio ou antagonistas opioides no tratamento de náusea, vômito, constipação, retenção urinária, prurido, sedação e depressão respiratória (conforme Anexo 5).

9. INDICADORES

9.1. Para os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos:

- Incidência de dor aguda no período intraoperatório até a alta do CRPA, calculada através da fórmula:
 - ✓ Número de pacientes que apresentaram dor aguda no período intraoperatório até a alta anestésica em CRPA/Número total de pacientes elegíveis no pós-operatório para manejo e controle da dor aguda
 - Entende-se como pacientes elegíveis aqueles admitidos para procedimento anestésico com ausência de dor crônica ou dor aguda de outra natureza.

10. RESPONSABILIDADES

10.1. Médico Anestesiologista

- Assegurar uma proposta de analgesia durante todo o tempo em que o paciente se mantiver sob a sua vigilância, seja no centro cirúrgico ou diagnóstico.

10.2. Enfermagem

- Aplicar a escala de dor e identificar pacientes em crises de dor;
- Garantir a administração dos medicamentos da prescrição médica no menor tempo possível realizar reavaliação conforme prazo definido ou sob demanda;
- Realizar planejamento da assistência de forma individualizada garantindo o controle da dor;
- Gerenciar riscos inerentes aos pacientes em uso de opioides/analgesia forte (Ex.: rebaixamento do nível de consciência, hipotensão, bradicardia);
- Garantir controle de sinais vitais. Atentar para planejamento da periodicidade de aferição destes sinais pacientes em uso de opioides fortes verificar sinais vitais no momento da reavaliação da dor;

- Recontatar médico plantonista do TRR para reavaliação do paciente quando necessário;
- Educar/Orientar paciente e familiares sobre o controle/manejo da dor.

10.3. Médico Assistente

- Assegurar uma proposta de analgesia mínima necessária;
- Reavaliar diariamente a proposta de analgesia conforme a demanda dos pacientes nas últimas 24 horas;
- Acionar Clínica da Dor, se necessário.

10.4. Médico Plantonista do TRR

- Assistência aos pacientes internados em situações de crise de dor atentar para reavaliação e controle da dor conforme os tempos definidos em protocolo;
- Observar a evolução e caso de dor persistente, contactar Clínica da Dor conforme escala de sobreaviso.

10.5. Médico Intensivista

- Revisar a prescrição da alta da UTI de forma a assegurar o escalonamento da analgesia eficaz.

10.6. Médico da Clínica da Dor

- Educar outros participantes da equipe acerca de questões do manejo da dor;
- Assistência aos pacientes internados, portadores de dor aguda ou crônica;
- Orientar gerais quanto ao tratamento implementado;
- Prescrever das soluções a serem administradas por via peridural.

10.7. Farmacêutico

- Dispensar os medicamentos ao manejo da dor e os insumos necessários à administração;
- Validar a prescrição médica nos critérios de dose, via de administração, posologia, duplicidade terapêutica, tempo de infusão (pediatria);
- Acompanhar as possíveis reações adversas aos medicamentos apresentadas;
- Orientar quanto ao uso correto de medicamentos na alta multidisciplinar;
- Fornecer os receituários necessários à compra dos opioides prescritos à terapia na alta.

10.8. Fisioterapeuta

- Comunicar à equipe médica e de enfermagem caso seja identificado paciente que apresente dor;
- Assistir o paciente através de intervenções não farmacológicas para controle da dor;
- Orientar o paciente e a família sobre o que será feito durante a sessão de fisioterapia, de forma clara e simples, explicando sobre a finalidade da técnica utilizada e as consequências da mesma;
- Avaliar e assistir aos pacientes internados acompanhados pelo serviço de dor, quando houver solicitação através da prescrição médica;
- Atuar junto a família do paciente, orientando-lhe quanto ao auxílio ao paciente nas suas atividades diárias.

10.9. Psicologia

- Avaliar o paciente, no intuito de identificar os fatores psicológicos subjacentes;
- Avaliar e acompanhamento dos familiares/cuidador;
- Estabelecimento da abordagem psicoterapêutica a ser adotada.

10.10. Assistente Social

- Avaliar do paciente, no intuito de identificar os fatores sociais subjacentes;
- Orientar dos pacientes, acompanhantes e de seus familiares quanto as questões sociais identificadas como pertinentes ao suporte familiar e assistência ambulatorial.

10.11. Nutricionista

- Avaliar o paciente;
- Comunicar à equipe médica e de enfermagem caso seja identificado paciente que apresente dor;
- Minimizar o desconforto do paciente, adequando a consistência da dieta de acordo com a aceitação e tolerância alimentar;
- Monitorar aceitação alimentar e introduzir suplementos nutricionais com ingestão menor que 60% do valor calórico total planejado;
- Intervenção nutricional baseada no controle de sintomas provocados pelas medicações utilizadas: obstipação – dieta laxativa; xerostomia – adequação da ingestão hídrica; disgeusia causada pelos opioides – adequar temperatura dos alimentos para frios ou em temperatura ambiente e náusea – aumentar fracionamento, reduzir condimentos e evitar líquidos nas principais refeições
- Atentar para risco de broncoaspiração de acordo com nível de consciência.

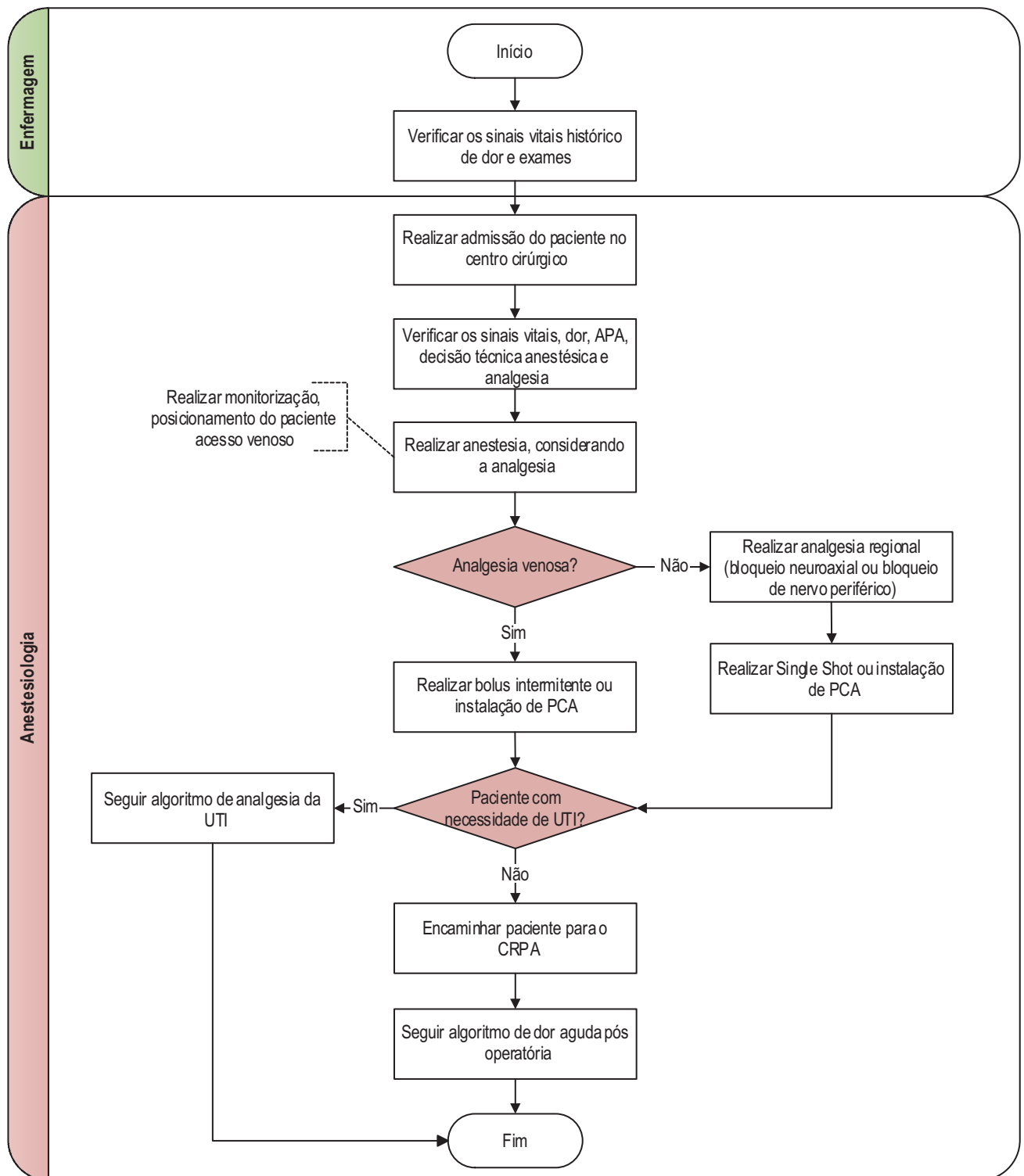
11. FLUXOGRAMAS

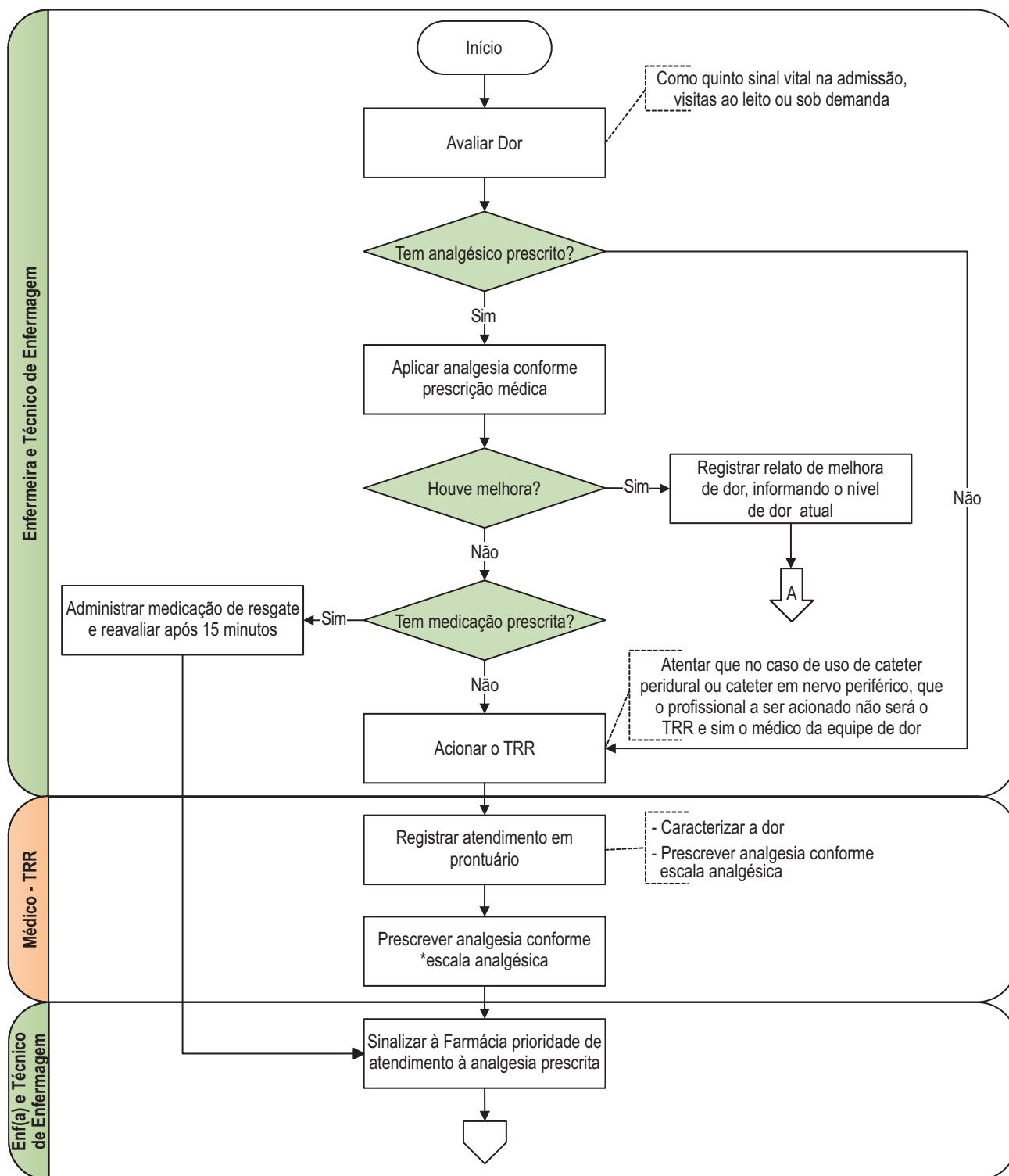
Fluxograma 01 – Dor no centro cirúrgico.

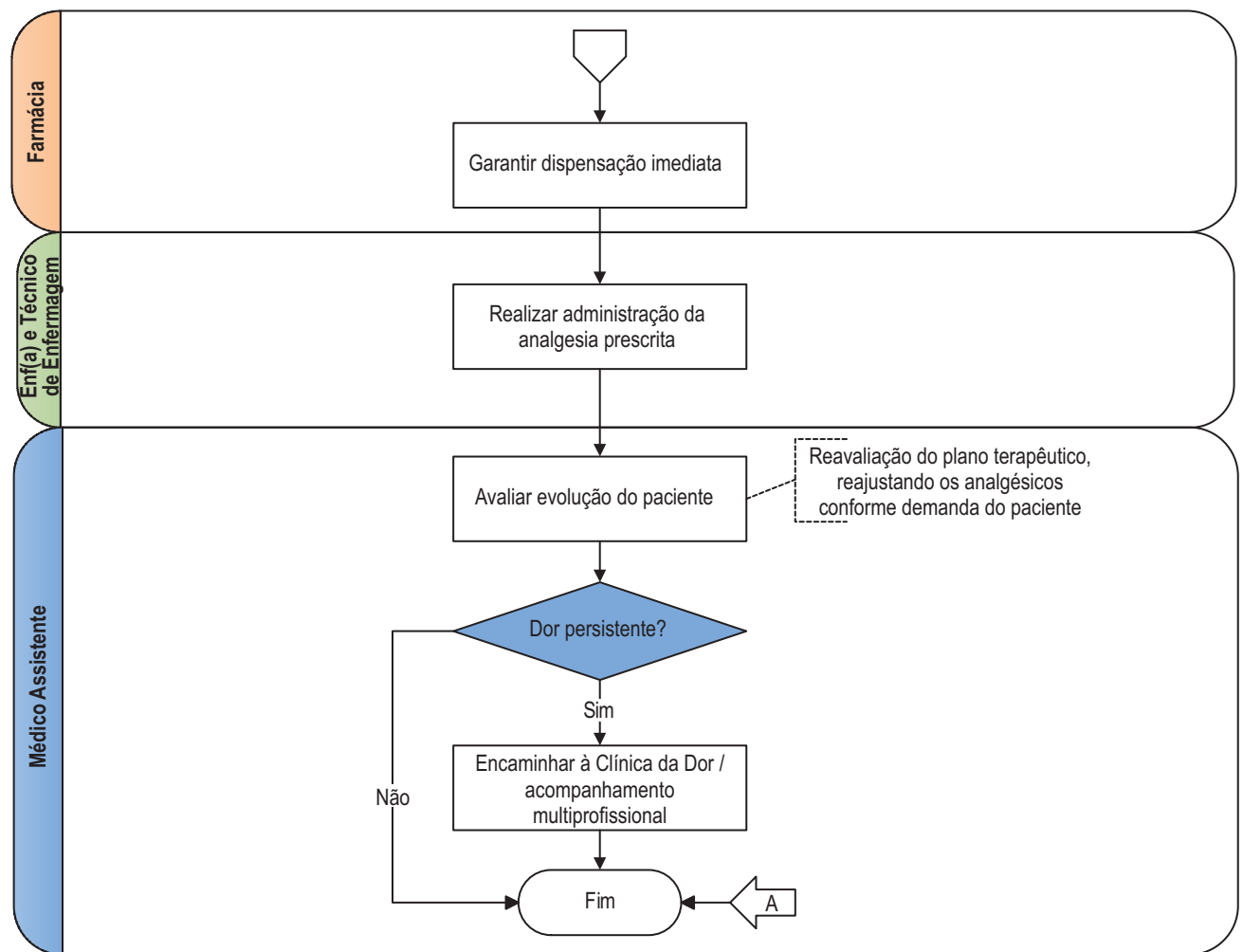
Fluxograma 02 – Dor em paciente na Unidade de Internação (Unidade aberta/enfermaria ou UTI)

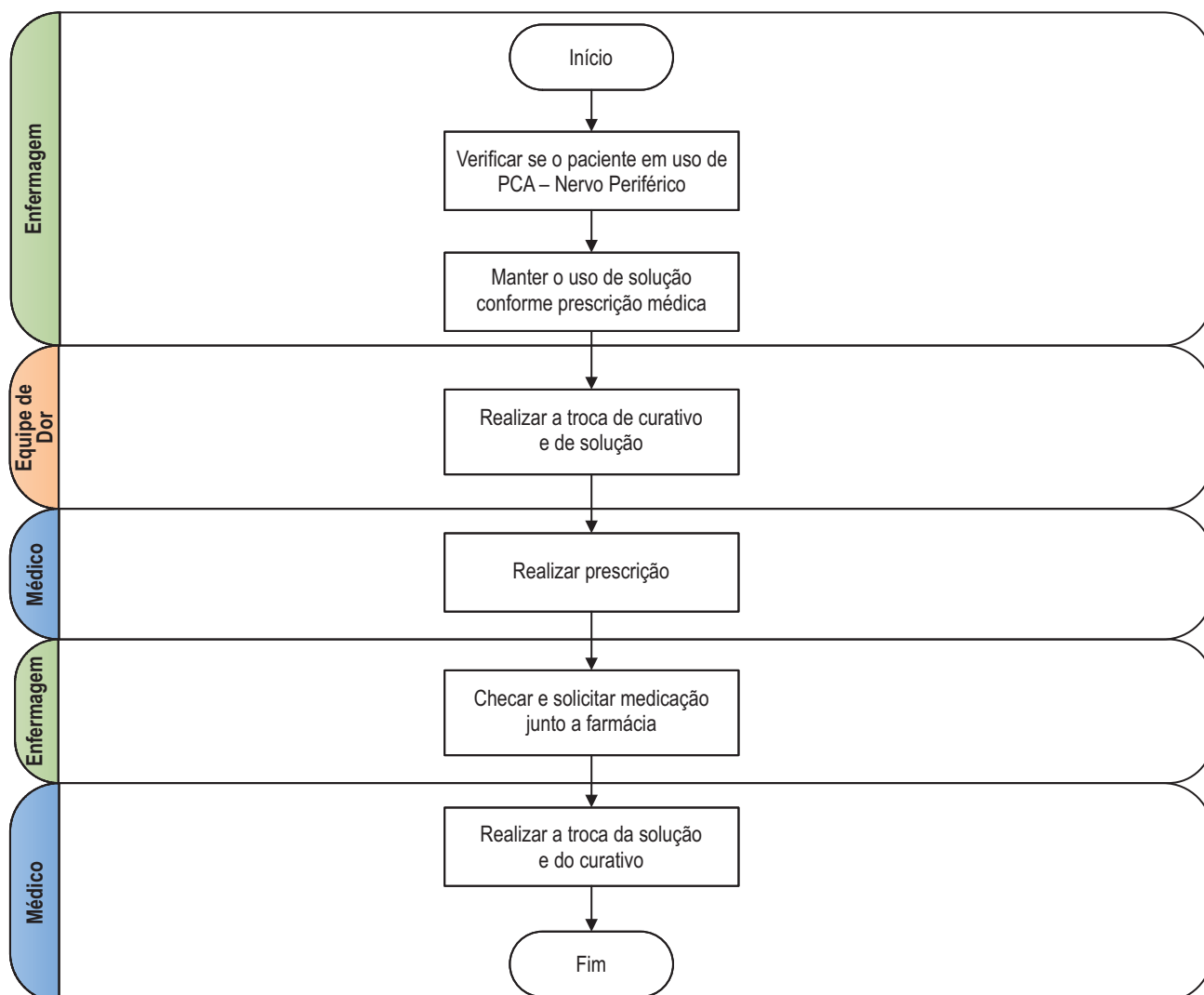
Fluxograma 03 – Fluxo do paciente em uso de PCA – Nervo Periférico e Peridural

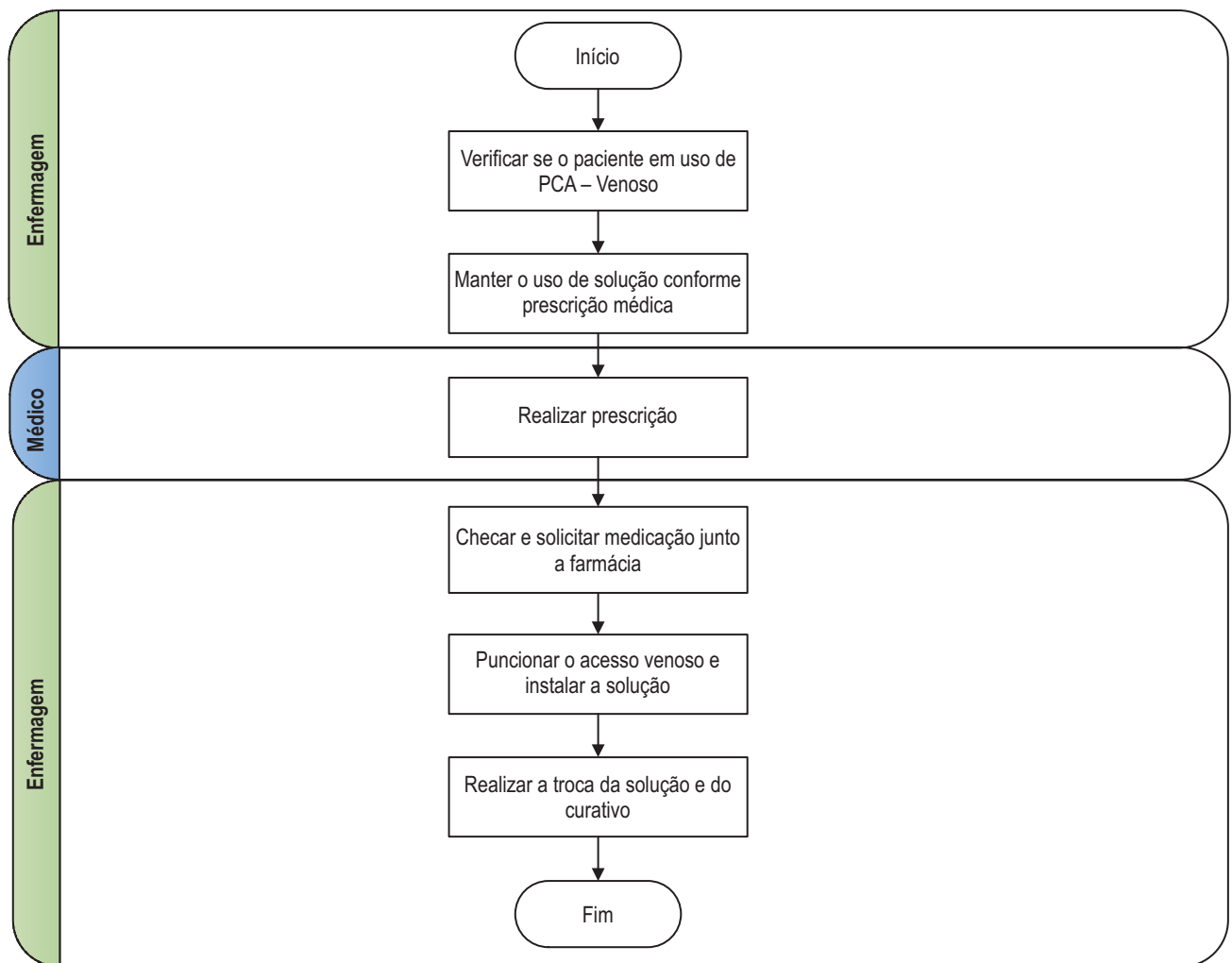
Fluxograma 04 – Fluxo do paciente em uso de PCA – endovenoso

Fluxograma 01. Dor no centro cirúrgico.

Fluxograma 02. Dor em paciente na Unidade de Internação (Unidade aberta/enfermaria ou UTI).



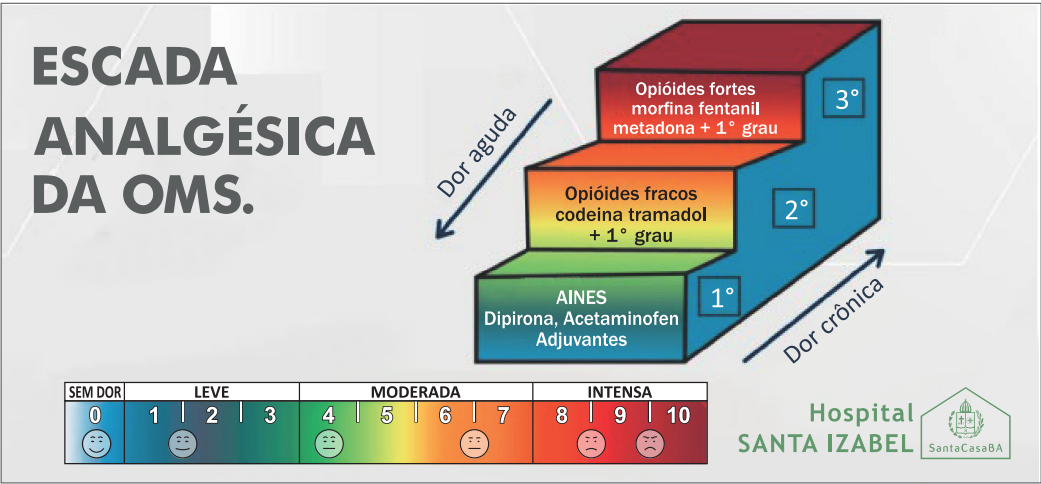
Fluxograma 03. Fluxo do paciente em uso de PCA – Nervo Periférico e Peridural.

Fluxograma 04. Fluxo do paciente em uso de PCA – endovenoso.

12. ANEXOS

- Anexo 01 – Escala Analgésica da OMS e escala de EVN
- Anexo 02 – A escala comportamental de Dor (*Behavioral Pain Scale*)
- Anexo 03 – “*PANAID - Pain Assessment in Advanced Dementia*”
- Anexo 04 – Algoritmo de tratamento da dor aguda PÓS-OPERATORIA
- Anexo 05 – Tabela com ações preventivas de efeitos colaterais

Anexo 01. Escala Analgésica da OMS e escala de EVN.

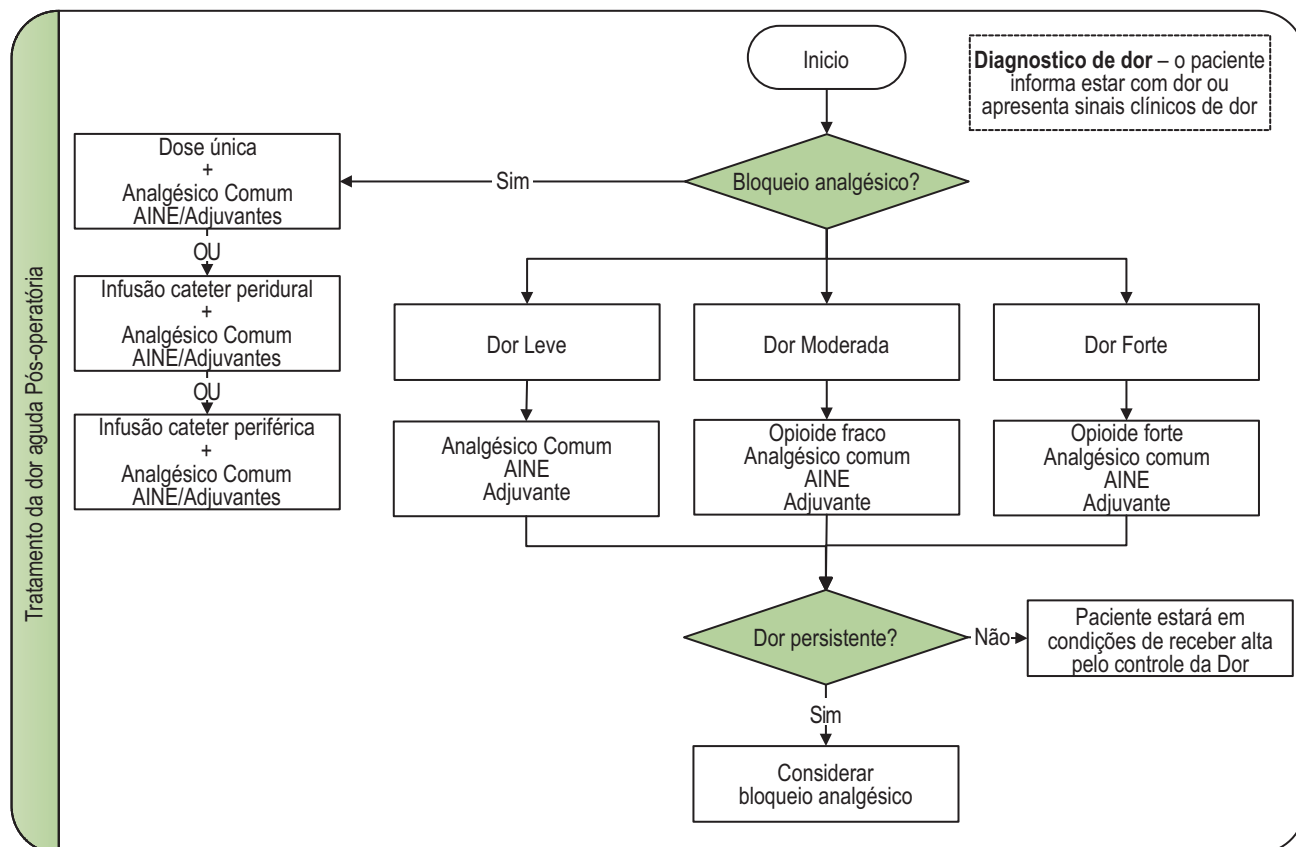


Anexo 02. A escala comportamental de Dor (*Behavioral Pain Scale*).

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	• Relaxada	1
	• Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	• Completamente contraída (olhos fechados)	3
	• Contorção facial	4
Movimentos dos membros superiores	• Sem movimento	1
	• Movimentação parcial	2
	• Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	• Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	• Tolerante	1
	• Tosse, mas tolerante à VM a maior parte do tempo	2
	• Brigando com o ventilador	3
	• Sem controle da ventilação	4

Anexo 03. “ PANAID - Pain Assessment in Advanced Dementia”

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i>	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada.	1
	Irrequieta.	
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Anexo 04. Algoritmo de tratamento da dor aguda PÓS-OPERATORIA.

Anexo 05. Tabela com ações preventivas de efeitos colaterais.

Ações preventivas de efeitos colaterais		
Sintomas	Profilaxia	Tratamento
Náuseas	Hidratação, deambulação precoce (se possível) e medicação profilática	Avaliar as causas prováveis e gravidade do sintoma. A associação de fármacos com diferentes mecanismos pode aumentar a efetividade do tratamento.
Sedação	Titular a dose de forma gradual e reduzir dosagem em idosos ou pacientes debilitados	Investigar outras causas (evento agudo do sistema nervoso central, interação medicamentosa, hipercalcemia, infecção), reduzir a dose do opioide e considerar rotação do opioide. Em caso de rebaixamento importante do nível de consciência associada a diminuição da frequência respiratória (<10 mrpm) considerar titular Naloxona na dose de 0,02 a 0,04 mg pela via endovenosa a cada 2-3 minutos ou infusão contínua na dose de 5 mcg/kg/hora. CONSIDERAR TRANSFERÊNCIA PARA UNIDADE FECHADA.
Prurido	É um efeito colateral mais comum quando o opioide é administrado pela via peridural ou subaracnóide e ocorre pela dispersão cefálica do fármaco pelo líquido e ação em receptores opioides no núcleo trigeminal. Trata-se de um efeito dose-dependente, portanto o uso da menor dose possível pode ser bastante efetivo.	Naloxona em doses tituladas, como relatado anteriormente na sedação ou o uso de um agonista-antagonista como a Nalbufina
Retenção Urinária		Este evento pode ser revertido com Naloxona, entretanto o uso do antagonista opioide pode reverter o efeito analgésico. A critério da equipe assistente, a sondagem vesical de alívio pode ser o tratamento mais efetivo.

13. REFERÊNCIA NORMATIVA

Projeto controle da dor no Brasil – Sociedade Brasileira da Dor (site)

Protocolo de dor do Ministério da Saúde (site)