



# PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA DOR NA EMERGÊNCIA

Sala Vermelha • Pronto-Socorro • Saúde Itariri

**DOR É O QUINTO SINAL VITAL.**



### **Aumenta a mortalidade**

Gatilho para tempestade adrenérgica



### **Aumenta o sofrimento**

Impacto psicológico e trauma



### **Aumenta o tempo de internação**

Complicações sistêmicas pós-estresse



### **Aumenta a instabilidade**

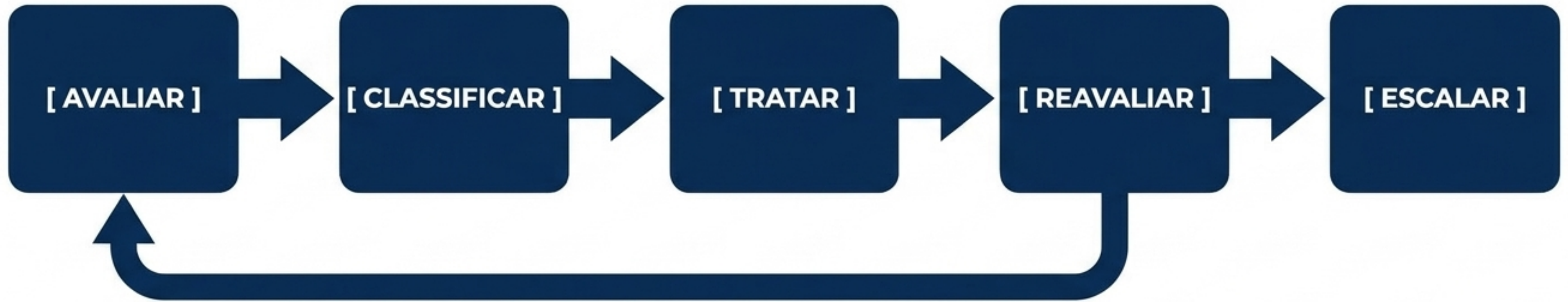
Taquicardia, hipertensão, alto consumo de O<sub>2</sub>

# MUDANÇA DE PARADIGMA

**Dor não tratada é uma emergência clínica.**

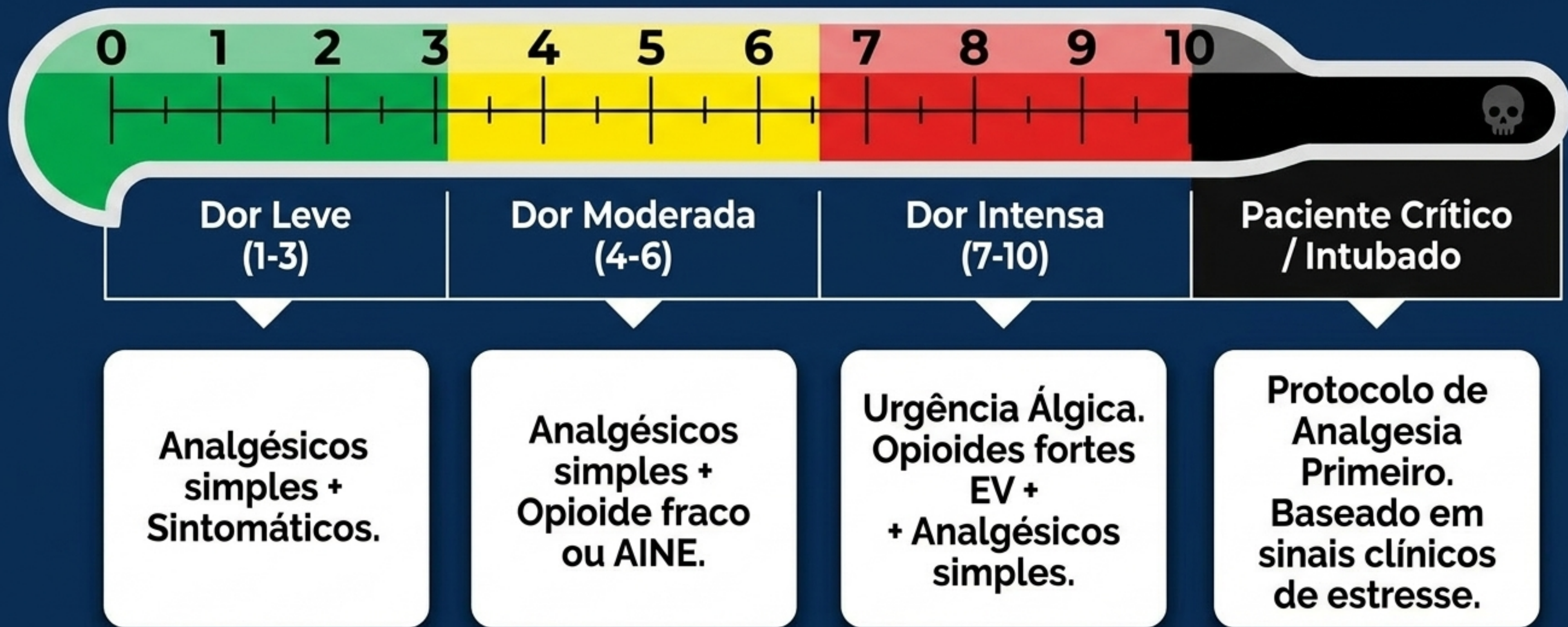


# A REGRA DE OURO



**⚠ A prescrição não termina com a administração da droga. A reavaliação define o sucesso ou a necessidade obrigatória de escalonamento.**

# CLASSIFICAÇÃO DA DOR E CONDUTA



# ANALGESIA POR DEGRAUS

INTENSIDADE	CONDUTA	MEDICAMENTOS PRINCIPAIS	TEMPO DE REAVALIAÇÃO
Leve (1-3)	Degrau 1	Dipirona, Paracetamol	30 a 60 minutos
Moderada (4-6)	Degrau 2	AINEs, Tramadol, Codeína	30 a 45 minutos
Intensa (7-10)	Degrau 3	Morfina, Fentanil	15 a 30 minutos

# ANALGÉSICOS SIMPLES: A BASE DO TRATAMENTO



## DIPIRONA

- **Indicações:** Dores leves a intensas, febre, cólicas (associada).
- **Doses:** 500-1000mg EV/VO de 4/4h a 6/6h. Ataque até 30mg/kg.
- **Cuidados:** Infusão EV rápida causa grave hipotensão e risco de anafilaxia.



## PARACETAMOL

- **Indicações:** Dores leves a moderadas, febre.
- **Doses:** 500-1000mg VO. Máximo de 4g ao dia.
- **Cuidados:** Risco de hepatotoxicidade. Atenção em hepatopatas crônicos.

**SUPERPODER NA EMERGÊNCIA: POUPADORES DE OPIOIDES.**  
Devem ser obrigatoriamente associados mesmo no manejo das dores severas.

# ANTIESPASMÓDICOS: HIOSCINA / ESCOPOLAMINA

## Indicações

Alívio de cólicas abdominais, biliares e renais.

## Administração EV Correta

Infusão estritamente LENTA (> 5 minutos) com paciente em posição supina. Alto risco de choque e queda abrupta de PA.



## Contraindicações e Cuidados

Risco de hematoma grave se via IM em uso de anticoagulantes. Contraindicado no 3º trimestre de gestação (se com dipirona).

## ALERTA VERMELHO (Critérios de Beers)

**EVITAR EM IDOSOS.**

Alto risco de induzir delirium, confusão mental aguda e retenção urinária.

# AINEs: O PERIGO SILENCIOSO NA EMERGÊNCIA



## A ESPADA: Alta Eficácia

- **Principais:** Cetorolaco, Cetoprofeno, Diclofenaco, Ibuprofeno.
- **Ação:** Excepcional na Cólica Nefrética, reduzindo o espasmo ureteral. Podem ser até 50% mais eficazes que a morfina no alívio agudo.



## O ESCUDO: Contraindicações Absolutas

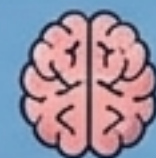
- **NÃO UTILIZAR:** Pacientes Críticos, Choque, Sepses, **Sala Vermelha**. AINEs bloqueiam prostaglandinas e obliteram a prrliteram a perfusão renal.
- **Pacientes de Risco (Evitar):** Doença Renal Crônica, Idosos, Insuficiência Cardíaca, Risco de Hemorragia Digestiva.

# OPIOIDES FORTES: A TROPA DE CHOQUE



## MORFINA

- **Dose:** 2 a 4 mg EV intermitente.
- **Perfil:** Ação potente, alívio superior, facilmente titulável.
- **Cuidados:** Metabólitos se acumulam na disfunção renal. Causa redução do tônus simpático e hipotensão.



## FENTANIL

- **Dose:** 25 a 50 mcg EV.
- **Perfil:** Extrema potência analgésica, meia-vida muito curta. Não acumula nos rins.
- **Indicação de Ouro:** Droga de escolha absoluta na instabilidade hemodinâmica e Sala Vermelha.

## SEGURANÇA OBRIGATÓRIA

Monitorização rigorosa da FR e Nível de Consciência.  
O antagonista NALOXONA deve estar sempre imediatamente disponível.

# SITUAÇÕES ESPECIAIS NA URGÊNCIA



## Trauma

- Opioides precoces evitam agravamento do **choque** neurogênico secundário à dor.



## Síndrome Coronariana Aguda

- **Morfina** EV alivia dor e ansiedade. Contraindicada se Infarto de VD ou PAS < 90 mmHg.



## Cólica Nefrética

- **AINEs** são a primeira escolha para reverter inflamação ureteral. Opioides apenas como.



## Dor Oncológica

- **Resgate imediato** com opioides fortes. Uso não deve ser atrasado por medo de dependência.



## Dor Abdominal Aguda

- Uso de sintomáticos (Dipirona + Antiespasmódico) enquanto aguarda elucidação diagnóstica.

# O PACIENTE CRÍTICO

# ANALGESIA PRIMEIRO.

# SEDAÇÃO DEPOIS.

**O Racional Fisiológico:**

O tubo orotraqueal e a ventilação causam **dor severa. Sedar sem analgesiar é paralisar o corpo, mas torturar o cérebro em silêncio.**

**A Conduta Tática:**

Garantir Fentanil (infusão) antes de iniciar Propofol ou Midazolam.

**Estratégia de Proteção:**

Manter Dipirona/Paracetamol como base para reduzir a necessidade de altas doses de opioides, prevenindo o delirium.

# FLUXO OPERACIONAL DA EQUIPE

## **Enfermagem: Acolhimento e Triagem**

Aplicação da Escala de Dor e aferição imediata de Sinais Vitais.



## **Médico: Classificação e Prescrição**

Definição do Grau analgésico e prescrição tática.



## **Farmácia e Apoio: Dispensação**

Fornecimento ágil de opioides, AINEs e adjuvantes.



## **Enfermagem: Administração**

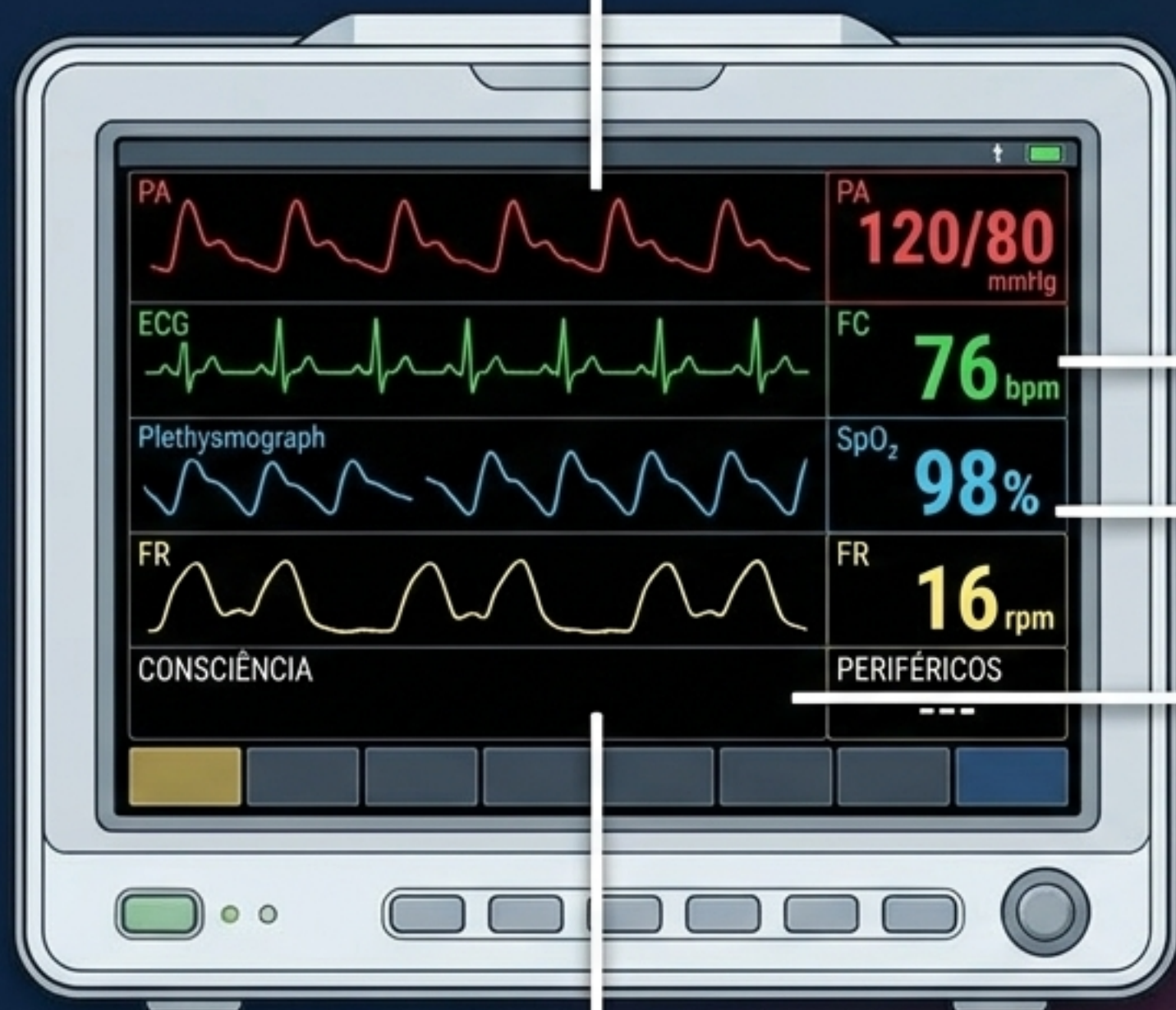
Infusão segura com rigorosa atenção à velocidade EV (especialmente Dipirona e Hioscina).



## **Equipe Multiprofissional: Registro e Reavaliação**

Checagem, retorno ao leito no tempo previsto e nova nota da dor no prontuário.

# MONITORIZAÇÃO E EFEITOS ADVERSOS



## Pressão Arterial (PA)

Hipotensão grave por opioides, Hioscina ou infusão EV rápida de Dipirona.

## Frequência Cardíaca (FC)

Taquicardia alerta para dor refratária; bradicardia sugere descompensação.

**Frequência Respiratória (FR) e SpO<sub>2</sub>**  
ALERTA MÁXIMO: Depressão respiratória progressiva induzida por opioides fortes.






## Nível de Consciência

Sedação excessiva, letargia ou confusão mental (altamente comum com Hioscina em idosos).

## Efeitos Periféricos

Vigilância para náuseas induzidas por opioides e retenção urinária severa.

# OS ERROS MAIS COMUNS (O QUE NÃO FAZER)

-  Não avaliar a dor na triagem inicial.
-  Prescrever a medicação, mas não retornar para reavaliar.
-  Fazer uso indiscriminado de AINEs em idosos, nefropatas e pacientes chocados.
-  Administrar opioide forte e deixar o paciente sem vigilância contínua na sala.
-  Realizar o tratamento e manter o registro incompleto da escala de dor no prontuário.

# IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE



## Prescrição Padronizada

Integração do algoritmo ao sistema do Pronto-Socorro.



## Cartazes A3

Fixados em áreas críticas (Triagem, Observação e Sala Vermelha).



## Cartões de Bolso

*Pocket cards* com escalas e doses para toda a equipe médica e de enfermagem.



## Auditoria de Indicadores

Checagem contínua de prontuários para garantir o padrão de excelência.

Dor não tratada aumenta o sofrimento sistêmico e as complicações clínicas.

Avaliar, tratar e reavaliar devem ser ações estritamente obrigatórias.

**CUIDAR DA DOR É CUIDAR DO SER HUMANO.**