

hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Orientações sobre

Gerenciamento da Dor

Grupo Multidisciplinar da Dor

Sumário: Orientações sobre o Gerenciamento da Dor – Hcor

Temas		página
1.	O que é Dor?	4
2.	Tipos de Dor	5
3.	Tabela de classificação da dor	6
4.	Identificação e Tratamento da Dor pela equipe multiprofissional	7
5.	Fluxograma de Avaliação e Reavaliação da Dor no Hcor	8
6.	Como abordar a Dor aceitável	10
7.	Diretrizes de Boas Práticas da Avaliação da Dor	10
8.	Instrumentos de avaliação da dor no Hcor	11
8.1.	Escalas de Avaliação da dor e suas indicações	12
8.2.	Comparativo de “Intensidade” das Escalas de Avaliação da Dor	14
8.3.	Avaliação da dor em PACIENTES ADULTOS	16
8.3.1.	Escala Verbal Numérica (EVN)	16
8.3.2.	Escala de faces	17
8.3.3.	Escala BPS (Behavioural Pain Scale) ou Escala Compostamental	18
8.3.4.	Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)	19
8.3.5.	Escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)	21

Temas		página
8.4.	Avaliação da Dor em PACIENTES PEDIÁTRICOS	23
8.4.1.	Escala Verbal Numérica (EVN)	23
8.4.2.	Escala de Faces	24
8.4.3.	Escala NIPS – Neonatal Infant Pain Scale/ Escala de dor Neonatal	25
8.4.4.	Escala FLACC – Face/ Legs/ Activity/ Cry/ Consolability	26
8.4.5.	Escala Comfort Behavior – Nível de Sedação em CRIANÇAS	27
9.	Tratamento farmacológico	30
10.	Planos de Cuidados em Dor	31
10.1.	Planos de Cuidados em dor – reação adversa ao opióide	33
11.	Intervenções Nutricionais no Paciente com Dor	35
11.1.	Intervenções Nutricionais x Efeitos Colaterais dos Fármacos	36
12.	Medidas utilizadas pela Fisioterapia para alívio da dor	38
13.	Intervenções da Psicologia no alívio da Dor	40
14.	Medidas Não farmacológicas para alívio da dor ADULTO e PEDIATRIA	41
15.	Matriz de Cuidado Integrado ao Paciente que faz Uso de Opióide	45
16.	Planejamento Educacional para Alta - Educação do Paciente e Família	61
17.	Plano de Alta – Educação do Paciente e Família	64
18.	Cuidados com Pacientes em uso de PCA	67

1. O que é Dor?

Dor é uma experiência sensitiva e emocional aver-siva associada a, ou semelhante àquela associa-da a, lesão tecidual real ou potencial. (Raja et al. 2020, PAIN).

A nova definição aborda:

- A dor é sempre uma experiência pessoal, influen-ciada por aspectos biológicos, psicológicos e sociais;
- As pessoas aprendem o conceito de dor ao longo de suas vidas conforme a experimentam;
- Um relato de dor de uma pessoa deve ser levado a sério. Os mecanismos podem ser discutidos mas a sensação de dor é individual do paciente.

A avaliação e a reavaliação adequada da dor são fa-tores fundamentais no tratamento do paciente, pois possibilitam uma terapia analgésica adequada, con-duzindo mudanças no manejo da dor, permitindo melhorias na qualidade do cuidado.

A identificação do paciente com dor pode ser re-alizada por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o pro-fissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequa-damente assistido.

2. Tipos de Dor

Dor aguda: é uma dor de duração previsível, com-patível com a lesão que o paciente apresenta. É o caso da dor que acontece após alguma lesão ou trauma tecidual e que serve como uma forma de alertar que há um dano no organismo. Após a cura de uma lesão aguda, a dor cede e a pessoa pode reassumir suas atividades normais.

Dor Crônica: refere-se a dor que se mantém além do tempo normal de cura. A dor crônica é patoló-gica, causada por uma lesão do tecido nervoso.

Dor Incidental (Breakthout pain): são picos de dor ultrapassando o ponto de alívio em pacientes com dor crônica que já estejam com sua dor con-trolada, tendo seu aparecimento, isto é, escape de dor, de forma súbita com duração geralmente cur-ta. Relacionada com atividades específicas como tossir, levantar ou caminhar.

Dor Total: O conceito de dor total, proposto em 1967 por Cicely Saunders, define que todos os as-pectos da vida do paciente (físico, emocional, so-cial e espiritual) concorrem para a geração da dor e a manifestação do sofrimento. Assim, podemos compreender que aliviar a dor e o sofrimento vai muito além dos analgésicos e de medidas não far-macológicas.

3. Tabela de classificação da dor

	DOR AGUDA	DOR CRÔNICA
CARACTERÍSTICAS	Duração mais curta	Persistente
DURAÇÃO	Curta - Menor que 3 meses	Longa - maior que 3 meses
INTENSIDADE	Fraca a insuportável	Fraca a insuportável
RESPOSTA	Fácil Controle	Difícil Controle
FUNÇÃO BIOLÓGICA	Alerta e proteção	Ausente
DIAGNÓSTICO	Fácil	Difícil
TRATAMENTO	Fácil	Difícil
LOCALIZAÇÃO	Fácil	Difícil

4. Identificação e Tratamento da Dor pela Equipe Multiprofissional

Em Janeiro de 2000, a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization (JCAHO)* descreveu a dor como sendo 5° sinal vital, portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados os sinais vitais.

Considerar a dor como 5° sinal vital é uma maneira de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente. O objetivo dessa avaliação é: identificar, quantificar, tratar, registrar e reavaliar a dor.

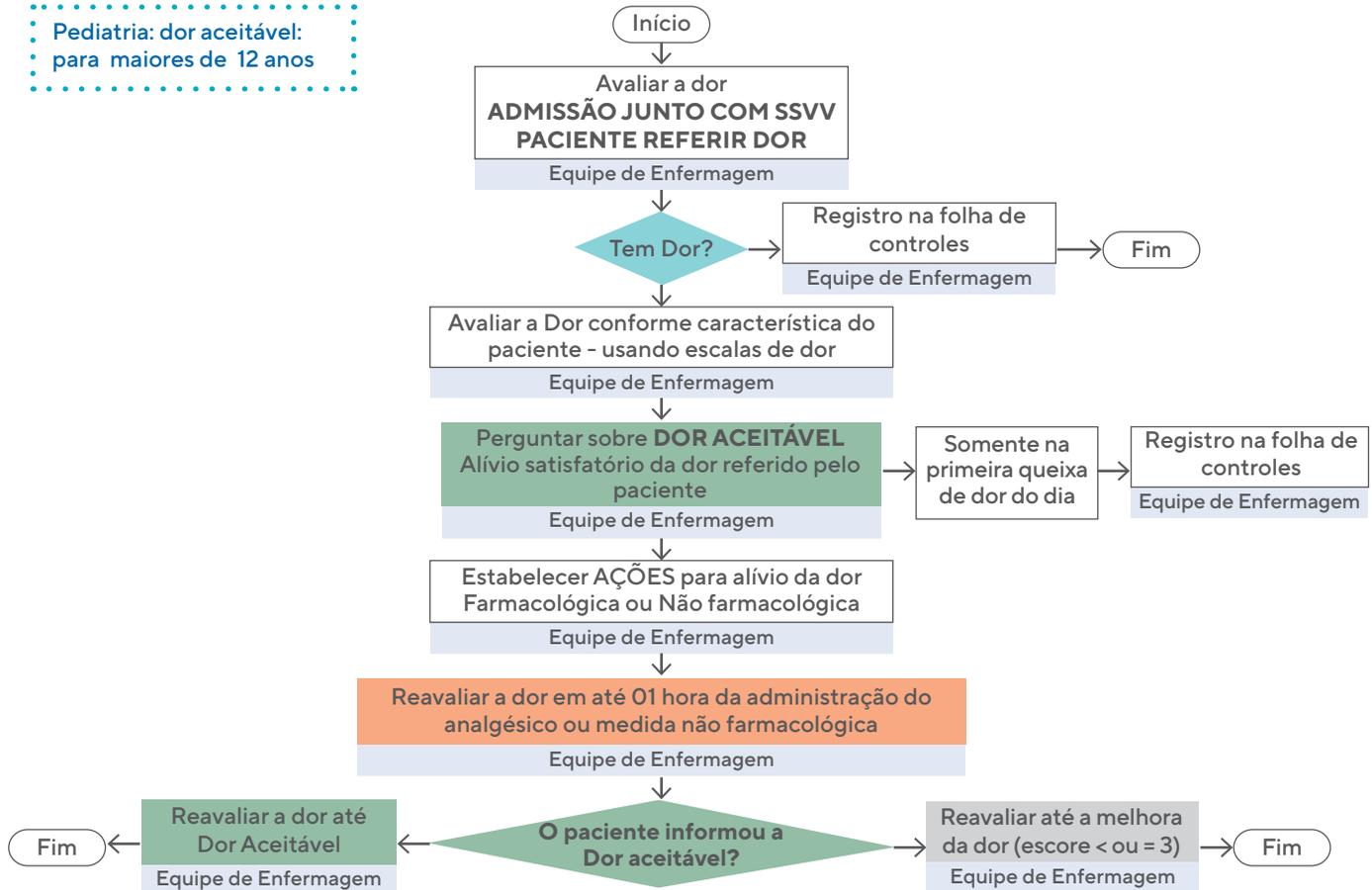
Objetivos da Avaliação da dor como 5° sinal vital

Identificar	Perguntar ao paciente se ele sente dor
Quantificar	Aplicar escalas de avaliação da dor Verificar informação de DOR Aceitável
Tratar	Medicar conforme prescrição médica
Registrar	Anotar em prontuário
Reavaliar	Reavaliar a dor em até 01 hora da administração do fármaco ou medida não farmacológica até o controle da dor ou dor aceitável referida pelo paciente.

5. Fluxograma de Avaliação de Reavaliação da Dor

POP1279 – Gerenciamento da Dor. Fonte:
DOC NIX Hcor

Pediatria: dor aceitável:
para maiores de 12 anos



6. Como abordar a Dor Aceitável/ Nível de Conforto de Dor

Dor Aceitável (nível de conforto, dor tolerável): É a máxima intensidade de dor tolerada que não atrapalha realizar atividades básicas como: alimentação, sono, higiene, mobilidade.

O Novo Gerenciamento da Dor possibilita a participação ativa do paciente no seu gerenciamento da dor.

Exemplo de como abordar o paciente:

“Gostaria de saber qual a maior intensidade de dor (1-10) que o Sr. (a) tolera sem atrapalhar seu sono, humor, movimentação, apetite?”

7. Diretrizes de Boas Práticas da Avaliação da Dor

Avaliar a dor como quinto sinal vital é uma maneira de melhorar a qualidade de vida do paciente já que a dor é um dos sintomas mais prevalentes. Esta avaliação deve ser proativa por todos os profissionais de saúde.

A avaliação rotineira da dor possibilita planejar a medicação segundo as necessidades pessoais e verifica a eficácia dos tratamentos de modo confiável.

A eficácia do tratamento e seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor de forma confiável e fidedigna.

8. Instrumentos de Avaliação da Dor no Hcor

Para avaliação da dor do paciente poderá ser usadas uma grande variedade de escalas para mensurar a intensidade da dor. No entanto, o maior desafio do enfermeiro é adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, adulto ou criança para que os dados subjetivos referidos sejam traduzidos da forma mais objetiva possível.

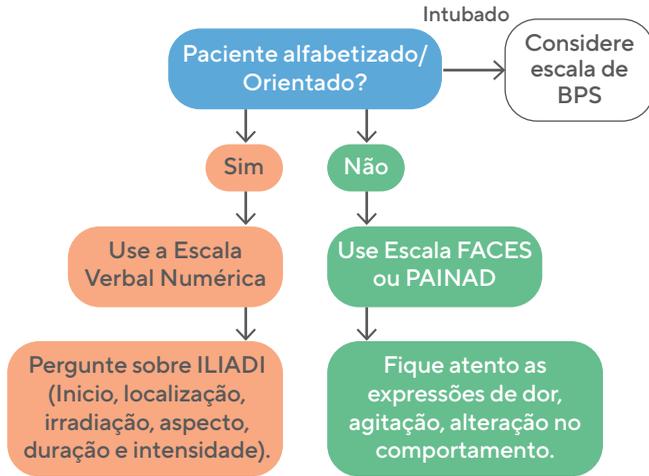
8.1 Escalas de Avaliação da Dor e suas Indicações

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	INDICAÇÃO
Escala Verbal Numérica (EVN)	Adultos e crianças acima de 6 anos
Escala de Faces	Crianças acima de 2 anos e adultos com déficit cognitivo e de comunicação leves que consigam compreender e apontar a face dor na escala.
Escala PAINAD	Idosos Demenciados, pacientes com alteração cognitiva, períodos de confusão.
Escala NIPS	Neonatos até 28 dias de vida
Escala FLACC	Crianças de 29 dias a 6 anos, podendo ser aplicada em crianças maiores até 17 anos de idade que apresentem déficit cognitivo grave, não comunicáveis e intubados.
Escala RASS	Avalia o nível de sedação/ agitação dos pacientes ADULTOS em uso de sedativos
Escala Comfort Behavior	Avalia o nível de sedação das CRIANÇAS
Escala BPS	Avalia a dor em pacientes adultos em uso de ventilação mecânica.

8.2 Comparativo de “Intensidade” das Escalas de Avaliação da Dor

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	SEM DOR	DOR FRACA / LEVE	DOR MODERADA	DOR INTENSA / FORTE	DOR INSUPORTÁVEL
Escala Verbal Numérica (EVN)	0	1-3	4-6	7-9	10
Escala de Faces	0	1-3	4-6	7-9	10
Escala BPS	3	4-6	7-8	9-11	12
Escala PAINAD	0	1-3	4-6	7-10	-
Escala NIPS	0-3	4	5	6	7
Escala FLACC	0	1-3	4-6	7-9	10

8.3 Avaliação da dor em PACIENTES ADULTOS



8.3.1 - Escala Verbal Numérica (EVN):

É a escala padrão para avaliação de pacientes adultos, não sendo necessária a prescrição pelo enfermeiro. É utilizada em crianças acima de 6 anos e adultos alfabetizados sem limitações cognitivas onde deverá ser questionado a nota para sua dor de 0 a 10, sendo que 0 é nenhuma dor e 10 a maior dor que já sentiu. As características da dor ILIADI (início, localização, irradiação, aspecto, duração e intensidade) devem ser questionadas ao avaliar o paciente pela EVN.

8.3.2 - Escala de Faces

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 cinco imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com seu nível atual de dor. Observação: poderá ser utilizada para pacientes com déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.



8.3.3 - Escala BPS (*Behavioural Pain Scale*)

É uma escala comportamental para mensurar a dor de pacientes adultos sob ventilação mecânica.

Item	Descrição	Escore
Expressão Facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo abaixa a sobancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo: fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros Superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão dos dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação a ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		
Classificação da Dor 3 – Sem Dor/ 4 a 6 Dor Fraca/ 7 a 8 dor moderada/ 9 a 11 Dor Forte/ 12 – Dor insuportável		

MORETE, Marcia Carla; MOFATTO Sarah Camargo; PEREIRA, Camila Alves; SILVA, Ana Paula; ODIEMA Maria tereza. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev. Brasileira de Terapia Intensiva, 2014. 26 (4) 373-378.

8.3.4 - Escala PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

A escala PAINAD está Indicada para pacientes ADULTOS - idosos com demência, pacientes com comprometimento cognitivo, períodos de confusão, comatosos, não responsivos. Esse instrumento é baseado na avaliação do estado fisiológico e comportamentos, como a respiração, vocalização (emissão do som), expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade.

Item	0	1	2
Respiração	Normal	Respiração trabalhosa; Curto período de hiperventilação	Respiração ruidosa Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes
Vocalização Negativa	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixo tom com qualidade negativa	Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro
Expressão Facial	Sorrindo ou inexpressivo	Triste Assustado Sobancelhas franzidas	Careta

Item	0	1	2
Linguagem Corporal	Relaxada	Tensa Andar angustiado/ aflito de uma lado para o outro Inquietação	Rígido Punhos cerrados Joelhos recolhidos, movimentos de afastamento ou empurrão, golpes.
Consolo	Sem necessidade de consolo	Distraído, ou tranquiliza-se pela voz ou toque	Incapaz de consolar, entreter ou tranquilizar
Interpretação			
0: SEM DOR/ 1 a 3 pontos: DOR LEVE, FRACA/ 4 a 6 pontos: DOR MODERADA/ 7 A 10 pontos: DOR FORTE			

Escala de Avaliação de Dor em Idosos demenciados (PAINAD) versão língua portuguesa – Brasil, 2012

- Pacientes idosos que não podem se comunicar: observar potenciais indicadores de dor:

Expressão facial, verbalizações, movimentos corporais, alteração na interação interpessoal.

Tente interpretar o significado do comportamento com a ajuda de cuidadores e familiares.

Garanta que as necessidades básicas de conforto sejam atendidas, considere administração de analgésicos antes dos cuidados/ atividades.

8.3.5 - Escala RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*)

Escala observacional que avalia níveis de **sedação e agitação** nos pacientes em uso de sedativos. A aplicação da escala é realizada pelo enfermeiro, não podendo ser realizada pelo técnico de enfermagem (Orientação COREN-SP 098/2015).

SCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
+4	Combativo	Francamente violento, levando a perigo imediato da equipe.
+3	Muito Agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres.
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo.
0	Alerta e calmo	
-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém os olhos abertos.
-2	Sedação Leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por menos de 10 segundos.
-3	Sedado Moderado	Movimento ou abertura ocular dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador.
-4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil/ físico.
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

NASSAR JUNIOR, A. P; PIRES NETO, R. C; FIGUEIREDO, W. B de e PARK, M. Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. São Paulo Med. J. [online]. 2008, vol.126, n.4, pp.215-219.

Pontuação:

0 - Doente alerta, sem aparente agitação ou sedação

Menor que 0 - algum nível de sedação

Maior que 0 - algum nível de agitação

8.4 - Avaliação da dor em PACIENTES PEDIÁTRICOS:



** Todas as escalas de avaliação da dor na pediatria devem ser prescritas pelo enfermeiro.

8.4.1 - Escala Verbal Numérica (EVN):

É utilizada em crianças acima de 6 anos onde deverá ser questionado a nota para sua dor de 0 a 10, sendo que 0 é nenhuma dor e 10 a maior dor que já sentiu. As características da dor (início, localização, irradiação, aspecto, duração e intensidade) devem ser questionadas ao avaliar o paciente pela EVN.

8.4.2 - Escala FACES

A escala de faces deverá ser aplicada para crianças acima de 02 anos e apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de cinco imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com seu nível atual de dor.



8.4.3 - Escala NIPS – Neonatal Infant Pain Scale/ Escala de dor Neonatal

Utilizada neonatos até 28 dias de vida e analisa critérios fisiológicos e comportamentais. A pontuação máxima é 7 pontos.

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
1. Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2. Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
3. Respiração	Relaxada	Diferente da basal	
4. Braços	Relaxados	Fletidos / estendidos	
5. Pernas	Relaxada	Fletidas / estendidas	
6. Estado de alerta	Dormindo/ acordado, calmo	Desconfortável	
Legenda: 0 a 3: sem dor / 4 : dor fraca, leve / 5: dor moderada / 6: dor forte / 7: dor insuportável.			

MOTTA, G de C. P. da. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Infant Pain Scale para uso no Brasil, 2013.

8.4.4 - Escala FLACC – Face/ Legs/ Activity/ Cry/ Consolability

Escala que avalia dor em crianças de 29 dias a 6 anos. Podendo ser utilizada em crianças maiores até 17 anos de idade que apresentem déficit cognitivo (não conseguem responder as características da dor – ILIADI), não comunicáveis e/ou intubados.

Item	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial, sorrindo.	Caretas ou sobrelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Pernas	Normais	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.

Item	0	1	2
Consolo	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída.	Difícil de consolar ou confortar.

Interpretação:
0: SEM DOR/ 1 a 3 pontos: DOR LEVE, FRACA/ 4 a 6 pontos: DOR MODERADA/ 7 A 10 pontos: DOR FORTE

BUSSOTTI, E. A.; GUINSBURG, R; PDREIRA, M as LG; Adaptação Cultural para o Português do Brasil da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC). Ver Latino Am-Enfermagem. Jul-Ago.2015. 23(4): 651-9.

8.4.5 - Escala Comfort Behavior - Nível de Sedação em CRIANÇAS

Avalia o nível de sedação em crianças de 0 a 17 anos. A aplicação da escala é realizada pelo enfermeiro, não podendo ser realizada pelo técnico de enfermagem (Orientação COREN-SP 098/2015).

Escala Comfort Behavior
Em pacientes de 0 a 17 anos ENTUBADOS E SEDADOS

- Deverá ser aplicada pelo enfermeiro a cada 6 horas (preferencialmente no início do plantão)
- De acordo com as mudanças no comportamento do paciente durante o plantão, conforme avaliação do enfermeiro
- Pré-extubação.

Para avaliar Dor – aplicar escala conforme idade

	Escore
1. Nível de Consciência	
Sono profundo	1
Sono superficial	2
Letárgico	3
Acordado e alerta	4
Hiper alerta	5
2. Calma / Agitação	
Calma	1
Ansiedade leve	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4
Amedrontado	5
3. Resposta Respiratória (apenas se paciente com ventilação mecânica)	
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta à ventilação	2
Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3
Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular	4
Compete com o ventilador, tosse	5
4. Choro (apenas se paciente com respiração espontânea)	
Respiração silenciosa, sem som de choro	1
Resmungando / choramingando	2
Reclamando	3
Choro	4
Gritando	5

	Escore
5. Movimento Físico	
Ausência de movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve frequente	3
Movimento vigoroso limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5
6. Tônus Muscular	
Totalmente relaxado	1
Hipotônico	2
Normotônico	3
Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4
Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5
7. Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Tônus facial normal sem tensão evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos faciais	3
Tensão evidente em toda a face	4
Músculos faciais contorcidos	5
8. Total	
Score 6 a 10	muito sedado
Score 11 a 22	sedação moderada
Score 23 a 30	pouco sedado

Amoretti, C. F et al. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. Rev. Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 325-330

9. Tratamento farmacológico:

O Protocolo de Dor (PROT0353) é um documento que auxilia o médico na prescrição analgésica dos diferentes tipos de dor. Este documento encontra-se no DOCNIX institucional.

10. Planos de Cuidados em Dor

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem (NIC)	Avaliar os resultados (NOC)
Dor aguda / Dor crônica	<ul style="list-style-type: none">• Realizar uma avaliação completa da dor - ILIADI (Início, local, irradiação, aspecto, duração intensidade).• Reavaliar a dor em até 01 hora após administração de medicação ou medicação não farmacológica.• Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência.• Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.• Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos).	Controle da Dor Nível de dor

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem (NIC)	Avaliar os resultados (NOC)
Dor aguda / Dor crônica	<ul style="list-style-type: none"> Investigar o conhecimento do paciente e suas crenças em relação à dor. Escolher e implementar medidas não farmacológicas para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado. Notificar o médico se as medidas não funcionarem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor do paciente. Medicar o paciente antes de atividades, para aumentar sua participação. Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o controle da dor quando adequado. 	Controle da Dor Nível de dor

10.1 Planos de Cuidados em Dor – reação adversa aos opióides

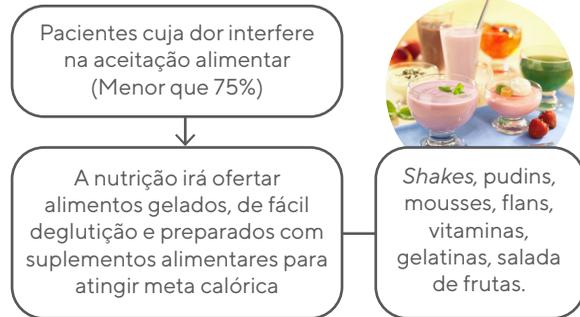
Reações adversas ao opióide	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliar os resultados (NOC)
Náusea	Náusea	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que a alimentação deve ser fracionada. Orientar que essas reações tendem a diminuir ao longo do tratamento. Evitar odores fortes no ambiente. Incentivar respiração profunda e lenta. Controle de medicamentos. 	Controle de náuseas e vômitos Gravidade da náusea e dos vômitos Apetite
Retenção urinária	Retenção urinária	<ul style="list-style-type: none"> Observar sinais de retenção urinária e globo vesical. Se apresentar retenção urinária, aplicar calor local para estimular o relaxamento dos esfínteres, caso não haja contra indicação. Discutir a necessidade de realizar cateterismo de alívio. Redução da ansiedade. 	Controle de eliminação de urina

Reações adversas ao opióide	Diagnostico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliar os resultados (NOC)
Constipação	Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais de constipação intestinal. • Incentivar a deambulação, caso não haja contra indicação. • Aumentar a ingestão hídrica, caso não haja contra indicação. • Realizar massagem abdominal, em movimentos circulares. • Discutir a necessidade do uso de laxantes. 	Controle dos sintomas Eliminação intestinal
Prurido	Risco de integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar reações alérgicas a outros medicamentos. • Supervisão da pele. • Comunicar a equipe para discutir a necessidade do uso de adjuvante e redução da dose do opióide. 	Integridade tissular: pele e mucosas
Depressão respiratória (FR < ou = 8/ SpO2 < ou = 89%)	Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar código amarelo; • Se uso de PCA, desligar dispositivo; • Comunicar anestesista; • Oferecer oxigênio suplementar • Ter disponível na unidade ampolas de naloxone (antagonista opióide) 	Estado ventilatório: ventilação Sinais Vitais

Reações adversas ao opióide	Diagnostico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliar os resultados (NOC)
Tontura – associada ao uso de anestésico peridural	Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de quedas: • Orientar paciente e acompanhante solicitar enfermagem ao sair do leito • Deixar campinha próxima, cama baixa e grades elevadas. 	Prevenir queda

11. Intervenções Nutricionais no paciente com Dor

Inapetência



Em casos específicos, no qual o paciente não consiga atingir suas necessidades estimadas por via oral, será avaliada a necessidade de Terapia Nutricional Enteral.

11.1 Intervenções Nutricionais x Efeitos Colaterais dos Fármacos

Obstipação Intestinal

Incluir dieta laxativa
(Verificar nível de potássio do paciente, dieta laxativa é rica em potássio)



Orientar aumento no consumo de fibras



Verificar necessidade de utilização de probióticos ou simbióticos

Orientar maior ingestão hídrica, caso não haja restrição.

Xerostomia

(Sensação de sede e boca seca)

Orientar maior ingestão hídrica, caso não haja restrição



Incluir sachês flavorizantes, que diminuem sensação de sede

Ofertar refeições umidificadas, com caldos e molhos.

Náuseas

Fracionar dieta ao longo do dia e em porções menores

Evitar a oferta de preparações com excesso de condimentos

Orientar o paciente a não consumir líquidos junto com as refeições

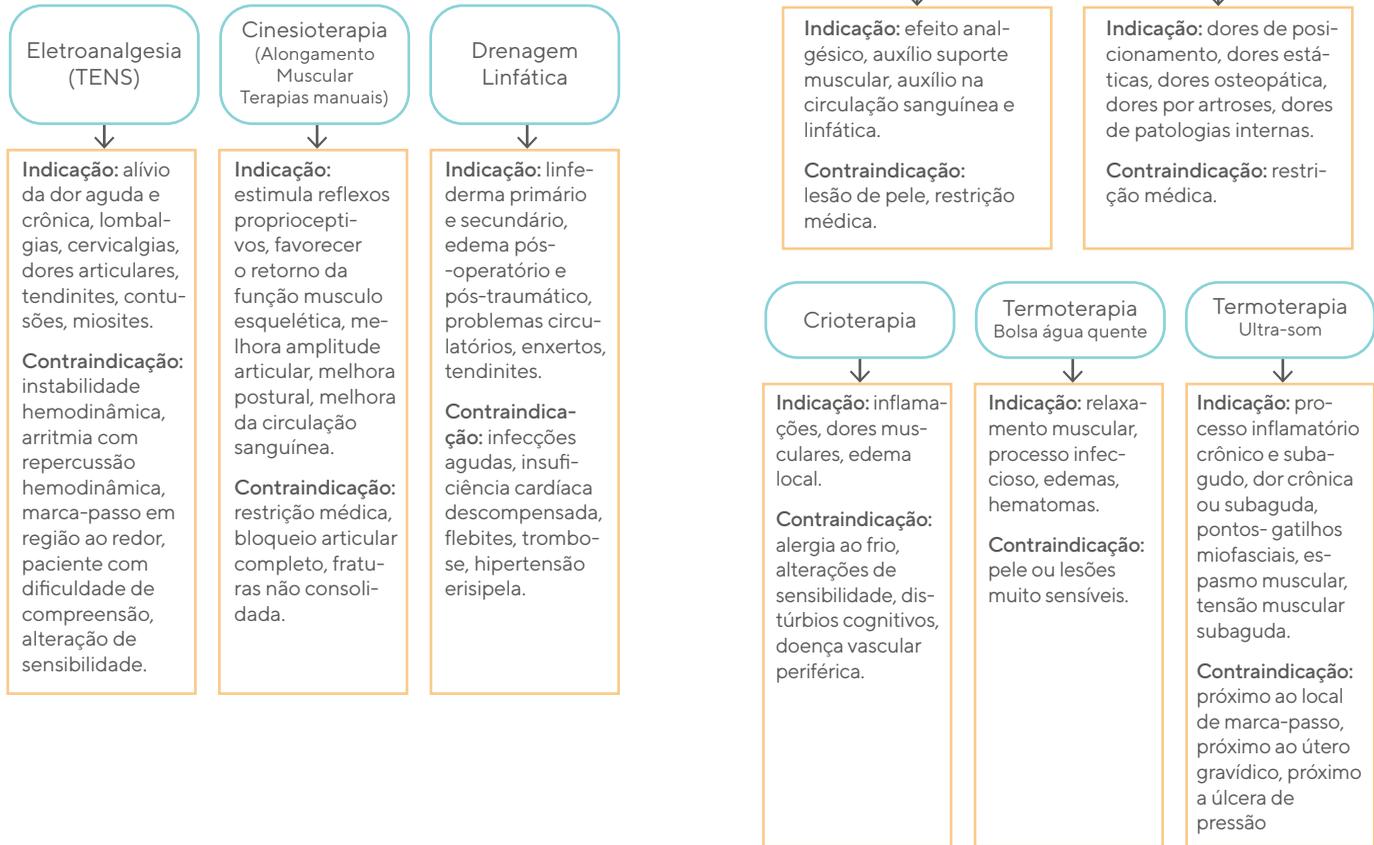
Disgeusia

(distorção ou diminuição do paladar)

Recomenda-se oferta de alimentos frios

Orientar paciente a diminuir o consumo de alimentos de sabor amargo, como: café, chás escuros, verduras amargas, aspargos.

12. Medidas utilizadas pela Fisioterapia para alívio da dor



13. Intervenções da Psicologia para o alívio da Dor

Intervenções psicológicas podem se dar tanto no contexto de dor aguda quanto no de dor crônica, contribuindo diretamente no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização e reduzindo o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos.

Alguns quadros frequentes durante a internação que podem se beneficiar do acompanhamento psicológico incluem:

- dor de difícil controle, uma vez que quadros emocionais podem estar interferindo/exacerbando a experiência de dor (por. ex. catastrofização da dor);
- dor psicogênica, em que a experiência dolorosa vivenciada pelo paciente não corresponde à alguma condição somática;
- dificuldades na receptividade e adesão ao tratamento algíco, sensibilizando o paciente para sinalização e manejo da dor, seja com medidas farmacológicas ou não.

14. Medidas NÃO FARMACOLÓGICAS para alívio da dor

As estratégias não farmacológicas consistem em práticas naturais para o alívio da dor, funcionando antes, como um complemento de da administração de fármacos. Devem ocorrer em simultâneo com o tratamento farmacológico, não o substituindo, mas complementando-o.

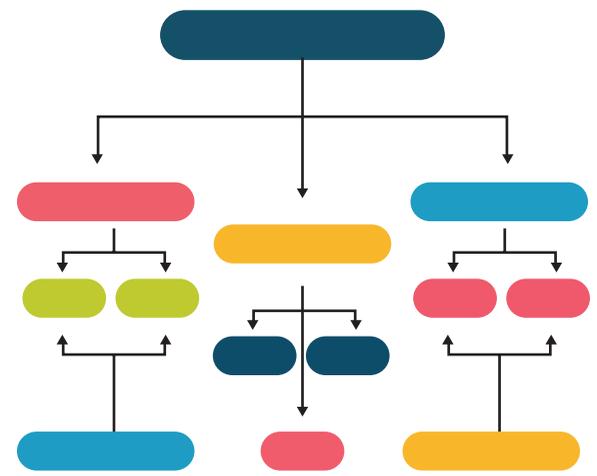
Recém-nascido / Lactente	
Manipulação	Racionalizar a manipulação do paciente (preservar períodos livres para o sono), evitar múltiplas punções para coleta de sangue, se possível devem ser agrupadas.
Ambiente	Diminuir ruídos à sua volta (alarmes e conversas). Diminuir a intensidade da luz.
Métodos Físicos	Aplicação de Calor: Consiste na aplicação de calor na zona dolorosa promovendo a circulação sanguínea. Atenção para cuidados para não lesar a pele. Alivia espasmos musculares e rigidez articular. Aplicação de Frio: alivia a dor em alguns procedimentos como as causadas por injeções, punções venosas.

Sucção Não Nutritiva	Promove conforto e calma. Pode diminuir a dor. Seus efeitos benéficos ocorrem somente durante a sucção rítmada. A sucção não nutritiva libera serotonina, inibindo a hiperatividade, minimizando o desconforto do RN, promovendo a redução da dor. Durante a sucção não nutritiva as fibras sensoriais são estimuladas, competindo com os impulsos nociceptivos das fibras dolorosas ascendentes, ou seja, o RN controla a fonte de estímulos por meio de sua atividade.
Distração	Desviar a atenção do procedimento doloroso. Escutar música ou canção.
Soluções adocicadas	Sacarose e Glicose. Devem ser administradas, caso não haja contra indicação, 1 a 2 minutos antes de procedimentos dolorosos, em intervalos de 2 minutos durante o procedimento. Costuma ser eficaz para alívio da dor em punções venosas, sondagem gástrica. Já a solução de glicose, dois minutos antes do procedimento, promove a analgesia pela ação das papilas gustativas da língua, liberando opióides endógenos.
Contenção e posicionamento	Contenção gentil de membros junto ao tronco. O envolvimento em mantas durante estímulos dolorosos, prematuros choram por um tempo menor.

Crianças	
Distração	Realização de atividades (conversar, assistir TV, ouvir música) antes da realização de procedimentos dolorosos.
Intervenções cognitivas	Consistem em informar pais/ crianças acerca do procedimento (ex. punção venosa), permite a criança desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer, contribui para redução da ansiedade. Métodos para informar: brincar, desenhar, passear, manusear equipamento.
Distração	Permite desviar a atenção do procedimento doloroso para coisas agradáveis. No lactente: brinquedo brilhante, com movimentos ou que emita sons. Crianças (2 a 6 anos): jogos, desenho, pintura. Crianças maiores de 6 anos filmes, jogos, música.
Aplicação de Calor	Promove a circulação sanguínea, reduz a dor pelo relaxamento muscular. Atenção às queimaduras, sem pele proteger a pele do contato direto com o calor.
Aplicação de Frio	Diminui a circulação periférica, favorece a diminuição do edema, tem ação anti-inflamatória.
Posicionamento	Mudança de posição para favorecer o conforto.

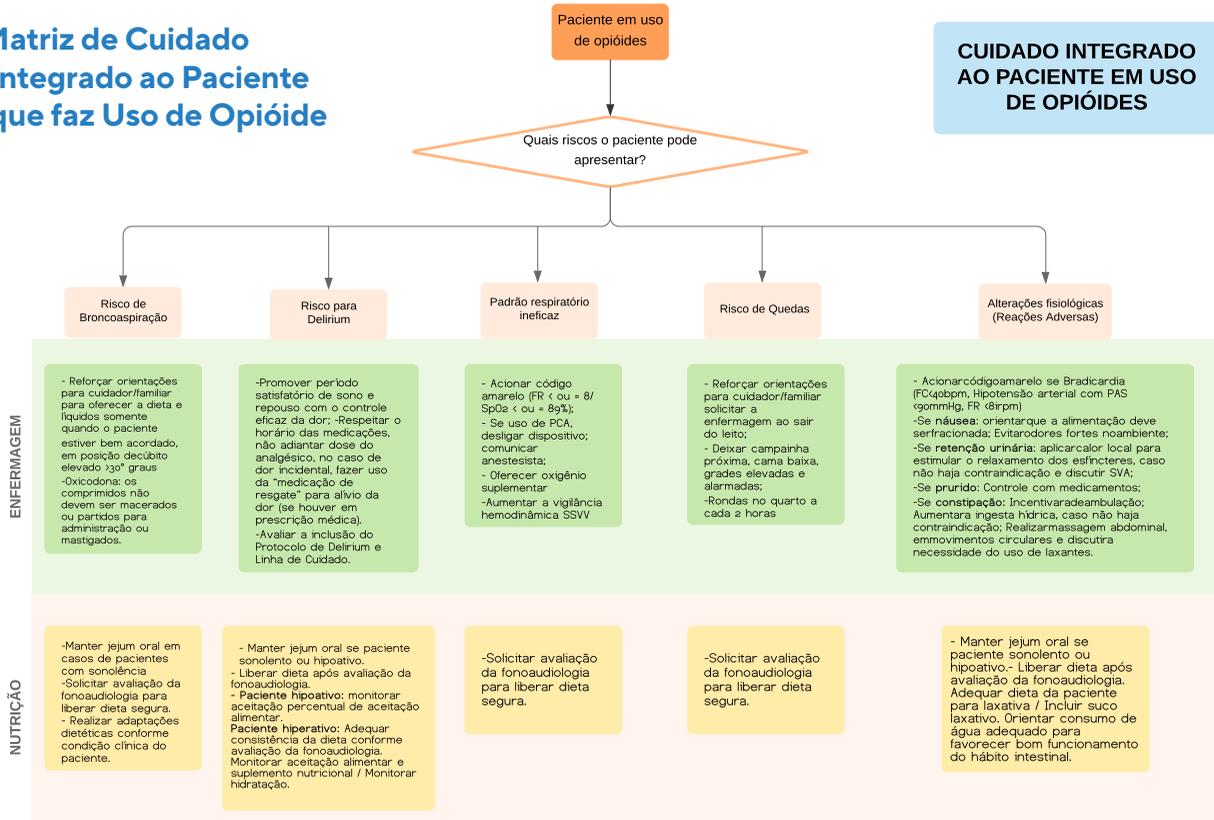
Adultos	
Promover ambiente tranquilo	Diminuir a luz do ambiente, ajustar a temperatura, reduzir o volume da TV.
Posicionamento	Mudança de decúbito, colocar e ajustar coxins.
Distração	Ouvir música, assistir TV, conversar.
Ajustes de dispositivos	Afrouxar imobilizadores ortopédicos.
Métodos físicos	Crioterapia/ Termoterapia – discutir com equipe médica/ fisioterapia melhor técnica.

15. Matriz de Cuidado Integrado ao Paciente que faz Uso de Opióide

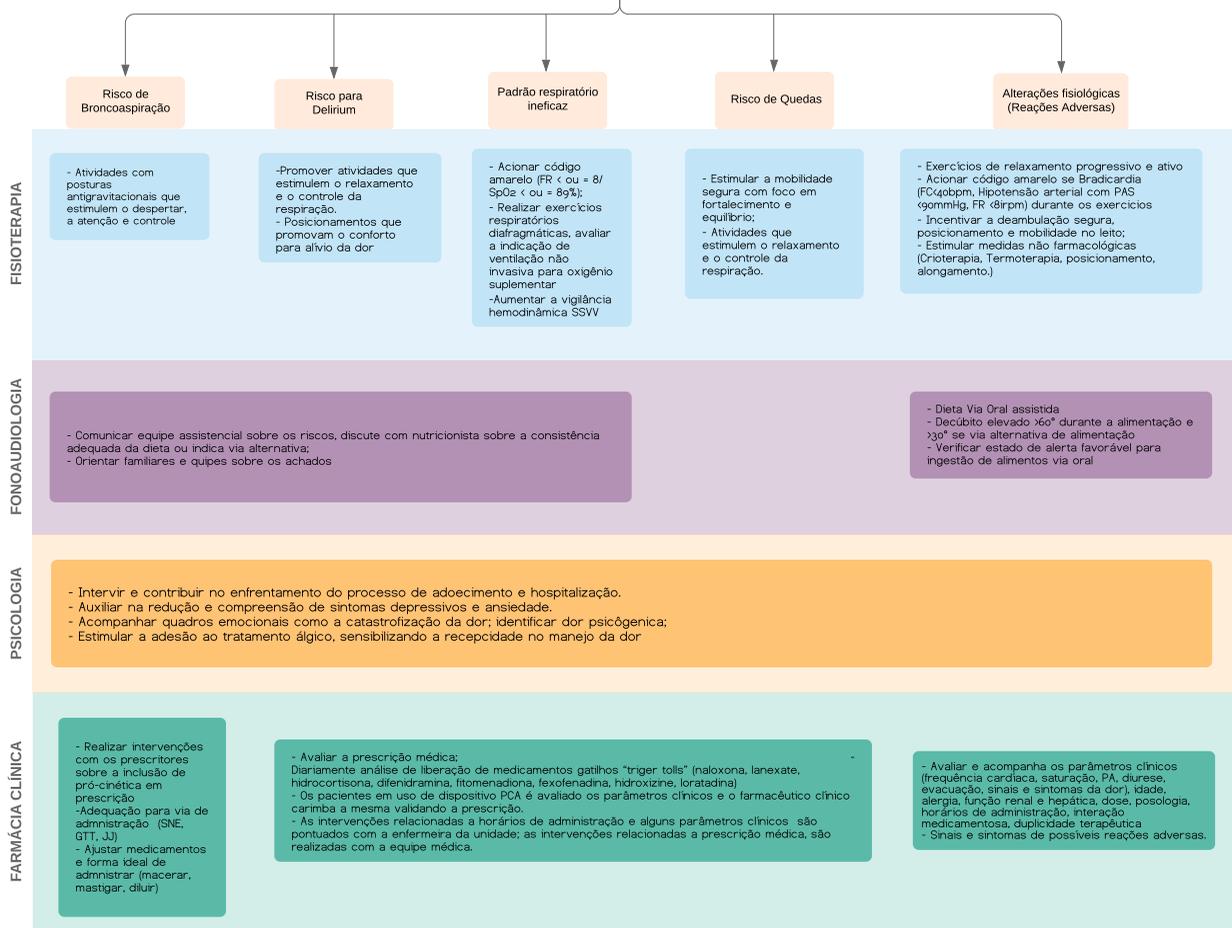


15. Matriz de Cuidado Integrado ao Paciente que faz Uso de Opióide

CUIDADO INTEGRADO AO PACIENTE EM USO DE OPIÓIDES



Continua na Próxima Página



Paciente em uso de opióides

Quais os riscos o paciente pode apresentar?

Risco de Broncoaspiração

Enfermagem

- Reforçar orientações para cuidador/familiar para oferecer a dieta e líquidos somente quando o paciente estiver bem acordado, em posição decúbito elevado > 30° graus
- Oxycodona: os comprimidos não devem ser macerados ou partidos para administração ou mastigados

Nutrição

- Manter jejum oral em casos de pacientes com sonolência.
- Solicitar avaliação da fonoaudiologia para liberar dieta segura.
- Realizar adaptações dietéticas conforme condição clínica do paciente.

Fisioterapia

- Atividades com posturas antigravitacionais que estimulem o despertar, a atenção e controle.

Fonoaudiologia

- Comunicar equipe assistencial sobre os riscos, discute com nutricionista sobre a consistência adequada da dieta ou indica via alternativa;
- Orientar familiares equipes sobre os achados

Psicologia

- Intervir e contribuir no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização.
- Auxiliar na redução e compreensão de sintomas depressivos e ansiedade.
- Acompanhar quadros emocionais como a catastrofização da dor; identificar dor psicôgena;
- Estimular a adesão ao tratamento algico, sensibilizando a receptividade no manejo da dor

Farmácia Clínica

- Realizar intervenções com os prescritores sobre a inclusão de pró-cinética em prescrição.
- Adequação para via de administração (SNE, GTT, JJ)
- Ajustar medicamentos e forma ideal de administrar (macerar, mastigar, diluir)

Avaliar e reavaliar condutas

Risco para Delirium

Enfermagem

- Promover período satisfatório de sono e repouso com o controle eficaz da dor;
- Respeitar o horário das medicações, não adiantar dose do analgésico, no caso de dor incidental, fazer uso da medicação de resgate para alívio da dor (se houver em prescrição médica).
- Avaliar a inclusão do Protocolo de Delirium e Linha de Cuidado.

Nutrição

- Manter jejum oral se paciente sonolento ou hipoativo.
- Liberar dieta após avaliação da fonoaudiologia.
- **Paciente hipoativo:** monitorar aceitação percentual de aceitação alimentar.
- Paciente hiperativo: Adequar consistência da dieta conforme avaliação da fonoaudiologia.
- Monitorar aceitação alimentar e suplementos nutricional / Monitorar hidratação.

Fisioterapia

- Promover atividades que estimulem o relaxamento e o controle da respiração.
- Posicionamento que promovam o conforto para alívio da dor.

Fonoaudiologia

- Comunicar equipe assistencial sobre os riscos, discute com nutricionista sobre a consistência adequada da dieta ou indica via alternativa;
- Orientar familiares equipes sobre os achados

Psicologia

- Intervir e contribuir no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização.
- Auxiliar na redução e compreensão de sintomas depressivos e ansiedade.
- Acompanhar quadros emocionais como a catastrofização da dor; identificar dor psicôgenica;
- Estimular a adesão ao tratamento algíco, sensibilizando a receptividade no manejo da dor

Farmácia Clínica

- Avaliar a prescrição médica; Diariamente análise de liberação de medicamentos gatilhos “trigger tolls” (naloxona, lanexate, hidrocortisona, difenidramina, fitomenadiona, fexofenadina, hidroxizine, loratadina)
- Os pacientes em uso de dispositivo PCA é avaliado os parâmetros clínicos e o farmacêutico clínico carimba a mesma validando a prescrição.
- As intervenções relacionadas a horários de administração e alguns parâmetros clínicos são pontuados com a enfermeira da unidade; as intervenções relacionadas a prescrição médica, são realizadas com a equipe médica.

Padrão respiratório ineficaz

Enfermagem

- Adicionar código amarelo (FR < ou = 8/ SpO2 < ou = 89%);
- Realizar exercícios respiratórios diafragmáticas, avaliar a indicação não invasiva para oxigênio suplementar.
- Aumentar a vigilância hemodinâmica SSVV.

Nutrição

- Solicitar avaliação da fonoaudiologia para liberar dieta segura.

Fisioterapia

- Adicionar código amarelo (FR < ou = 8/ SpO2 < ou = 89%);
- Realizar exercícios respiratórios diafragmáticas, avaliar a indicação não invasiva para oxigênio suplementar.
- Aumentar a vigilância hemodinâmica SSVV.

Fonoaudiologia

- Comunicar equipe assistencial sobre os riscos, discute com nutricionista sobre a consistência adequada da dieta ou indica via alternativa;
- Orientar familiares equipes sobre os achados

Psicologia

- Intervir e contribuir no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização.
- Auxiliar na redução e compreensão de sintomas depressivos e ansiedade.
- Acompanhar quadros emocionais como a catastrofização da dor; identificar dor psicogênica;
- Estimular a adesão ao tratamento algíco, sensibilizando a receptividade no manejo da dor

Farmácia Clínica

- Avaliar a prescrição médica; Diariamente análise de liberação de medicamentos gatilhos “trigger tolls” (naloxona, lanexate, hidrocortisona, difenidramina, fitomenadiona, fexofenadina, hidroxizine, loratadina)
- Os pacientes em uso de dispositivo PCA é avaliado os parâmetros clínicos e o farmacêutico clínico carimba a mesma validando a prescrição.
- As intervenções relacionadas a horários de administração e alguns parâmetros clínicos são pontuados com a enfermeira da unidade; as intervenções relacionadas a prescrição médica, são realizadas com a equipe médica.

Risco de queda

Enfermagem

- Reforçar orientações para cuidador/familiar solicitar a enfermagem ao sair do leito;
- Deixar campainha próxima, cama baixa, grades elevadas e alarmadas;
- Rondas no quarto a cada 2 horas.

Nutrição

- Solicitar avaliação da fonoaudiologia para liberar dieta segura.

Fisioterapia

- Estimular a mobilidade segura com foco em fortalecimento e equilíbrio;
- Atividades que estimulem o relaxamento e o controle da respiração.

Psicologia

- Intervir e contribuir no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização.
- Auxiliar na redução e compreensão de sintomas depressivos e ansiedade.
- Acompanhar quadros emocionais como a catastrofização da dor; identificar dor psicôgenica;
- Estimular a adesão ao tratamento algico, sensibilizando a receptividade no manejo da dor

Farmácia Clínica

- Avaliar a prescrição médica; Diariamente análise de liberação de medicamentos gatilhos “trigger tolls” (naloxona, lanexate, hidrocortisona, difenidramina, fitomenadiona, fexofenadina, hidroxizine, loratadina)
- Os pacientes em uso de dispositivo PCA é avaliado os parâmetros clínicos e o farmacêutico clínico carimba a mesma validando a prescrição.
- As intervenções relacionadas a horários de administração e alguns parâmetros clínicos são pontuados com a enfermeira da unidade; as intervenções relacionadas a prescrição médica, são realizadas com a equipe médica.

Alterações fisiológicas(Reações Adversas)

Enfermagem

- Acionar código amarelo se Bradicardia (FC<40bpm, Hipotensão arterial com PAS <90mmHg, FR <8rpm)
- Se náusea: orientar que a alimentação deve ser fracionada; Evitar odores fortes no ambiente;
- Se retenção urinária: aplicar calor local para estimular o relaxamento dos esfíncteres caso não haja contraindicações; Realizar massagem abdominal, em movimentos circulares e discutir a necessidade do uso de laxantes.

Nutrição

- Manter jejum oral se paciente sonolento ou hipoativo.
- Liberar dieta após avaliação da fonoaudiologia. Adequar dieta da paciente para laxativa / Incluir suco laxativo. Orientar consumo de água adequado para favorecer bom funcionamento do hábito intestinal.

Fisioterapia

- Exercícios de relaxamento progressivo e ativo.
- Acionar código amarelo se Bradicardia (FC<40bpm, Hipotensão arterial com PAS <90mmHg, FR <8rpm) durante os exercícios.
- Incentivar a deambulação segura, posicionamento e mobilidade no leito;
- Estimular medidas não farmacológicas (Crioterapia, Termoterapia, posicionamento, alongamento.)

Fonoaudiologia

- Dieta Via Oral assistida.
- Decúbito elevado >60° durante a alimentação e >30° se via alternativa de alimentação.
- Verificar estado de alerta favorável para ingestão de alimentos via oral.

Psicologia

- Intervir e contribuir no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização.
- Auxiliar na redução e compreensão de sintomas depressivos e ansiedade.
- Acompanhar quadros emocionais como a catastrofização da dor; identificar dor psicôgenica;
- Estimular a adesão ao tratamento algico, sensibilizando a receptividade no manejo da dor

Farmácia Clínica

- Avaliar e acompanhar os parâmetros clínicos (frequência cardíaca, saturação, PA, diurese, evacuação, sinais e sintomas da dor), idade, alergia, função renal e hepática, dose, posologia, horários de administração, interação medicamentosa, duplicidade terapêutica.
- Sinais e sintomas de possíveis reações adversas.

16. Planejamento Educacional para Alta – Educação do Paciente e Família

Recomenda-se que o plano educacional para a alta hospitalar deve ser realizado desde o momento da admissão do paciente até a alta hospitalar de modo que as informações fornecidas aos pacientes e familiares sejam compreendidas e assimiladas.

Para pacientes idosos (principalmente com idade acima de 75 anos) devemos levar em consideração um possível declínio cognitivo como: alterações de memória que refletem em dificuldade para recordar nomes, números de telefone, nomes e horários de medicamentos, entre outros. Dessa forma, devemos nos certificar que o paciente entendeu a informação que a ele foi transmitida, caso não haja entendimento por parte do paciente, realizar a orientação para o acompanhante ou cuidador

16. Planejamento Educacional para Alta – Educação do Paciente e Família

Tratamento eficaz	Para melhor adesão ao tratamento explicar ao paciente que a terapia farmacológica é individualizada e às vezes além de analgésicos são necessários outras classes medicamentosas para alívio da dor por um período de tempo. Fazer uso das medicações conforme prescrição médica, não interromper o tratamento sem antes comunicar o médico.
Reações adversas	São esperadas, como: tontura, boca seca, constipação, coceira, náusea e vômito. Para todas as reações tem medicação para o controle, é importante avisar o médico.
Identificar fatores psicossociais que pioram a dor	Alguns fatores que podem pioram a sensação dor: Ansiedade, depressão, agressividade, discordância com o diagnóstico. Incentive o paciente a retomar seus interesses a assumir novas atividades no cotidiano.

Educar o paciente sobre sua dor	Ensina-lo a identificar a sua “dor aceitável”, identificar os fatores de melhora. Oriente- o a registrar o horário em que a dor aparece em maior intensidade, outros sintomas associados e se alguma atividade pode ter sido o “gatilho” para surgimento dessa dor. O médico, em consulta de rotina deve ser comunicado. Ensinar como auto mensurar sua dor exemplificando as intensidades: leve, moderada, forte e insuportável com comprometimento das atividades básicas. Reconheça estressores no cotidiano que podem vir a interferir na manutenção ou intensidade de dor. É importante que o paciente entenda que restrições momentâneas são impostas pelo tratamento.
Exercícios propostos	Verificar com a equipe de fisioterapia algum exercício específico para controlar ou evitar a dor. O paciente com dor tem medo de movimentar-se (cinesiofobia), é importante que o mesmo exercite-se (caminhadas, atividades de alongamento), se não houver restrições relacionadas ao diagnóstico e queixa de dor.

Medidas não farmacológicas

Crioterapia, Termoterapia, posicionamento, alongamento. Verificar com a equipe de fisioterapia/ equipe médica qual medida mais efetiva e sem contra indicações para aliviar o quadro algico.

17. Plano de Alta – Educação do Paciente e Família

Pacientes com receita de analgésicos para controle da dor:

Alta com opióides (metadona, morfina, oxycodona, tramal, restiva, codeína):

- Alta com oxycodona (Oxycontin): os comprimidos não devem ser macerados ou partidos para administração ou mastigados. Não deve ser realizado por sonda naso enteral.
- Orientar usar somente a dose indicada pelo seu médico, nunca tomar opióides em maiores quantidades ou com mais frequência do que o prescrito;
- O opióide pode causar efeitos adversos, como:
 - Constipação intestinal: aumentar a ingestão hídrica (se não houver restrição de líquidos), consumir alimentos com alto teor de fibras (se a dieta permitir), caminhar.
 - Náuseas, vômitos, boca seca: alimentação fracionada, higienização bucal, hidratação.

- Sonolência, tonturas: aumento do risco de quedas. Orientar não deixar tapetes nos corredores, usar calçado antiderrapante, luzes acessórias acessas à noite.

Respeitar o horário das medicações, não adiantar dose do analgésico, no caso de dor incidental, fazer uso da “medicação de resgate” para alívio da dor (se houver em prescrição médica).

- Caso dor de difícil controle mesmo em uso de analgésicos da receita e efeitos colaterais persistentes, entrar em contato com o médico responsável ou procurar um pronto atendimento.

Paciente em uso prévio de adesivo, se mudança da dosagem prescrita: Retirar o adesivo anterior e iniciar com a nova dosagem prescrita.

Alta em uso de Buprenorfina (Restiva)

- Deve ser aplicado na pele não irritada, na parte superior do tórax, braços, costas.
- Deve ser trocado a cada 7 dias;
- O adesivo não pode ser cortado;
- Deve ser aplicado em um local da pele sem pelos. Se necessário, os pelos devem ser cortados com tesoura e não depilados ou raspados.
- O local da aplicação do adesivo deve ser alternado. O local de aplicação pode ser repetido

após intervalo de pelo menos 3 semanas.

- O local da aplicação deve ser limpo apenas com água limpa, a pele deve estar seca antes que o adesivo seja aplicado.
- Banho, ducha ou natação não afetam o adesivo. Se o adesivo soltar e cair, um novo deve ser aplicado.
- Durante o tratamento com restiva, evitar exposição do local de aplicação a fontes de calor externas, tais como saunas, cobertores elétricos, isto pode levar a um aumento da absorção do fármaco.
- Consulte as orientações e recomendações do fabricante.

Alta em uso de TOPERMA (Lidocaína 5%)

- Deve ser aplicado em um local da pele sem pelos. Se necessário, os pelos devem ser cortados com tesoura e não depilados ou raspados.
- O emplasto deve ser aplicado sobre a área dolorida.
- O emplasto pode ser cortado para adaptar-se a região afetada da pele. Cortar antes de remover a película protetora.
- Aplicar até 03 emplastos na área afetada da pêlo (dolorida), pressionar por 10 segundos.

- Evitar contato com água durante o uso do toperma. Tomar banho, nadar no período em que estiver sem ele.
- O emplasto deve ficar em contato com a pele por 12 horas. Permanecer 12 horas sem o adesivo.
- Consulte as orientações e recomendações do fabricante.

18. Cuidados com Pacientes em uso de PCA

A PCA (Patient Control Analgesia) é a técnica definida como autoadministração de analgésicos.

As modalidades de infusão utilizadas são: dose contínua, Bolus/ PCA ou dose continua+ bolus. As infusões podem ser administradas pela via venosa e peridural.

- A instalação da PCA é atribuição Enfermeiro capacitado (COREN parecer: 018/2016) ou médico, sob prescrição médica em impresso próprio da instituição "prescrição de PCA".
- Para as bombas de PCA instaladas na Unidade de Internação, o enfermeiro deverá solicitar o equipamento no Centro Cirúrgico ou UTI (onde existem estoques de bombas), deve preencher uma CI (Comunica

ção interna) com os dados da paciente e setor para retirada do equipamento. Após a suspensão da terapia, o equipamento deverá ser devolvido imediatamente ao setor de origem.

- Após a instalação da PCA, a enfermagem será responsável pelo controle dos sinais vitais, que deverão ser verificados de:

2/2h nas primeiras 12h, após de 4/4h até a suspensão da terapia.

- O enfermeiro deve no momento da instalação do equipamento realizar uma orientação ao paciente sobre o funcionamento, botão de acionamento, alarmes e fazer um registro na evolução multiprofissional das orientações e entendimento do paciente.

Preparo da Solução:

A solução deve ser preparada pelo enfermeiro ou médico conforme prescrição médica com dupla checagem (Enfermeiro-enfermeiro ou enfermeiro-técnico de enfermagem ou médico-equipe de enfermagem).

Segurança:

A PCA modalidade bolus é de uso exclusivo do paciente. Ele deve ser o responsável por acionar o equipamento.

PCA *by proxy* (por procuração) refere-se ao acionamento do equipamento por profissionais de saúde e/ ou familiares e não deve ser realizado pelo risco de eventos adversos severos como demonstrado no exemplo abaixo:

Acionamento > Dose > Analgesia > Dor

Acionamento > Dose > Analgesia > Se Sedação

Dorme > Quem dorme não aciona > Sem doses adicionais

Metabolização > Sedação não progressiva

Não chega a depressão respiratória

Pacientes com PCA Eletrônica:

- Uma vez por plantão, ou seja, 6h, 12, 18h e 24h, o enfermeiro deverá zerar as “**doses administradas**” e as “**tentativas de dose**”, registrando os valores no verso da Prescrição de PCA, conforme figura abaixo.

Validade da solução da bomba de PCA eletrônica: 48h

Validade do equipo da bomba de PCA eletrônica: 96h

6. Registros do Enfermeiro (Realizar 01 registro por turno ou caso necessidade)							
Data	Hora	Efeitos Colaterais	Complicações com cateter peridural/sítio de inserção	Fixação do cateter Peridural / Posição marca	Doses administradas	Tentativas de Dose	Assinatura

- Os outros campos: data, hora, efeitos colaterais, complicações com cateter peridural/ sítio de inserção, fixação do cateter peridural/ posição marca devem ser preenchidos conforme legenda descrita neste impresso.
- Deverá avaliar no momento que for zerar o equipamento a efetividade da administração da medicação, comparando os escores de dor, relatos do paciente com as doses administradas e tentativas de doses, devendo realizar um registro na evolução multiprofissional das ações realizadas. (Ex. comunicado médico ou reforço de orientação ao paciente).

Pacientes com PCA Mecânica:

Validade da solução da bomba de PCA mecânica (Vygon): 48h

- Uma vez por plantão, ou seja, 6h, 12, 18h e 24h, o enfermeiro deverá realizar o registro dos efeitos colaterais, conforme legenda do impresso e descrever NA (não se aplica) em todos os outros campos e assinar.

Como Zerar a Bomba de PCA

Parar o equipamento – em nível de segurança: desbloquear a bomba (LL0) – inserir o código 63 e confirmar – em seguinte procure “doses administradas” e “tentativas de dose” aperte apagar – antes de iniciar a infusão – em nível de segurança: bloquear (LL2) o equipamento – inserir o código 63. Equipamento pronto para ser iniciado.



**Aponte a câmera do seu celular
Senha de acesso ao Guia de Instruções: 63**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **NIC: Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2010. 311-313 p.
2. MOORHEAD, Sue; JOHNSON Marion; MASS, Meridean L.; SWANSON Elizabeth. **NOC: Classificação dos resultados de enfermagem**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2008.
3. Amoretti, C. F et al. **Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária**. Rev. Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 325-330.
4. LEÃO, Elisabeth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2007. 183-212 p.
5. NAIME, Fauzia F. **Manual de tratamento da dor: Dor aguda e dor de origem oncológica**. Tratamento não invasivo.. 2ª ed. Barueri SP: Manole, 2013. 157-178 p.
6. BUSSOTTI, E. A; GUINSBURG, R; PDREIRA, M as L.G; **Adaptação Cultural para o Português do Brasil da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)**. Ver Latino Am-Enfermagem. Jul-Ago.2015. 23(4): 651-9.
7. MOTTA, G de C. P. da. **Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Infant Pain Scale para uso no Brasil**, 2013.
8. NASSAR JUNIOR, A. P; PIRES NETO, R. C; FIGUEI-
REDO, W. B de e PARK, M. **Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos**. São Paulo Med. J. [online]. 2008, vol.126, n.4, pp.215-219.
9. **Escala de Avaliação de Dor em Idosos demenciados (PAI-NAD) versão língua portuguesa – Brasil**, 2012.
10. MOTA, Tatiane Glória da. **POP1279 – Gerenciamento da Dor**. Acesso Intranet DOCNIX – Hcor.
11. MOTA, Tatiane Glória da. **PROT1604 – Protocolo de Bomba de Analgesia Controlada pelo paciente**. Acesso Intranet DOC NIX - Hcor
12. GONÇALVES, Marcelo Alves. **PROTO353 – Protocolo de Dor**. Acesso Intranet DOCNIX – Hcor.
13. COREN-SP. Câmara técnica. **Orientação Fundamentada n. 018/2016 – Bomba de Analgesia Controlada pelo Paciente**.
14. Figueiredo, C. I.P. **Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor**. Dissertação Mestrado. Guarda, dez. 2016.
15. MORETE, Marcia Carla; MOFATTO Sarah Camargo; PEREIRA, Camila Alves; SILVA, Ana Paula; ODIEMA Maria tereza. **Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale**. Rev. Brasileira de Terapia Intensiva, 2014. 26 (4) 373-378.
16. PIMENTA, Paula Cristina de Oliveira; CHEREM Estefânia; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES Diego Pereira. **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor neonatal: revisão integrativa de literatura**. Indexado LILACS. 2013

Coordenado por:
Siomara Tavares Fernandes Yamaguti
Tatiane Glória da Mota

Elaborado por:
Grupo Multidisciplinar da Dor

Apoio:
Gerência Executiva Assistencial e
Universidade Corporativa

Responsável Técnico
Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962

hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica - Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 - São Paulo - SP

Hcor - Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 - São Paulo - SP

Hcor Medicina Diagnóstica - Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 - 2º andar - São Paulo - SP

Hcor Onco - Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 - São Paulo - SP

Hcor - Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 - São Paulo - SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 - Central de Agendamento: (11) 3889-3939 - Pronto-Socorro: (11) 3889-9944
hcor.com.br