

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO

THIAGO DA SILVA

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DOR DE
PACIENTES ADULTOS CIRÚRGICOS**

PORTO ALEGRE

2014

THIAGO DA SILVA

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DOR DE
PACIENTES ADULTOS CIRÚRGICOS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Lisia M. Fensterseifer
Coorientadora: Profa. Dra. Karin Viegas

PORTO ALEGRE

2014

S586e

Silva, Thiago

Elaboração de um protocolo assistencial para dor de pacientes adultos cirúrgicos / por Thiago Silva. – Porto Alegre, 2014.

89 f. : il. color. ; 30 cm.

Com: artigo “Protocolo assistencial para dor de pacientes adultos cirúrgicos: revisão sistemática”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2014.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Lisia M. Fensterseifer; Coorientação: Prof^ª. Dr^ª. Karin Viegas, Escola de Saúde.

1.Dor. 2.Dor – Medição. 3.Dor crônica – Tratamento. 4.Cuidados pós-operatórios. 5.Enfermagem perioperatória. 6.Analgésicos. I.Fensterseifer, Lisia M. II.Viegas, Karin. III.Título.

CDU 616-009.7
616.8-009.7
616-089
614.253.5:616-089

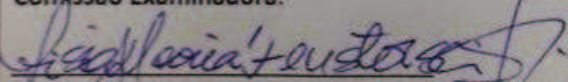
Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

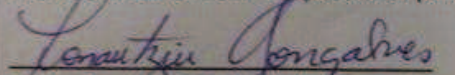
ATA DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO PÚBLICA Nº 11/2014

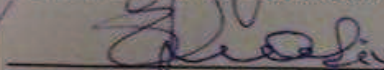
Aos quatro dias do mês de julho do ano de dois mil e catorze, realizou-se, na Sala CPA206 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a sessão de Arguição Pública do Trabalho de Conclusão "ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO CLÍNICO PARA DOR DE PACIENTES ADULTOS CIRÚRGICOS" do aluno Thiago da Silva, nível Mestrado. A Comissão Examinadora foi constituída pelas professoras doutoras Lísia Maria Fensterseifer (Orientadora), Tonantzin Ribeiro Gonçalves (UNISINOS), e Eliane Goldberg Rabin (UFCSPA).

Desenvolvidos os trabalhos nos termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o Trabalho de Conclusão foi aprovado pela Comissão Examinadora.

Comissão Examinadora:


Profa. Dra. Lísia Maria Fensterseifer (Orientadora)


Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves


Profa. Dra. Eliane Goldberg Rabin

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Jesus Cristo, por manterem a minha vida e possibilitarem a conclusão dessa trajetória.

Aos meus pais, Pedro Antonio de Souza e Rosangela da Silva, pela criação, pela educação, pela formação e pelos valores ensinados para o meu desenvolvimento pessoal.

A minha irmã Dayse Cristina e ao meu pequeno sobrinho João Luca, pelo constante apoio nesta etapa da vida.

A minha orientadora Profa. Dra. Lisia M. Fensterseifer e a minha Coorientadora Profa. Dra. Karin Viegas, preocupadas com o aluno em todas as circunstâncias da vida, pelos saberes compartilhados e pela paciência durante o desenvolvimento da pesquisa, além de serem exemplos de profissionais a serem seguidos.

Ao meu grande e fiel amigo Marcelo Cardoso Machado, que sempre me incentivou, acreditando no meu potencial.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Unisinos, pela excelência e qualidade no ensino, e pela pesquisa e construção do conhecimento proporcionado nesse período.

Aos meus amigos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem (Turma 2012), em especial, Lisiani Pires, Fabiano de Faveri, Fabio Rosa, pela convivência, pela amizade e pelas festas compartilhadas.

Aos amigos colegas e professores da UNISINOS, em especial, à Prof^ª. Simoni Machado, a qual acompanha minha trajetória desde a graduação, a Daniela Menezes, pela paciência em atender todas as minhas inúmeras solicitações, por vezes, repetidas.

Aos professores membros da banca examinadora, pela disponibilidade e oportunidade de aprendizado.

À coordenadora da Escola Técnica em Enfermagem ACM-RS, Enfermeira Adriana Bonotto, por me apoiar, incentivar e acreditar no meu profissionalismo.

A minha chefe, amiga Claudia Capellari, que apostou em mim, para fazer parte do corpo docente do curso de Enfermagem da Faculdade Integradas de Taquara/RS.

A minha colega, amiga e conselheira Aline Carla Hennemann, parceira de todas as atividades acadêmicas na FACCAT/RS, juntos achamos que vamos mudar o mundo.

Ao meu grande amigo, conselheiro, que me motivou a seguir na trajetória acadêmica Prof. Dr. Wiliam Wegner, um ser humano encantador, que, hoje, tento seguir seus caminhos, meu espelho, alguém que levarei para sempre em meu coração.

Aos alunos e ex-alunos que sempre foram um estímulo e, ao mesmo tempo, desafio na formação crítico-reflexiva e na transformação da realidade social do nosso país.

A todos(as) amigos(as), que sempre motivaram e potencializaram a conclusão desta trajetória.

RESUMO

OBJETIVO: identificar e analisar as melhores evidências científicas como suporte teórico para a elaboração de um protocolo assistencial para o manejo da dor de pacientes adultos cirúrgicos. **METODOLOGIA:** trata-se de estudo exploratório, realizado em bases de dados através dos descritores obtidos no MeSH/Decs: *Acute pain; chronic pain; General surgery; Analgesics; Clinical protocols; Practice guideline; Pain measurement; Pain; Post-Surgery; Post-Operative*. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, LILACS e COCHRANE, utilizando-se o método PICO, compreendendo artigos escritos em inglês ou português, a partir de 2001 e classificados conforme o sistema de classificação de Nível de Evidência do *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e o grau de recomendação e o nível de evidência no enfoque tratamento, prevenção, etiologia e diagnóstico, do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE*. Todos os direitos autorais foram preservados. **RESULTADOS:** dos 424 artigos encontrados, 29 foram selecionados. Identificaram-se evidências quanto à classificação da intensidade da dor conforme o tipo de cirurgia, os instrumentos para sua avaliação e os principais agentes farmacológicos para o seu manejo. Os resultados mostraram que a maioria dos artigos são do Brasil e Estados Unidos, sendo a maior produção em 2013 (8 artigos), 2009 (5 artigos) e 2010 (4 artigos). As melhores evidências encontradas foram 16 ensaios clínicos randomizado e seis revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizado. A escala de mensuração da dor mais utilizada é a Escala Visual Analógica. Deve ser classificada conforme sua intensidade e seu manejo deve ser adequado de acordo com a potência do analgésico prescrito. **CONCLUSÃO:** os estudos identificaram inúmeras fragilidades, não existindo um planejamento farmacológico adequado ao paciente cirúrgico. A criação deste protocolo propiciou um caminho seguro e uma base científica de qualidade para o manejo da dor e vêm ao encontro das diretrizes estabelecidas pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, e a Sociedade Americana da Dor.

Palavras-chave: Dor aguda. Dor crônica. Cirurgia geral. Analgésicos. Protocolos clínicos. Guia de prática clínica. Medição da dor. Dor. Pós-operatório.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to identify and analyze the best scientific evidence and theoretical support for the development of a protocol assistance for pain management of surgical adult patients. **METHODOLOGY:** this is an exploratory study conducted in databases obtained through the descriptors in MeSH / Decs: Acute pain; chronic pain; General surgery; Analgesics; Clinical protocols; Practice guideline; Pain measurement; Pain; Post-Surgery; Post-Operative. The search was performed in PubMed, LILACS and COCHRANE data, using the PICO method, comprising articles written in English or Portuguese, from 2001 and classified according to the classification system LoE of the Oxford Centre for Evidence Based Medicine and grade of recommendation and level of evidence approach in treatment, prevention, etiology and diagnosis, the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE. All copyrights are preserved. **RESULTS:** among the 424 articles found, 29 were selected. We identified evidence for the classification of pain intensity according to the type of surgery, the instruments for their assessment and the main pharmacologic agents for its management. The results showed that most of the articles are from Brazil and the United States, with the largest production in 2013 (8 articles), 2009 (5 items) and 2010 (4 articles). The best evidence found were 16 randomized clinical trials and systematic reviews of six randomized clinical trials. The measurement scale is the most widely used pain Visual Analog Scale. Should be classified according to their intensity and their management should be appropriate according to the prescribed analgesic potency. **CONCLUSION:** the studies identified numerous weaknesses, with no adequate pharmacological planning to surgical patients. The creation of this protocol provided a safe journey and a scientific basis for quality pain management and come to meet the guidelines established by the American Agency for Research and Quality in Public Health, and the American Pain Society.

Key-word: Acute pain. Chronic pain. General Surgery. Analgesics. Clinical protocols. Practice guideline. Pain mensurement. Pain. Post operative.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma das bases de dados utilizadas na busca bibliográfica dos artigos para a revisão sistemática.....	23
Figura 2 -	Diagrama de classificação do tipo de dor.	41
Figura 3 -	Diagrama conforme alterações fisiológicas relacionadas ao quadro de dor.	43
Figura 4 -	Escala visual analógica	50
Figura 6 -	Fluxograma para monitoramento da dor conforme sua classificação.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Metodologia da busca dos artigos nas bases de dados que foram utilizados na revisão sistemática.	24
Quadro 2 – Características dos artigos selecionados, descritores estabelecidos segundo título, país, autor, periódico, número de participantes, tipo de estudo, intervenção e nível de evidências.	25
Quadro 3 – Níveis de evidência no enfoque tratamento, prevenção, etiologia e diagnóstico.	35
Quadro 4 – Classificação da intensidade da dor conforme tipo de cirurgia:	42
Quadro 5 – Principais sinais e sintomas, segundo o tipo de dor aguda e crônica.	44
Quadro 6 – Classificação da potência do analgésico	45
Quadro 7 – Apresentação Farmacológica para o manejo da dor.	46
Quadro 8 – Apresentação dos fármacos, doses regulares, intervalos entre doses, dose máxima diária, utilizados para o manejo da dor do paciente conforme seu limiar diagnosticado pela EVA.	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	17
2.3 METAS ESPERADAS	17
3 METODOLOGIA	18
3.1 DELINEAMENTO	18
3.2 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	18
3.2.1 Primeira etapa: Revisão sistemática da literatura	18
3.2.1.1 Busca de evidências e definição da questão terapêutica	18
3.2.1.2 Localização e seleção dos estudos	18
3.2.1.3 Avaliação crítica dos estudos	19
3.2.1.4 Busca Sistemática	19
3.2.1.5 Análise dos resultados	20
3.2.2 Segunda etapa: construção do protocolo da dor para pacientes cirúrgicos	20
4 ASPECTOS ÉTICOS	22
5 RESULTADOS	23
5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA	23
5.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DOR DE PACIENTES CIRÚRGICOS	34
5.2.1 Apresentação	34
5.2.2 Níveis de evidências	35
5.2.3 Declaração de conflito de interesse dos autores	36
5.2.4 Glossário e termos técnicos	36
5.2.5 Transcendência e vulnerabilidade	38
5.2.6 Magnitude	39
5.2.7 Objetivo	40
5.2.8 Justificativa	40
5.2.9 Diagnóstico	41
5.2.9.1 Classificação da dor	41
5.2.9.2 Manifestações da dor	42
5.2.9.3 Intensidade da dor	42

5.2.10 Avaliação da dor.....	43
5.2.11 Manejo da dor	45
5.2.12 Monitoramento	51
5.2.13 Gestão do protocolo	52
5.3 REFERÊNCIAS DO PROTOCOLO.....	52
6 CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA DAS EVIDÊNCIAS.....	69
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	70
ANEXO A – ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS.....	71
ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA OXFORD CENTER FOR EVIDENCE BASED MEDICINE	72

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma das grandes preocupações dos seres humanos. Essa manifestação desempenha um papel de alerta em relação ao estado clínico e as alterações fisiológicas que podem acometer um indivíduo no seu estado saúde/doença. (RUVIARO; FILIPPIN, 2012). Foi preocupação, até mesmo, 300 anos a.C., por Aristóteles, que considerava esse sintoma como um “estado da alma”, um conjunto de prazeres por sensações desagradáveis. Em 1976, a *International Association For The Study Of Pain* (IASP), a fim de estabelecer uma comunicação universal, constituiu uma subcomissão de taxonomia da dor. O resultado dessa movimentação foi submetido à Assembleia Geral em Congresso e à Organização Mundial da Saúde (OMS) para inclusão na Classificação Internacional de Doenças (CID). (PINTO; CASA, 2005). A partir de então, a dor passou a ser definida pela IASP como uma experiência sensitiva, emocional e desagradável, relacionada à lesão tecidual ou associada a dano presente ou potencial, podendo envolver mecanismos físicos, psíquicos e culturais. (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011; CIPRIANO; ALMEIDA; VALL, 2011). É algo subjetivo, ou seja, pode ser entendida, muitas vezes, somente por quem a está sentindo. Por vezes, os profissionais nos serviços de saúde subestimam esse sinal, sendo ele um fator iatrogênico, podendo desencadear diversas alterações no paciente. Logo, a queixa álgica deve ser valorizada e respeitada diante do desconforto que ela manifesta. (LUPPEN; SAMPAIO; STADNIK, 2011; INFANTE, 2011; JUNIOR et al., 2012).

A dor não aliviada desperta diversos sentimentos nos pacientes, podendo, muitas vezes, ser um fator agravante para o seu processo de recuperação. Ela gera ansiedade, sintomas depressivos, déficit de cognição, sono interrompido, até mesmo, a impossibilidade de realizar atividades, necessitando de uma assistência mais efetiva. (COSTA; CHAVES, 2012).

A assistência prestada ao paciente com dor é complexa, exigindo conhecimento da equipe de saúde quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica, para tratar a dor de forma adequada. Sua mensuração é fundamental para a orientação terapêutica, e da escolha do tratamento mais seguro. Estima-se um custo elevado para o manejo da dor, pela variabilidade farmacológica existente. A falta de conhecimento científico dos profissionais da saúde se traduz no inadequado manejo para o alívio da dor, e o seu conhecimento fica limitado, até mesmo, diante dos analgésicos de uso comum. (MAGALHÃES et al., 2011).

A dor nem sempre está relacionada à doença ou ao estado patológico do paciente; ela pode estar associada a uma ação não programada, como: dor induzida pelo cuidado, dor

provocada por manuseio técnico, dor das punções, dores provocadas pelos tratamentos e procedimentos diagnósticos, entre outras. Frente a essas ações, pode-se traduzir em um resultado final negativo à dor iatrogênica, que, na maioria das vezes, pode ser evitada se forem implantados, de forma efetiva, nas instituições de saúde, protocolos clínicos para o seu manejo, bem como orientações adequadas para as equipes de saúde por meio de programas educativos. (INFANTE, 2011).

A dor e o seu manejo é uma temática que desperta muitas inquietações, o que estimula a busca de novas respostas e avaliações para o seu controle. O envolvimento da enfermagem e dos demais profissionais de saúde junto aos pacientes e a seus familiares é altamente significativo para desenvolverem estratégias inovadoras diante do cuidado ofertado. Dessa forma, objetiva-se uma assistência eficaz do ponto de vista técnico, científico, humano e ético. Essas ações são indiscutíveis para o bem-estar físico e emocional dos pacientes, proporcionando o alívio da dor e do sofrimento, o que exige cada vez mais das equipes de saúde, competências técnicas e científicas. (COSTA; CHAVES, 2012).

Sendo o alívio da dor, um direito humano, um fator ético que deve ser desempenhado por todos os profissionais da saúde, no entanto, as equipes de saúde, mais precisamente a enfermagem, devem estar embasadas cientificamente em relação à avaliação, por realizarem maior o número de intervenções entre os profissionais (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Fatores psicológicos, sociais e espirituais podem interferir na avaliação da queixa álgica. Os profissionais devem estar atentos às expressões faciais e ao autorrelato, pois a avaliação da dor pode ser um indicador de segurança dos pacientes, principalmente àqueles hospitalizados. É essencial refletir sobre o cuidado prestado ao ser humano, e estabelecer uma visão sistêmica no processo de acompanhamento, pois uma internação hospitalar desperta diversos sentimentos, sendo estes relacionados à dor, quando não tratada. O cuidado mecanizado é uma barreira no processo de comunicação, diante de uma situação dolorosa, e até mesmo na hospitalização de um paciente cirúrgico. (SAÇA et al., 2010).

É de responsabilidade dos profissionais de saúde o estudo e manejo da dor, principalmente enfermeiros e médicos, por terem a oportunidade de cuidar do adulto com queixas álgicas em diversas circunstâncias do cuidado, em especial, do paciente no período perioperatório. (SILVA; PIMENTA, 2003).

Contudo, a implementação de protocolos clínicos baseados em evidências nas instituições hospitalares para o adequado manejo da dor seria uma das estratégias que promoveriam ações preventivas, educativas e promocionais no estado saúde/doença do

paciente cirúrgico. Assim, os *Protocolos* se definem como algo pronto, a ser utilizado por meio de recursos, até mesmo, a padronização de leis e procedimentos que orientam uma determinada tarefa. O protocolo de prática clínica para o manejo da dor do paciente cirúrgico insere-se no conceito assistencial que busca atenção à saúde do paciente. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; SIMÃO et al., 2007).

O emprego de protocolos clínicos no âmbito cirúrgico propicia processos de aprendizagem às equipes de saúde, garantindo uma padronização das ações, tanto assistenciais quanto administrativas. Essa é uma opção de enfrentamento para os problemas existentes que permite a redução de gastos desnecessários. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos clínicos são ferramentas embasadas cientificamente que se traduzem em uma assistência sistematizada, visando à excelência do cuidado, transformando uma visão multidisciplinar, que resulta em melhorias dos processos, principalmente os relacionados aos pacientes cirúrgicos independentemente da sua complexidade. (CORREA et al., 2012). Estes protocolos são ferramentas gerenciais que propiciam um caminho seguro, geram produtividade e competitividade em nível internacional. Constituem uma base moderna de manejo da dor, unificando condutas que elevam qualidade da assistência. (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Para a avaliação da dor, os estudos descrevem dois instrumentos – unidimensionais e multidimensionais –, que se subdividem em diversas escalas de avaliação. Na área hospitalar, vêm sendo utilizados os instrumentos unidimensionais, pois são escalas que avaliam a sua intensidade, sendo de fácil aplicabilidade, tornando-se vantajosa quanto à sua mensuração, gerando uma eficácia no tratamento do paciente diante da sua queixa álgica. (BARBOSA et al., 2011). São escalas que permitem quantificar o grau da dor de forma confiável, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. (FREITAS et al., 2009).

Dentre as escalas de dor, a de maior uso nas instituições hospitalares é a escala numérica (EN), que permite identificar o grau da dor por meio de números, numa escala de zero a dez. O grau zero representa a ausência, e o grau dez representa a pior dor possível. A EN pode ser aplicada em gráfico ou verbalmente, e é de fácil aplicabilidade junto à população idosa, é válida e confiável. Suas limitações ficam restritas aos pacientes com déficit de cognição e baixo nível educacional, devido à propriedade das ações numéricas. (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006).

A escala verbal analógica (EVA) é considerada a que melhor descreve a dor, sendo de fácil entendimento para a população idosa. Contudo, traz consequências negativas, quando o paciente apresenta alterações cognitivas graves e introspecção para entender as palavras,

podendo mascarar o sintoma e este, até mesmo, ser tratado inadequadamente. (FREITAS et al., 2009). O paciente, quando apresenta alterações em nível de compreensão cognitiva, pode estar exposto a um instrumento de avaliação incorreto. Assim, é preciso que as instituições hospitalares tenham outras opções de escalas de avaliação de acordo com sua população-alvo. Esse tipo de escala pode apresentar-se em forma gráfica ou em forma de termômetro, para aplicação junto aos pacientes com alterações cognitivas de moderadas a grave, sendo-lhes solicitado que marquem a palavra ou ponto que melhor represente suas queixas álgicas.

Os profissionais de enfermagem devem estar inseridos nesse contexto, por desenvolverem a parte primordial do cuidado ao paciente hospitalizado, para que se instrumentalizem diante das competências técnicas e científicas em sua área de atuação. (PINTO, 2005; SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013). Assim, o manejo da dor é um indicador assistencial que deve ser avaliado e mensurado de forma sustentada por meio de protocolos clínicos que contemplem sustentabilidade científica para seu tratamento. (PAIVA et al., 2006).

1.1 JUSTIFICATIVA

A avaliação da dor possibilita o planejamento de um esquema terapêutico, diante das necessidades de cada indivíduo, principalmente daqueles submetidos a procedimentos cirúrgicos, que, na sua maioria, são transferidos para unidades de internações cirúrgicas após a alta da sala de recuperação. Essa ação resulta em benefícios aos pacientes cirúrgicos, permitindo avaliar a eficácia dos tratamentos de modo confiável, otimizando uma assistência segura, por meio dos cuidados dispensados pelas equipes de saúde. (RIBEIRO et al., 2011).

A dor é tratada de forma inadequada nas instituições de saúde, menos de 50% dos profissionais avaliam esse sintoma, uso de protocolos sem evidências científicas, resistência dos profissionais para adoção de uma nova cultura, métodos de avaliação inadequados, entre outros. Frente ao exposto, o menos beneficiado nesse contexto vem a ser o paciente, porque, quando tal sintoma não é tratado de forma adequada, apresentam-se diversas manifestações metabólicas no organismo. (SAKATA, 2008).

A queixa álgica, quando presente, deve ser valorizada e respeitada, pelo desconforto que cada paciente manifesta. Na atualidade, ainda se observam processos avaliativos ultrapassados, nas unidades de internações clínicas cirúrgicas, junto ao paciente de pós-operatório. Quando um paciente refere queixa álgica, muitas vezes, é ofertado um fármaco de baixa a média efetividade para, depois, progredir ao fármaco de maior efetividade. Embora a

dor se faça tão presente no cotidiano dos pacientes cirúrgicos, mesmo com a evolução tecnológica existem lacunas no conhecimento sobre esse evento, observando-se a real necessidade de um protocolo para o gerenciamento adequado da dor. (SCWEITZER et al., 2011).

A atividade assistencial da enfermagem deve ser realizada de forma coordenada, lógica e racional, orientada sistematicamente pela prática adquirida em inúmeras execuções rotineiras do ato de cuidar. Trata-se do processo orientado por meio de descobertas, avaliações e aplicações das melhores evidências disponíveis, para garantir uma assistência de qualidade aos pacientes, valendo-se dos resultados de pesquisas, consensos de especialistas ou mesmo da combinação de ambos para definição de novas estratégias de atenção à saúde. (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

O protocolo assistencial para o gerenciamento da dor é um instrumento que resulta na segurança do paciente, seguindo as diretrizes recomendadas pela *Joint Commission International*- JCI, que integra os seus direitos quando hospitalizados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo assistencial para o manejo da dor de pacientes adultos cirúrgicos.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Buscar as melhores evidências da prática clínica para a elaboração de um protocolo assistencial para o manejo da dor.

2.3 METAS ESPERADAS.

Os benefícios, com a normatização de um protocolo assistencial para o gerenciamento da dor, se refletirão na minimização da dor do paciente hospitalizado, principalmente quando tratado por cirurgia. A padronização desse protocolo trará maior segurança no cuidado do paciente em relação à sua queixa algica. Assegurará, também, a qualidade da assistência, por reduzir as complicações desencadeadas por esta queixa não tratada de forma adequada.

Trará benefícios para a equipe de saúde que se envolve no tratamento dos pacientes, pois esta terá segurança em proporcionar cuidados adequados às necessidades de cada um.

A validação deste protocolo Assistencial por “*experts*” é outra etapa a ser executada, bem como o treinamento da equipe de saúde que cuida de pacientes cirúrgicos para a sua devida implantação.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), este é um estudo do tipo exploratório.

3.2 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

A elaboração do protocolo assistencial para dor de pacientes cirúrgicos se compõe em duas etapas, sendo a primeira revisão sistemática da literatura que dará sustentação teórica para a elaboração da segunda etapa, que é a construção do protocolo propriamente dito. As etapas referentes à aplicação e validação do protocolo ocorrerão posteriormente.

3.2.1 Primeira etapa: Revisão sistemática da literatura

3.2.1.1 Busca de evidências e definição da questão terapêutica

Esta busca foi realizada pela revisão sistemática de literatura, que é um método de se apropriar das melhores evidências externas para uma tomada de decisão por meio da classificação de suas evidências e do grau de recomendação. Inicia-se pela definição da questão a ser respondida, devendo estar explícito o problema de saúde. (PEREIRA; BACHION, 2006). Para isso, utilizou-se o método PICO (ANEXO A), que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfechos). (FLEMMING, 1999; PEREIRA; AKOBENG, 2005; BACHION, 2006). Esses elementos são necessários para a elaboração da pergunta para a busca bibliográfica da melhor evidência.

Assim, a pergunta de pesquisa é: “Os pacientes cirúrgicos com queixa de dor, quando submetidos a uma avaliação pela equipe de saúde utilizando um protocolo assistencial dor, apresentam melhora desse sintoma?”.

3.2.1.2 Localização e seleção dos estudos

Nesta etapa, foram utilizadas as bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde/Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (BVS/LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline/PubMed) e Biblioteca Cochrane.

Utilizando-se os descritores da saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MEsH *Database*), e suas combinações na Língua Inglesa: dor aguda (*acute pain*); dor crônica (*chronic pain*); cirurgia geral (*general surgery*); analgésicos (*analgesics*); protocolos clínicos (*clinical protocols*); Guia de Prática Clínica (*Practice Guideline*); medição da dor (*Pain Measurement*); dor (*pain*) e Pós-Operatório (*Post-Operative*).

3.2.1.3 Avaliação crítica dos estudos

Os estudos foram avaliados conforme os critérios de inclusão, exclusão. As informações foram sistematizadas em ficha de registro, baseada no modelo de Glasziou, Del Mar e Salisbury (2010), e adaptadas para este estudo (APÊNDICE A).

Critérios de inclusão:

- artigos que abordem protocolos clínicos da dor;
- artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados pesquisadas;
- publicados em Português, Inglês e Espanhol.

Critérios de exclusão:

- teses e dissertações;
- monografias;
- resumos;
- artigos publicados em anais de congressos;
- livros.

Esses critérios possibilitarão a determinação da validade dos estudos selecionados, os quais poderão ser utilizados na revisão. (PEREIRA; BACHION, 2006).

3.2.1.4 Busca Sistemática

A busca sistemática dos artigos para este estudo envolveu dois pesquisadores, o autor e um auxiliar de pesquisa para haver fidedignidade na busca. Houve concordância entre os pesquisadores na busca dos artigos.

3.2.1.5 Análise dos resultados

Para a etapa de análise dos resultados, foi utilizada a estratégia de hierarquização dos níveis de evidência, dotando os estudos de uma maior transparência e cientificidade. (MECHANICK *et al.*, 2010). Para isso, utilizou-se o sistema de classificação de Nível de Evidência do *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e a classificação do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (Grade) diagnóstico, que ampara a implementação de novos protocolos, hierarquizando as evidências conforme o delineamento do estudo. (ANEXO B). (GLASZIOU; DEL MAR; SALISBURY, 2010).

3.2.2 Segunda etapa: construção do protocolo da dor para pacientes cirúrgicos

Para a elaboração desta etapa, utilizou-se como referência o Manual Operacional de Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP-GHC, 2008) e da *Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos* (2007), seguindo os passos:

Apresentação: descreve os aspectos gerais, que possibilitam a realização de um protocolo clínico. Deve conter o problema ou situação de saúde (prevalência, incidência, mortalidade e gravidade da condição de saúde e, caso haja informações sobre esse parâmetro, a carga de doença), em que serão abordados: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, prognóstico, reabilitação esperada, população-alvo e o objetivo;

Níveis de evidência: corresponde à abordagem realizada para classificar a força de evidência dos estudos científicos;

Declaração de conflito de interesse: apresenta a transparência científica e qualidade na sua divulgação;

Glossário: estabelece uma linguagem adequada diante de um tratamento e recuperação das informações, visando garantir referências para a organização de campos temático-funcionais, e estabelecer uma terminologia lógica;

Transcendência e vulnerabilidade: retrata realidade do tratamento ofertado aos pacientes adultos cirúrgicos que estão expostos a danos físicos e morais devido a sua fragilidade quando experimentam o fenômeno doloroso;

Magnitude: apresenta a qualidade, quantidade e condição em que é tratada a dor;

Objetivo: elaborado com base nas necessidades principais (políticas ou estratégicas) e os desfechos a serem obtidos com a aplicação do protocolo assistencial para o alívio da dor, sendo descrito com clareza;

Justificativa: apresenta a importância do tema e a viabilidade deste protocolo;

Diagnóstico: é o processo analítico de que se vale o especialista ao exame de uma doença ou de um quadro assistencial, para chegar a uma conclusão diante dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente;

Avaliação da dor: envolve a obtenção de informações relacionadas à localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios dolorosos;

Manejo da dor: ação farmacológica que será adotada diante da avaliação da dor;

Referências: discriminação das referências encontradas na literatura que suportem a elaboração e sua implantação;

Anexos e Apêndices: apresentação dos formulários, procedimentos e instrumentos de registro que serão utilizados.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O pesquisador titular e seus colaboradores manterão a autenticidade de ideias, conceitos e definições dos autores dos artigos utilizados na revisão sistemática para sustentação do processo de elaboração do protocolo clínico para o alívio da dor, preservando todos os direitos autorais, de acordo com a Lei N° 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998). A posterior extrapolação do protocolo para outras categorias de pacientes e/ou ambientes hospitalares manterá subordinação à lei referida.

Os dados desta pesquisa serão publicados na forma de artigos e apresentação de trabalhos em eventos científicos.

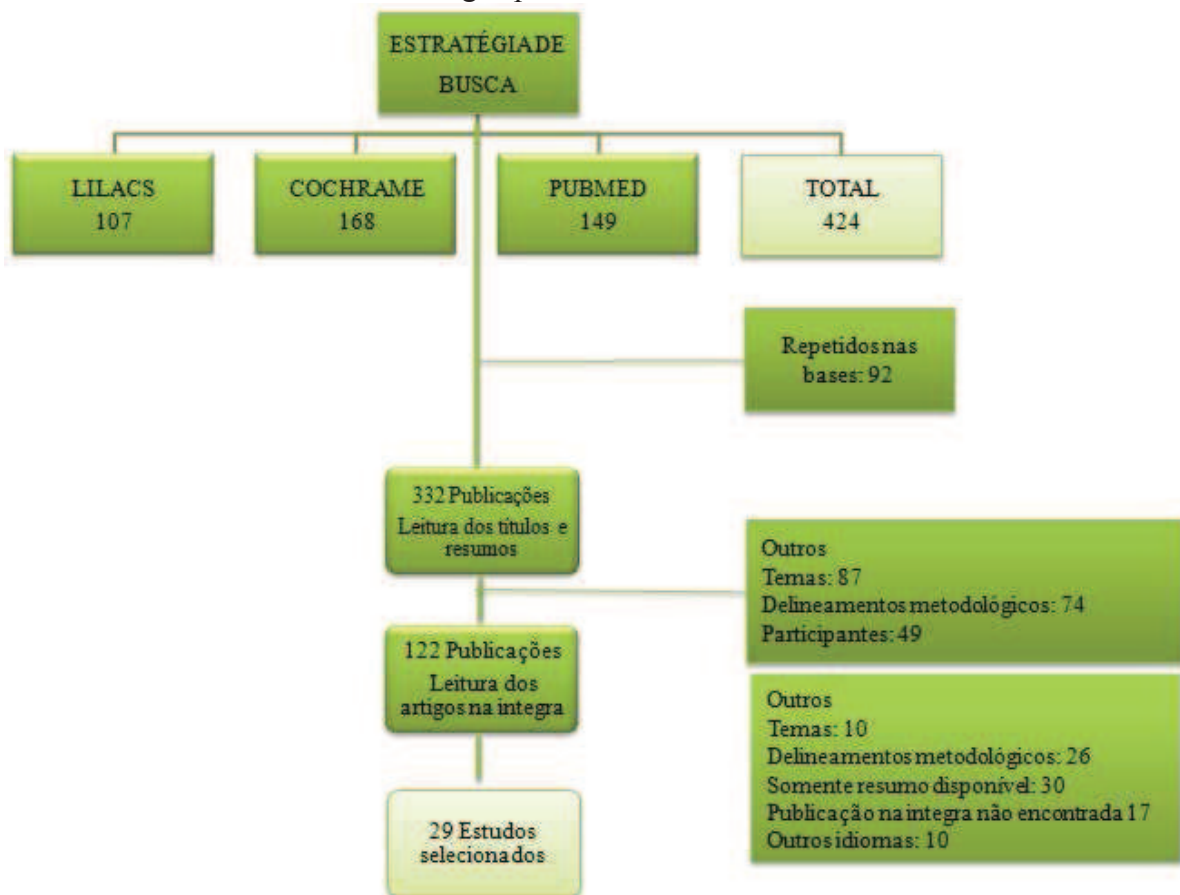
5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

A estratégia de busca para as bases de dados COCHRANE, PUBMED e LILACS foi realizada no mês de outubro do ano de 2013, sendo encontrados 424 artigos.

A seleção dos artigos (Figura 1) foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão. Trezentos e trinta e dois artigos foram considerados potencialmente elegíveis, e 210 artigos não continham informações suficientes, nos títulos e resumos, para seleção. Cento e vinte e dois artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais 29 foram incluídos na amostra desta revisão sistemática.

Figura 1 – Fluxograma das bases de dados utilizadas na busca bibliográfica dos artigos para a revisão sistemática.



Fonte: Adaptado de Favretto (2012).

O quadro 1 resume as buscas nas bases de dados utilizadas para a presente revisão sistemática sobre o manejo da dor.

Quadro 1 – Metodologia da busca dos artigos nas bases de dados que foram utilizados na revisão sistemática.

BVS / LILACS/ CROCHANE	
Decs/Descritores	Acute pain; chronic pain; General surgery; Analgesics; Clinical protocols; Practice guideline; Pain measurement; Pain; Post-Surgery; Post-Operative.
DESENHO DO ESTUDO	("general surgery\" and \"analgesics\") or ("acute pain\" and \"chronic pain\") or ("pain measurement\" and \"analgesics\") or ("clinical protocols\" or \"practice guideline\" and \"chronic pain\") or ("post-surgery\" or \"post-operative\" and \"analgesics\")
LIMITES	Pediatric; Animals; Neonatology, Children; Oncological pain; Nursing pediatric, only items with links to free full text, only items with abstracts, Humans, English, Spanish.
PUBMED/MEDLINE	
Decs/Descritores	Acute pain; chronic pain; General surgery; Analgesics; Clinical protocols; Practice guideline; Pain measurement; Pain; Post-Surgery; Post-Operative.
DESENHO DO ESTUDO	Search “general surgery” [All Fields] [Mesh Terms] AND “analgesics” [All Fields] [Mesh Terms] OR "acute pain" [Mesh Terms] [Mesh Terms] AND "chronic pain" [All Fields] [Mesh Terms] OR "pain measurement" [All Fields] [Mesh Terms] AND "analgesics" [All Fields] [Mesh Terms] OR "clinical protocols" [All Fields] [Mesh Terms] OR “practice guideline” AND "chronic pain "[All Fields] [Mesh Terms] OR “post-surgery” [All Fields] [Mesh Terms] OR “post-operative” [All Fields] [Mesh Terms] AND “analgesics” [All Fields] [Mesh Terms].
LIMITES	Pediatric; Animals; Neonatology, Children; Oncological pain; Nursing pediatric, only items with links to free full text, only items with abstracts, Humans, English, Spanish.

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

O quadro 2 apresenta as características dos estudos selecionados conforme descritores selecionados para revisão sistemática.

Quadro 2 – Características dos artigos selecionados, descritores estabelecidos segundo título, país, autor, periódico, número de participantes, tipo de estudo, intervenção e nível de evidências.

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
01	Carotid Endarterectomy under Local Anaesthesia	Portugal	MANSILHA.	Angiol. Cir. Vasc. v.7, n.1.2001.	Endarterectomia Carotídea com Anestesia Loco-Regional.	Revisão Sistemática com metanálises.	Realização de endarterectomia com anestesia local.	A1A
02	Intravenous dipyrone for the acute treatment of episodic tension-type headache. A randomized, placebo controlled, double-blind study.	USA	BIGAIL, M.E.; BORDINI, C.A; SPECIALI, J.G.	Braz J Med Biol Res.; v. 35, n. 10, 2002.	60 Pacientes com história de cefaleia aguda.	Estudo randomizado duplo-cego.	Avaliar a eficácia da dipirona no tratamento agudo de dor de cabeça tipo tensional.	A1B
03	Multimodal Analgesia in Outpatient Videolaparoscopic Gynecologic Surgery. Comparison between Parecoxib and Tenoxicam.	Brasil	BELZAREN A, S. D., <i>et al.</i>	Rev Bras Anesthesiol.; v. 55, n. 2, 2005.	60 Pacientes submetidos a cirurgia ginecológica por vídeolaparoscópica.	Estudo randomizado, 2 grupos.	Administração de parecoxib e tenoxicam no pré-operatório comparando as ações analgésicas e os efeitos adversos.	A1B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
04	A comparative study between Ketorolac and Ketoprofen in postoperative pain after uvulopalatopharyngoplasty.	Brasil	PATROCÍNI O, L. G. et al.	Braz J Otorhinolaryngol. v. 73, n. 3; 2007.	24 Pacientes submetidos a uvulopalatofaringoplastia.	Estudo prospectivo randomizado duplo-cego.	Controle da dor pós-operatória com administração de cetorolaco e cetoprofeno.	A1B
05	Effect of Meloxicam on Postoperative Pain Relief after Inguinal Hernia Repair with Local Anaesthesia.	USA	KURUKAHV ECIOGLU, O. et al.	West Indian Med J.; v. 5, n. 6; 2007.	50 Pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal.	Estudo prospectivo randomizado.	Administração meloxicam na dor pós-operatória.	A1B
06	Evaluation of the effectiveness of postoperative analgesia in hospital in southern Santa Catarina July-October 2006.	Brasil	DAMINELLI, C.; SAKAE, T. M.; BIANCHINI, N.	Ver ACM; v. 37, n. 1, 2008.	142 pacientes entrevistados no pós-operatório submetidos a intervenções cirúrgicas.	Estudo observacional, prospectivo transversal.	Avaliação da dor no pós-operatório.	B2C
07	Intra-articular morphine <i>versus</i> bupivacaine for knee motion among patients with osteoarthritis: randomized double-blind clinical trial.	Brasil	GAZI, M. B.; SAKATA, R. K.; ISSY, A. M..	São Paulo Med J.; v. 126, n. 6, 2008.	39 Pacientes com osteoartrite de joelho.	Ensaio clínico randomizado duplo-cego.	Avaliação analgésica da morfina e bupivacaina intra-articular.	A1B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
08	Efficacy of Intraoperative Methadone and Conidine in Pain Control in the Immediate Postoperative Period after the Use of Remifentanil.	Brasil	SIMONI, R. F. et al.	Rev Bras Anesthesiol.; v. 59, n.4, 2009.	126 Pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas por videolaparoscopia	Estudo aleatório, duplamente encoberto e placebo controlado.	Comparar a eficácia da metadona e clonidina no controle da dor pós-operatória após o uso de ramifentanil.	A1B
09	Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estância.	México	DÍAZ-CHÁVEZ, E. P. et al.	Cir Cir.; v. 77, n. 1, 2009.	95 Pacientes submetidos a cirurgias de curta duração, correção de hérnia.	Ensaio clínico controlado cego-simples.	Comparar a eficácia analgésica de cetorolac sublingual e metamizol endovenoso.	A1B
10	Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Review).	USA	TOMS, L. et al.	Cochrane Database Syst Rev.; v. 21, n. 1, 2009.	26 Estudos científicos.	Revisão sistemática sem metanálises.	Dose única paracetamol com codeína para o controle da dor pós-operatória.	A1A

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
11	Compared the analgesic effect of ibuprofen with mesalamine after the discectomia surgery in patients with lumbar disc herniation: A double-blind randomized controlled trial.	Iran	TOROUDI, H. P. et al.	Neurol India.; v. 57, n. 3, 2009.	58 Pacientes submetidos à cirurgia a discectomia lombar.	Estudo duplo-cego randomizado controlado.	Administração de ibuprofeno e mesalazina no controle da dor pós-discectomia avaliado pela escala visual analógica.	A1B
12	Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy.	USA	ARICI, S. et al.	AGRI.; v. 21, n. 2, 2009.	90 Pacientes submetidos à histerectomia abdominal total.	Estudo prospectivo randomizado em 3 grupos.	Administração de paracetamol intravenoso de forma preventiva.	A1B
13	Evaluation of postoperative analgesia in a university hospital.	Brasil	LANDGRAF, C. S. et al.	Rev Dor.; v.11, n. 4, 2010.	108 Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos: cirurgia geral; ortopedia e ginecologia.	Estudo prospectivo.	Avaliação da dor pós-operatória relacionada aos analgésicos prescritos pela equipe cirúrgica.	B2B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
14	Use of low-dose pregabalin in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.	Canadá	PENG, P. W. H. et al.	Br J Anaesth.; v. 105, n. 2, 2010.	162 Pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica.	Estudo controlado randomizado duplo-cego.	Administração de pregabalina via oral antes da cirurgia e a cada 12 horas.	A1B
15	Single dose dipyrene for acute postoperative pain (Review).	USA	DERRY, S. et al.	Cochrane Database Syst Rev.; v. 8, n. 9, 2010.	15 Estudos científicos.	Revisão sistemática sem metanálises.	Dose única de dipirona na dor aguda pós-operatória.	A1A
16	The Addition of Metamizole to Morphine and Paracetamol Improves Early Postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Lumbar Disc Surgery.	USA	UZUN, S. et al.	Turk Neurosurg.; v. 20, n. 3, 2010.	63 Pacientes submetidos à discectomia lombar.	Estudo Randomizado Duplo-cego.	Administração de paracetamol, dipirona, morfina e metamizole no pós-operatório imediato.	A1B
17	Evaluation of patient-controlled analgesia in the postoperative period of heart surgery with morphine continuous infusion.	Brasil	ALMEIDA MOTA, F. et al.	Rev Dor; v. 11, n. 4, 2010.	50 Pacientes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva por esternotomia.	Estudo prospectivo.	Avaliação da dor pós-operatória pela Escala visual analógica e a analgesia controlada pelo paciente.	B2B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
18	Single-dose intravenous paracetamol or propacetamol for prevention or treatment of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis.	USA	McNICOL E. D. et al.	Br J Anaesth.; v. 106, n. 6, 2011.	36 Estudos científicos.	Revisão sistemática com metanálise.	Administração de paracetamol ou propacetamol intravenoso em dose única.	A1A
19	Efficacy of scheduled time ketorolac administration compared to continuous infusion for post-operative pain after abdominal surgery.	Itália	RUSSO, A. et al.	Eur Rev Med Pharmacol Sci.; v. 16, n. 1, 2012.	80 Pacientes submetidos à cirurgia abdominal.	Estudo caso controle.	Administração de cetorolac em usuários específicos ou em infusão contínua	B3B
20	Tramadol Versus Ketorolac in the Treatment of Postoperative Pain Following Maxillofacial Surgery.	USA	SHANKARI AH, M. 1.; MISHRA, M.; KAMAT H, R. A.	J. Maxillofac. Oral Surg.; v. 11, n. 3, 2012.	50 Pacientes submetidos à cirurgia maxilofacial.	Estudo randomizado.	Administração de tramadol <i>versus</i> cetorolaco.	A1B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
21	Pain assessment and training: the impact on pain control after Cardiac surgery.	Brasil	SILVA, M. A.; PIMENTA C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M.	Rev Esc Enferm USP., v. 47, n. 1, 2013.	182 Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.	Ensaio clínico não randomizado.	Implementação de ficha para avaliação da dor, e registro de sua intensidade.	B2B
22	Presentation and manual on pain management have changed analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries.	Brasil	CORTEZ, J. G. et al.	Rev Dor; v. 14, n. 1, 2013.	45 Pacientes submetidos à cirurgia geral.	Estudo randomizado controlado aleatório.	Avaliar a efetividade da analgesia pós-operatória por meio do manual de dor.	A1B
23	Pre emptive analgesia for reducing pain after cholecystectomy: Oral tramadol vs. acetaminophen codeine.	USA	ZAVAREH, S. M. H. T. et al.	Adv Biomed Res.; v. 2, n. 1, 2013.	136 Pacientes submetidos à colecistectomia aberta.	Estudo randomizado prospectivo duplo-cego.	Administração de tramadol e paracetamol mais codeína.	A1B

(continua)

(continuação)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
24	Comparison of patient-controlled analgesia <i>versus</i> continuous infusion of tramadol in post-cesarean section pain management.	USA	DEMIREL, I. et al.	J. Obstet. Gynaecol. Res.; v. 1, n. 1, 2013.	40 Pacientes submetidas à cesariana.	Estudo randomizado simples-cego.	Administração de tramadol em infusão contínua.	A1B
25	Median effective dose (ED50) of paracetamol and morphine for postoperative pain: a study of interaction.	USA	ZEIDAN, A. et al.	Br J Anaesth.; v. 11, n. 1, 2013.	90 Pacientes submetidos à cirurgia moderadamente dolorosa.	Estudo prospectivo randomizado.	Administração de paracetamol, morfina e sua interação.	A1B
26	Effect of gender on pain perception and analgesic consumption in laparoscopic cholecystectomy: An observational study.	USA	HUSSAIN, A. M. et al.	J Anaesthesiol Clin Pharmacol.; v. 29, n. 3, 2013.	120 Pacientes de ambos os sexos submetidos à coleicistectomia videolaparoscópica.	Estudo prospectivo observacional.	Avaliar a percepção da dor na administração de tramadol em ambos os sexos.	B2B
27	Intravenous Paracetamol Reduces Postoperative Opioid Consumption after Orthopedic Surgery: A Systematic Review of Clinical Trials.	INDIA	JEBARAJ, B. et al.	Pain Res Treat; 2013.	Ensaio clínico publicado em potencial humano.	Revisão sistemática sem metanálise.	Administração de paracetamol intravenoso.	A1A

(continua)

(conclusão)

Artigo	Título	País	Autor	Periódico (vol/nº/ano)	Nº participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Nível de Evidência
28	Intrathecal morphine reduces postoperative tramadol consumption in patients undergoing radical retropubic prostatectomy: a randomized Trial.	USA	DENIZ, M. N.; ERHAN, E.; UGUR, G.	Eur Rev Med Pharmacol Sci.; v. 17, n. 6, 2013.	56 Pacientes submetidos à prostatectomia retropúbica radical.	Estudo prospectivo randomizado.	Administração de morfina intratecal e analgesia pós-operatória com tramadol.	A1A
29	Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery.	Brasil	BARBOSA, M. H. et al.	Esc Anna Nery; v. 18, n. 1, 2014.	Avaliou 134 pacientes em pós-operatório imediato ao 2º dia pós-operatório.	Estudo Prospectivo.	Avaliação da dor em pacientes pós-operatório imediato e 2º dia pós-operatório.	B2B

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

5.2 PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DOR DE PACIENTES CIRÚRGICOS

Coordenação: Thiago da Silva¹ - Aluno do Mestrado Profissional em Enfermagem – UNISINOS.

Equipe executiva: Lisia Maria Fensterseifer² e Karin Viégas² - Professoras Permanentes do Mestrado Profissional em Enfermagem Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

5.2.1 Apresentação

A dor pós-operatória está, geralmente, associada a muitos efeitos adversos e as, alterações relacionadas a fatores comportamentais e biológicos. Para tanto, controlar o processo doloroso é identificar a causa, tornando-se, muitas vezes, este sintoma clínico de maior dificuldade para avaliação, por ter caráter subjetivo e complexo. O manejo da dor pós-operatória é um processo crítico componente da assistência, devendo este ser um indicador de qualidade voltado à assistência [AIA]. (DERRY et al., 2010).

O manejo da dor pós-operatória é uma questão desafiadora na área da saúde. Estudos identificam inúmeras fragilidades, sendo esta uma questão ética e um compromisso de todos os profissionais da saúde. Dispor ou, até mesmo, adotar a melhor tecnologia em diferentes abordagens farmacológicas, para gestão adequada da dor pós-operatória, seria uma das alternativas para atingir o efeito desejado, sua ausência e o conforto do paciente. Nesta perspectiva, a implementação de protocolos de dor aos pacientes cirúrgicos se faz necessária, pois prevê um planejamento farmacológico adequado diante da avaliação realizada junto ao paciente, reduzindo as complicações desencadeadas pela dor [AIA]. (DERRY et al., 2010).

O entrosamento das equipes de cirurgiões, de enfermagem e de anestesistas deve ser de forma dinâmica na disponibilidade das visitas periódicas aos pacientes cirúrgicos para uma terapêutica efetiva. O treinamento adequado aos profissionais envolvidos, seguindo um protocolo baseado em evidências, até mesmo nas orientações de cuidado a ser ofertado, levando em consideração a dificuldade de mobilização adequada devido à presença de drenos

¹ Aluno do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional em Enfermagem Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

² Professoras Permanentes do Mestrado Profissional em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

e sondas, bem como a limitação da movimentação diafragmática relacionadas às cirurgias em nível tóraco-abdominal [AIB]. (CORTEZ et al., 2013).

Na avaliação, o enfermeiro é o ator principal do cuidado, pois é ele quem orienta a equipe e elabora um plano de cuidados ao paciente cirúrgico. (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011). As necessidades das instituições hospitalares em implementarem protocolos baseados em evidências são necessárias para aprimorar a assistência, junto ao paciente cirúrgico o que contribuirá para a sua recuperação efetiva e de forma humanizada, seguindo os padrões estabelecidos pela *Joint Commission International on Healthcare Organizations* (JCAHO).

5.2.2 Níveis de evidências

Cada evidência apresenta sua peculiaridade e é classificada conforme o grau de recomendação e o nível de evidência apresentados no Quadro 3, seguindo-se o método de Classificação de Nível de Evidência Científica do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* – GRADE.

Quadro 3 – Níveis de evidência com enfoque no tratamento, prevenção, etiologia e diagnóstico.

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – prevenção – etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério diagnóstico testado em um único centro clínico.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.
B	2A	Revisão sistemática de estudos de coorte.	Revisão sistemática de estudos diagnósticos de nível > 2.
	2B	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>); estudo ecológico.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>); estudo ecológico.	

(continua)

(conclusão)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – prevenção – etiologia	Diagnóstico
B	3A	Revisão sistemática de estudos caso-controle.	Revisão sistemática de estudos diagnósticos de nível > 3B.
	3B	Estudo caso-controle.	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.
C	4	Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognóstica de menor qualidade).
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	-

Fonte: Guyatt (2008).

As evidências são determinadas com o grau de recomendação identificado, e o nível de evidência por colchetes e em itálico.

5.2.3 Declaração de conflito de interesse dos autores

Não há conflito de interesses dos autores em relação a este estudo. Todo o apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento deste trabalho que resultou na elaboração do protocolo assistencial foram custeados pelo pesquisador coordenador.

5.2.4 Glossário e termos técnicos

Analgesia - substâncias farmacológicas administradas conforme a sensibilidade à dor ou a sua cessação, provocadas por condições patológicas e prevenção da dor pré e pós-operatória. (GARCIA; ISSY; SAKATA, 2001; DESJEAN et al., 2008).

Analgésico - é um tipo de medicamento que diminui ou interrompe as vias de transmissão nervosa, suprimindo a dor. (DOLIN; CASHMAN; BLAND, 2002; SEBBEN et al., 2010; FLORES; CASTRO; NASCIMENTO, 2012).

Dor aguda ou dor somática: é aquela que se inicia por uma lesão ou injúria e substâncias “algogênicas” estimulando as terminações nervosas “nociceptores”. (BASTOS, 2007; SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Anticolinérgicos: substâncias que exercem efeito antagônico à ação da acetilcolina em receptores colinérgicos ou que inibem a produção da acetilcolina. (MORENO; SOARES, 1999).

Algogênicas: substâncias que estimulam as terminações nervosas. (ALGOGÊNICAS, 2014).

Nociceptores: é um receptor sensorial que envia um sinal e que causa a percepção da dor em resposta a um estímulo. (NOCICEPTORES, 2014).

Anti-inflamatório: substância farmacológica que combate um processo inflamatório. (SOUZA; FERRÃO, 2006).

Antipirético: substâncias farmacológicas utilizadas para diminuir a temperatura corporal, quando acima dos parâmetros normais. (PEREIRA; DAGOSTINI; DAL PIZZOL, 2012).

Anti-inflamatórios não hormonais (AINH): possuem propriedades analgésicas, antitérmicas e anti-inflamatórias. Mantém parte do processo inflamatório inalterado e ativo, pois não interage com os leucotrienos. Seu principal uso é na redução dos sintomas da inflamação, como a dor e o edema local. (HILARIO; TERRERI; LEN, 2006).

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE): medicamentos que inibem a ação da ciclooxigenase constitutiva (COX-1) e induzível (COX-2), para tratamentos sintomáticos que não interferem na história natural das doenças inflamatórias. (BATLOUNI, 2010).

Farmacodinâmica: mecanismo de ação dos fármacos no organismo. (SIMONI et al., 2013).

Farmacocinética: mecanismo de absorção dos fármacos no organismo até sua eliminação. (VINAGRE; SOUZA, 2011).

Opióides: qualquer composto natural, semissintético ou sintético que se ligue, especificamente, aos receptores opióides e possua propriedades similares às dos opioides endógenos. (TANAKA; MOSS, 2008).

Pós-operatório: corresponde ao período após a realização do procedimento cirúrgico, que se divide em três momentos: pós-operatório anestésico, as primeiras 6 horas após intervenção cirúrgica; pós-operatório imediato, as primeiras 24h; e pós-operatório tardio, após as 24h da realização do procedimento cirúrgico. (ILFELD et al., 2010; KINJO et al., 2012).

Opiáceo: São substâncias derivadas do ópio, grupo de fármacos que atuam nos receptores opioides neuronais, usados como analgésicos. (LEAL et al., 2010).

5.2.5 Transcendência e vulnerabilidade

Pesquisadores estimam que menos de 50% dos profissionais avaliam o sintoma da dor, pois existem inúmeras barreiras que impossibilitam a oferta deste cuidado, como o uso de protocolos sem evidências, resistência dos profissionais para adoção de uma nova cultura e métodos de avaliação inadequada. (SAKATA, 2008; COUCEIRO et al., 2009).

No entanto, todo paciente quando é submetido a um procedimento cirúrgico é previsto que apresente um sintoma doloroso, seja qual for a sua intensidade. Por ser um fenômeno previsível neste contexto, a dor deveria ser prevenida e tratada diante de toda a farmacocinética e farmacodinâmica disponível. (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Por ser um fenômeno presente no pós-operatório, a dor, muitas vezes, resulta em sofrimento e exposição do paciente, que varia de indivíduo para indivíduo, e, quando não tratada de forma adequada, a expansão de seu sofrimento provoca alterações no organismo, que podem resultar na incapacidade de estabelecer suas atividades diárias e até apresentar alterações biopsicossociais adversas. A sua mensuração é essencial para o tratamento adequado. Por ser um sintoma subjetivo, depende apenas da percepção do indivíduo que a apresenta, existindo inúmeros instrumentos para a sua avaliação [A1B]. (PIMENTA et al., 2001; PATROCÍNIO et al., 2007; DÍAZ-CHÁVEZ et al., 2009).

A dor no pós-operatório imediato, (primeiras 24h), apresenta-se como um grave problema para atuação das equipes de saúde, principalmente quando se trata de uma prescrição que não supre as necessidades analgésicas do paciente. Independente da técnica cirúrgica empregada, a sua redução ou prevenção, é importante para o conforto do paciente e permite uma alta precoce [A1B]. (PIMENTA et al., 2001; KURUKAHVECIOGLU et al., 2007). Quando não tratada adequadamente, resulta no aumento do tempo de hospitalização, na morbimortalidade perioperatória e no aumento com os custos de saúde, principalmente quando da cronificação do processo álgico [B2C]. (DAMINELLI; SAKAE; BIANCHINI, 2008).

O paciente que apresenta sensação dolorosa manifesta sintomas ligados às alterações nos padrões de sono, apetite e libido, irritabilidade, fadiga, diminuição da capacidade de concentração, restrições de atividades profissionais, sociais e familiares, podendo estes sintomas se exacerbarem ao longo do tempo. Em meio a estas alterações, o controle da dor pós-operatória deveria ser iniciado antes da cirurgia com analgesia preventiva, diminuindo a sensibilização central e reduzindo sua intensidade no pós-operatório [B2B]. (LANDGRAF et al., 2010).

A dor é um desafio para o profissional da saúde, devendo ser entendida como um fenômeno biopsicossocial. A sua avaliação realizada de forma a atender as necessidades do paciente no pós-operatório é fundamental para estabelecer uma assistência de qualidade e humanizada.

5.2.6 Magnitude

A dor é uma das causas mais frequentes de atendimento nos serviços hospitalares. Estima-se que 80% da população mundial seja alvo desta morbidade. Somente nos Estados Unidos, aproximadamente, 64 milhões de pessoas são acometidas de doenças agudas e 23 milhões de pessoas, por ano, sofrem algum tipo de cirurgia. (CABREIRA et al., 2006; RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

A literatura apresenta índices elevados de dor no pós-operatório chegando, até mesmo, a um percentual de 75% de pacientes que referem dor intensa, o que mostra a necessidade de uma terapia adequada melhorar recuperação [AIB]. (GAZI; SAKATA; ISSY, 2008). Quando crônica gera uma limitação no paciente. Um estudo realizado no Brasil aponta que 95% da população estudada apresentará comprometimento da atividade profissional. Nos Estados Unidos, cerca de 1.400 dias de trabalho por mil habitantes por ano são perdidos devido à dor crônica. Na Europa, é a causa mais frequente de consultas médicas. (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Na década de 70 e 80, os índices de dor dos pacientes no pós-operatório eram de 58% a 73%, e hoje é, uma situação que inspira atenção. As instituições de saúde que utilizavam protocolos para o controle da dor pós-operatória conseguiram reduzir este percentual significativamente para 7%. (SAKATA, 2008; RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Um estudo brasileiro, com uma amostra de 125 pacientes, objetivando avaliar a prevalência da dor no pós-operatório, encontrou 46% dos indivíduos com dor nas primeiras 24h, de qualquer intensidade. Foi identificado que os homens apresentaram maior intensidade de dor e os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, classificados como cirurgia geral, apresentaram um limiar mais elevado no pós-operatório. (VISCUSI; FANIKOS; HUO, 2013).

Outro estudo realizado em 1987, que buscou identificar a incidência/prevalência da dor em pacientes hospitalizados, em uma amostra de 353 pacientes, revela que 58% destes experimentaram este sintoma desagradável. As prescrições dos pacientes é outro aspecto que deve ser avaliado principalmente no intra-hospitalar. Um estudo realizado em um hospital

escola com 110 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, 82,6% experimentaram a sensação desagradável da “dor”, relatando estarem insatisfeitos com as analgesias disponibilizadas. Estas prescrições continham analgésicos conforme a necessidade e solicitação do paciente, entretanto, estes não eram avaliados de forma efetiva, não sendo disponibilizada a analgesia de forma adequada. (PIMENTA et al., 2001).

Traçando um paralelo com a atualidade, observa-se, ainda, que o tratamento da dor é um problema na área da saúde, principalmente nas instituições hospitalares e com os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Nos Estados Unidos, ocorrem cerca de 49 milhões de cirurgias em nível hospitalar e 35 milhões em ambulatório, destes 75% presenciaram a desagradável sensação dolorosa no pós-operatório, interferindo negativamente na evolução clínica do paciente. (VISCUSI; FANIKOS; HUO, 2013).

5.2.7 Objetivo

Sistematizar a avaliação e a conduta a ser instituída para os pacientes adultos cirúrgicos com queixas algícas.

5.2.8 Justificativa

Os protocolos clínicos baseados em evidências voltados ao paciente cirúrgico propiciam um caminho seguro, gerando produtividade e competitividade em nível internacional. Desta forma, constitui uma base moderna ao manejo da dor, unifica suas ações, que são traduzidas em melhorias vinculadas à qualidade da assistência prestada, visando à excelência do cuidado e transformando a visão multidisciplinar. (HONÓRIO; CAETANO, 2009; BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011; JUNIOR, 2012).

Contudo, há uma movimentação de grande valia nas instituições hospitalares para uma nova cultura diante da dor percebida pelo paciente, com o objetivo de manter um manejo adequado, seguindo os padrões estabelecidos pela *Joint Commission Internationalon Healthcare Organizations* (JCAHO), que vêm ao encontro das diretrizes estabelecidas pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, e a Sociedade Americana da Dor. (LUPPEN; SAMPAIO; STADNIK, 2011; RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

5.2.9 Diagnóstico

5.2.9.1 Classificação da dor

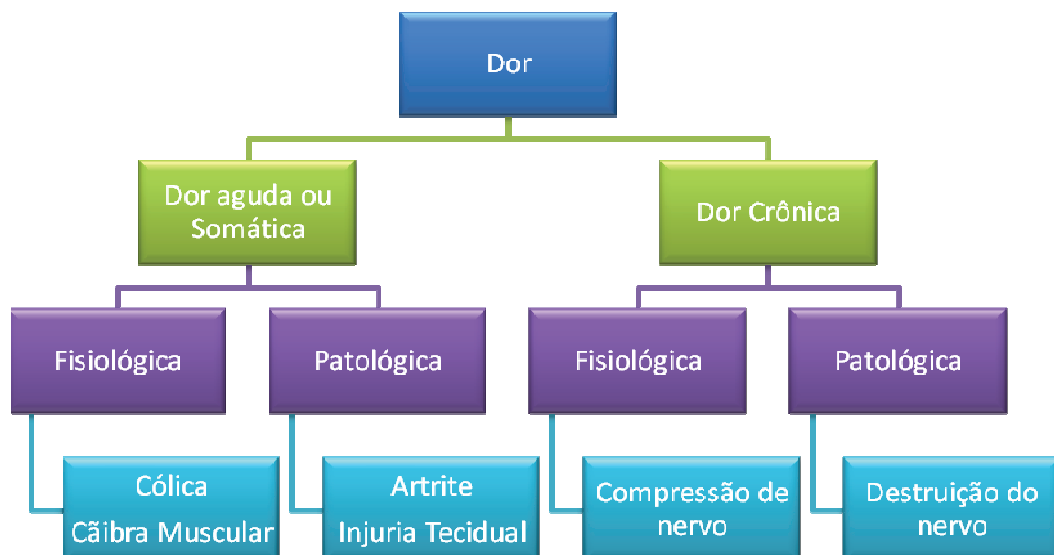
A dor classifica-se em aguda ou somática e crônica.

Dor aguda ou somática: sua evolução pode ser de forma natural e remissiva em decorrência da ativação neuronal de modo prolongado. A dor somática é aquela bem localizada, originando-se da pele, do tecido subcutâneo, de lesões em ossos, de articulações, sendo contínua, pulsante ou apresentar piora à mobilização (Figura 2). (BASTOS, 2007; SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

Dor crônica: é aquela com início súbito ou lento de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado, ou seja, aquela dor persistente contínua por um período prolongado superior a três meses. A Associação Internacional para Estudo da Dor preconiza a dor crônica como aquela com duração maior de seis meses, de caráter contínuo e recorrente, apresentando três episódios em três meses (Figura 2) [D5]. (VALE, 2006; SA *et al.*, 2009).

A Figura 2 apresenta o diagrama esquemático para diagnosticar o tipo de dor.

Figura 2 – Diagrama de classificação do tipo de dor.



Fonte: Adaptado de Schestatski (2008).

5.2.9.2 Manifestações da dor

A dor pós-operatória é de início imediato, recente e de duração limitada, com relação causal e temporal dependendo da incisão, que varia de acordo com o procedimento cirúrgico o qual o paciente é submetido. Os sintomas mais comuns para este tipo de dor são (ILFELD et al., 2010; KINJO et al., 2012):

- a) **dor em repouso:** dor moderada com duração entre dois a três dias após o procedimento; sua melhora estima-se na primeira semana do período pós-operatório.
- b) **dor em movimento:** está relacionada à deambulação ou tosse, e pode estar associada à dor forte. Durante os primeiros dois a três dias, sua intensidade pode variar de moderada à forte e o paciente apresenta sua capacidade funcional limitada neste período.

5.2.9.3 Intensidade da dor

A classificação da intensidade da dor pode se relacionada ao tipo de cirurgia, conforme demonstrado no quadro abaixo (Quadro 4):

Quadro 4 – Classificação da intensidade da dor conforme tipo de cirurgia:

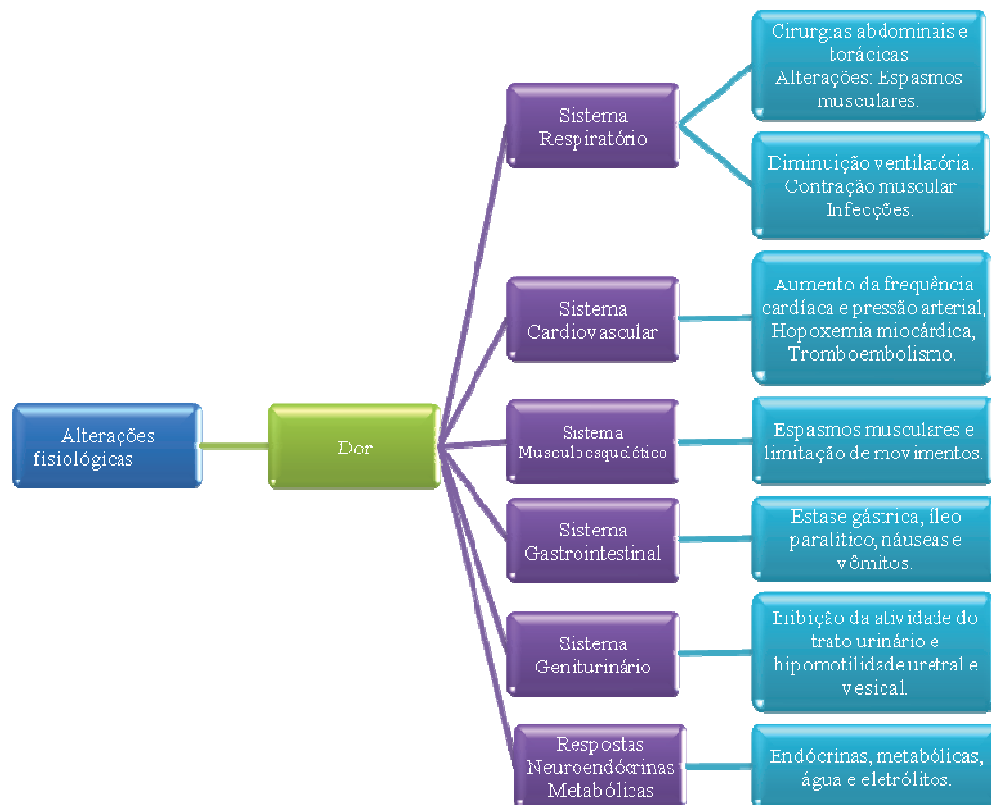
Alta intensidade	Moderada intensidade	Baixa intensidade
Cirurgias convencionais do abdome superior [A1B] ¹	Apendicectomia ¹⁰	Procedimentos
Cirurgia torácica convencional ou procedimento com drenagem tubular de tórax ²	Herniorrafia inguinal convencional [A1B] ¹¹	Videolaparoscópicos [A1B] ¹⁶
Cirurgia ortopédica de quadril ou joelho [B2B] ³	Histerectomia vaginal [A1B] ¹²	Cirurgias oftalmológicas ¹⁷
Cirurgia de grande porte cabeça e pescoço ⁴	Tireoidectomia ¹³	Cirurgias otorrinolaringolôgi
Incisão tipo lombotomia (subcostal posterior) ⁵	Endarterectomia de carótida [A1A] ¹⁴	cas de pequeno porte [A1B] ¹⁸
Craniotomias [A1B] ⁶	Cirurgias vasculares periféricas ¹⁵	Procedimentos cirúrgicos superficiais [A1B] ¹⁹
Cirurgias de coluna (fixação) ⁷		
Cirurgias de aorta e seus ramos (técnica convencional) ⁸		
Cirurgia cardíaca [B2B] ⁹		

Fontes: ¹ARICI et al.(2009); ²ANDRADE; BARBOSA; BARICHELLO (2010); ³BARBOSA et al. (2014); ⁴SILVEIRA et al. (2012); ⁵MARQUES; SANJULIANI (2006); ⁶TOROUDI et al.(2009); ⁷FALAVIGNA et al.(2006); ⁸JUNIOR et al. (2012); ⁹ SILVA; SANTOS, PIMENTA; CRUZ(2013); ¹⁰FREITAS et al.(2009); ¹¹KURUKAHVECIOGLU et al. (2007); ¹²BELZARENA et al. (2005); ¹³PERALTA (2012); ¹⁴MANSILHA (2011); ¹⁵BRANDÃO;. COSTA; MANSILHA (2012); ¹⁶PENG et al, (2010); ¹⁷COELHO et al. (2005); ¹⁸PATROCÍNIO et al. (2007); ¹⁹DÍAZ-CHÁVEZ et al.(2009).

5.2.10 Avaliação da dor

A manifestação da dor desempenha um papel de alerta em relação ao estado clínico e às alterações fisiológicas (Figura 3). A dor pós-operatória é a forma mais prevalente na apresentação da dor aguda diante das alterações danosas ao organismo, gerando uma resposta de estresse em nível endócrino-metabólico, sendo vista como algo positivo para o paciente na tentativa de recuperação, porém prejudicial, devido ao intenso catabolismo metabólico [AIB]. (ZAVAREH et al., 2013).

Figura 3 - Diagrama conforme alterações fisiológicas relacionadas ao quadro de dor.



Fonte: Adaptado de Pimenta et al. (2007).

Para a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana da Dor, a dor foi instituída como o quinto sinal vital, estabelecendo que este sintoma deve ser avaliado na mesma exatidão dos demais sinais vitais, com seus devidos registros no prontuário do paciente. (BARBOSA et al., 2014).

O quadro 5 apresenta os principais sinais e sintomas que evidenciam o tipo de dor, facilitando o diagnóstico a fim de estabelecer uma terapêutica efetiva junto ao paciente.

Quadro 5 – Principais sinais e sintomas, segundo o tipo de dor aguda e crônica.

Respostas	Dor aguda	Dor crônica
Propósito	Definido (Alerta).	Sem propósito definido.
Resposta	Doença aguda ou injúria.	Periférica; central; central-periférica; psicológica.
Reflexos	Retirada e protetores.	Desenvolvimento de sinais vegetativos, perda do apetite, distúrbios do sono, constipação.
Respostas psicológicas	Ansiedade.	Medo, desespero, desesperança, hipocondria, somatização.
Terapêutica	Direcionada à interrupção do sinal nociceptivo.	Direcionada à procura do problema orgânico que iniciou ou mantém a dor.

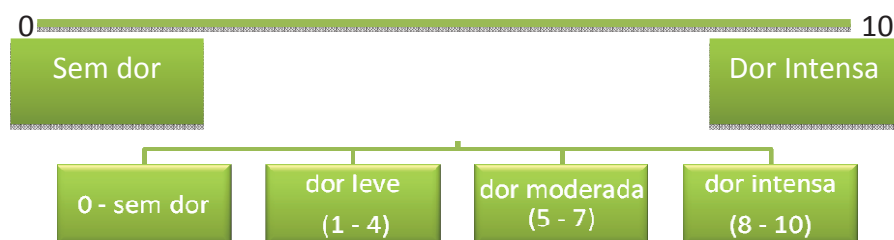
Fonte: Vale (2006); Bastos (2007); Schestatski (2008); Sallum; Garcia; Sanches (2012).

Existem dois instrumentos para avaliação da dor, os unidimensionais e os multidimensionais, subdividindo-se em diversas escalas de avaliação. (SOUZA; FERRÃO, 2006). Neste protocolo, por se tratar de uma avaliação da dor em pacientes cirúrgicos adultos, optou-se pela utilização da Escala Visual Analógica (EVA), que quantifica o grau da dor, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. (FREITAS et al., 2009; FRANTZ, 2009).

A EVA é constituída de uma linha reta de 10 cm, em geral, desenhada ou impressa, com descritores verbais em suas extremidades: as frases “ausência da dor” e “dor insuportável”. Também é útil para analisar se o tratamento que está sendo efetivo com as terapêuticas instituídas, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada avaliação, sendo registrada no prontuário do paciente. É um tipo de escala que exige um maior nível cognitivo dos pacientes, portanto, os idosos, com alteração cognitiva e as crianças não são uma população para a qual se aplicará este instrumento. Por isso, existem outros instrumentos adequados para cada faixa etária, como os recursos visuais e desenhos, representados por expressões faciais. (MARTINEZ et al., 2011).

A intensidade da dor pode ser classificada como mostra a Figura 4:

Figura 4 - Escala visual analógica



Fonte: Adaptada de Zanon (2006).

É a escala mais utilizada, em nível nacional e internacional, nos estudos voltados para avaliação da dor [AIA] [AIB]. (BIGAIL; BORDINI; SPECIALI, 2002; BELZARENA et al., 2005; PATROCÍNIO et al., 2007; KURUKAHVECIOGLU et al., 2007; DÍAZ-CHÁVEZ et al., 2009; TOMS et al., 2009; TOROUDI et al., 2009; ARICI et al., 2009; DERRY et al., 2010; McNICOL et al., 2011; SHANKARIAH; MISHRA; KAMATH, 2012; ZAVAREH et al., 2013; DEMIREL et al., 2013).

5.2.11 Manejo da dor

O uso de fármacos auxilia na terapia adjuvante no manejo da dor. Entretanto, seu uso depende da aceitação do paciente. Para a queixa álgica, quando presente, o uso do medicamento não envolve apenas uma prescrição médica, e sim uma avaliação sistemática e contínua por toda equipe de saúde junto ao paciente.

Para uma adequada analgesia, o uso do índice de manejo da dor (IMD) avalia a potência do analgésico frente à intensidade referida pelo paciente. (CLEELAND, 1994; CALIL; PIMENTA, 2005). Conforme a potência do analgésico, ele pode ser classificado, como indica o Quadro 6.

Quadro 6 - Classificação da potência do analgésico

Potência	Classificação
0	Ausência de medicamento analgésico
1	Analgésico anti-inflamatório não hormonal (AINH)
2	Opioide fraco (codeína, tramadol)
3	Opioide forte (morfina, meperidina)

Fonte: Calil; Pimenta (2005).

Para calcular o IMD, subtrai-se a potência do analgésico (PA) da intensidade da dor (ID), que varia de -3 a +3. Os escores negativos indicam inadequação analgésica e os escores positivos ou zero, sua adequação.

$$\text{IMD} = \text{PA} - \text{ID}$$

A seleção do analgésico deve prever apresentação farmacológica, conforme o quadro 7, com sua abordagem terapêutica baseada em evidências.

Quadro 7 - Apresentação Farmacológica para o manejo da dor.

Fármacos	Apresentação	Vias de Administração	Interações Medicamentosas	Ação Medicamentosa	Indicações	Efeitos Colaterais.
Cetorolaco	Ampola 30mg/ml	- Intramuscular - Intravenosa	- Anticoagulantes: pode ocorrer aumento do risco de hemorragia. - Lítio: pode ocorrer aumento da concentração plasmática. - Diuréticos e anti-hipertensivos: pode ocorrer diminuição do efeito medicamentoso. - Metotrexato: pode ocorrer aumento da toxicidade do mesmo. - Agentes antiplaquetários e inibidores seletivos de serotonina - há aumento do risco de sangramento gastrointestinal.	- Analgésico da classe dos anti-inflamatórios não hormonais (AINH). Pico de ação IV 5minutos, IM 50minutos	- Controle da dor em curto prazo, dor aguda de intensidade moderada a grave.	- Desconforto abdominal, falta de apetite, gastrite, vômitos, cefaléia, prurido, hipotensão, pancreatite.
Cetoprofeno	Comprimido 50mg Ampola 100mg/2ml	- Via Oral - Intravenosa	- Anti-inflamatórios não esteróides. - Anticoagulantes orais - Hipoglicemiantes - Lítio aumento da concentração plasmática - Metotrexato aumento da toxicidade hematológica. - Zidovudina risco de aumento da toxicidade sobre os glóbulos vermelhos	- Anti-inflamatório, analgésico e antipirético, sendo indicado no tratamento de inflamações e dores decorrentes de processos reumáticos e traumatismos, e de dores em geral	- Controle da dor leve ou moderada	- Náuseas, vômitos, dor abdominal, gastralgia, constipação, flatulência. cefaléia, vertigem, erupção cutânea, prurido, broncoespasmo, disfunção renal, úlcera péptica, sangramento digestivo.
Codeína	Comprimido 30mg e 60mg Solução Oral 15mg/5ml Ampola (2ml) 30mg/ml	- Via Oral - Intramuscular - Intravenosa	- Depressores do SNC como álcool - Sedativos - Anti-histamínicos - Drogas psicotrópicas (antidepressivos tricíclicos) - Anticolinérgicos	- Analgésico narcótico e supressor da tosse de ação central.	- Analgésico derivado do ópio usado para o alívio da dor moderada.	- Sonolência, dependência, depressão do SNC e respiratório, eutrofia, distrofia, hipotensão, náuseas, vômitos, constipação, espasmos do trato urinário. Administração endovenosa provoca grandes liberações de histamina.

(continua)

(continuação)

Fármacos	Apresentação	Vias de Administração	Interações Medicamentosas	Ação Medicamentosa	Indicações	Efeitos Colaterais.
Clonidina	Ampola (1 ml) 0,15 mg/ml	- Intravenosa Peridural	- Os analgésicos narcóticos podem potencializar os efeitos hipotensivos da clonidina. - Não deve ser usada concomitantemente com adrenolíticos alfa, de efeitos subtrativos por antagonismo aos receptores.	- Analgésico para dor intratável	- Analgesia de ação sinérgica, potente de curta duração.	- Hipotensão ortostática, arritmia, bradicardia, taquicardia, sedação, dor muscular e articular, impotência sexual.
Dipirona ou Metamizol	Comprimido 500mg Ampola (2ml) 500mg/ml	- Via Oral - Intramuscular - Intravenosa	- Clorpromazina (Hipotermia grave) - Álcool (↑ efeito do álcool) - Barbitúricos (↓ seu efeito) - Ciclosporina (↓ nível sérico) - Anticoagulantes (Reduz efeito) - Aumenta toxicidade de outras drogas.	- Analgésico e antitérmico	- Analgésico para dor leve à moderada.	- Náuseas, vômitos, diarreia, erupção cutânea, crise transitória de hipotensão, choque anafilático, distúrbios hemorrágicos, anúria, nefrite, depressão medular, neutropenia.
Ibuprofeno	Comprimido 200mg e 500mg. Gotas 50mg/ml e 100mg/ml	- Via Oral	- O uso concomitante com medicamentos à base de furosemida e tiazídicos diminuem os efeitos diuréticos dessas drogas. - Deve-se evitar a administração de hormônios tireoidianos com ibuprofeno. - O ibuprofeno pode aumentar o efeito dos anticoagulantes orais.	- Analgésico anti-inflamatório e antitérmico.	- Analgésico para dor moderada.	- Náuseas, vômitos, dor epigástrica, desconforto abdominal, diarreia, constipação intestinal, retenção hídrica, edema, inibição da agregação plaquetária, linfopenia, anemia hemolítica, granulocitose, trombocitopenia, tontura, "rash" cutâneo, depressão, insônia e insuficiência renal em pacientes desidratados
Meloxicam	Comprimidos de 15 mg	- Via Oral	- Corticoides ácidos acetilsalicílicos, enoxaprina, inibidores seletivos de serotonina.	- Apresenta propriedades anti-inflamatórias contra dor e febre.	- Anti-inflamatório	- Cefaléia, dor abdominal, dispneia, diarreia, náusea e vômitos.

(continua)

(continuação)

Fármacos	Apresentação	Vias de Administração	Interações Medicamentosas	Ação Medicamentosa	Indicações	Efeitos Colaterais.
Morfina	Comprimido 10mg e 30mg. Solução injetável 1mg/ml	- Via Oral - Via Intravenosa - Subcutâneo	- Os efeitos depressores da Morfina são potencializados pela administração concomitante ou pela presença de outros depressores do SNC como álcool, sedativos, anti-histamínicos ou drogas psicotrópicas.	- Analgésicos sistêmicos da classe de opioides.	- Analgésico para dor intensa.	- Depressão respiratória, depressão circulatória, fraqueza, cefaleia, insônia, palpitações, constipação, anorexia, boca seca, retenção urinária, prurido corporal.
Metadona	Comprimido de 5mg e 10mg Ampola 10mg/1ml	- Via oral - Intramuscular - Subcutâneo	- Metadona deve ser administrada com cautela e sob vigilância eletrolítica e ECG, alguns pacientes apresentam risco de aumento do intervalo QT. - É contraindicado o tratamento concomitante de metadona e sultoprida.	- Analgésico opioide com efeito sedativo.	- Analgésico opioide para dor intensa.	- Nervosismo, irritabilidade, tremores, insônia, desmaios, sedação, desorientação, dependência, hipertensão intracraniana. Sintomas de liberação histamínica, hipotensão, bradicardia, vasodilatação, parada cardíaca, constipação mais intensa, depressão respiratória, náuseas, vômitos, boca seca, prurido, erupção cutânea, urticária.
Parecoxib ou Dynastat	Frasco 20mg ou 40mg	- Intravenosa - Intramuscular (músculo profundo)	- Não podem ser utilizados em doentes com problemas hepáticos, renais graves ou suscetíveis de fazer retenção de líquidos e após cirurgias de <i>BYPASS</i> da artéria coronária.	- Anti-inflamatório não esteróide (AINE) e analgésico.	- Utilizado para o tratamento de curta duração da dor pós-operatória em adultos. Pode ser administrado em simultâneo com analgésicos opiáceos. - Analgésico para dor intensa.	- Náuseas, disfunção hepática grave, urticária, úlceras de estômago ou intestino, insuficiência cardíaca. Contraindicado no último trimestre de gestação ou em mulheres em período de amamentação.
Pregabalina	Cápsula 75mg e 150mg	- Via oral	- Intolerância à galactose e deficiência de lactase ou má absorção de medicamentos, pois pode haver necessidade de controles mais efetivos nas situações de pacientes diabéticos, em doenças renais e cardíacas que necessitam de ajustes de doses de pregabalina.	- Analgésico	- Tratamento da dor neuropática	- Aumento do apetite, confusão, desorientação, irritabilidade, euforia, diminuição da libido, insônia, transtorno de equilíbrio, amnésia, distúrbios de atenção, tremores, disartria, sedação, letargia, visão turva, diplopia, vertigem, vômitos, distensão abdominal, constipação, boca seca, flatulência, edema periférico, cansaço, aumento de peso.

(continua)

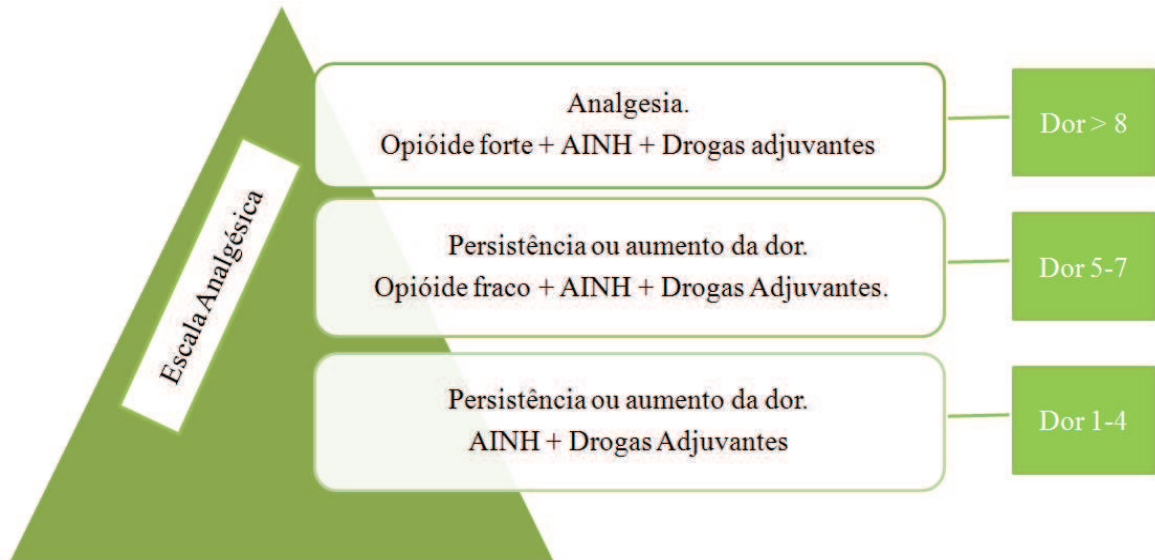
(conclusão)

Fármacos	Apresentação	Vias de Administração	Interações Medicamentosas	Ação Medicamentosa	Indicações	Efeitos Colaterais.
Paracetamol	Comprimido 500mg ou 750mg	- Via oral	- Aumenta a vida média do cloranfenicol. - Contraindicado para uso de pacientes hepatomegalia grave. - Associados a AZT aumenta o risco de neutropenia.	- Analgésico e antitérmico	- Utilizado para dor leve	- Cansaço, tonturas, sedação, erupção cutânea, náuseas, vômitos, urticária
Tramadol	Comprimido 50mg Ampola 50mg/ml	- Via Oral - Via Endovenosa	- A carbamazepina diminui a ação do Tramadol.	- Analgésico	- Opioide para dor moderada a intensa.	- Náuseas, vômitos, sudorese, vertigens, euforia, tremores, boca seca, diarreia, flatulência, disúria, hipertrofia.
Tenoxicam	Comprimido 20mg Ampola 20mg- 40mg/ml	- Via Oral - Via Endovenosa	- Diminui o efeito de natriuréticos.	- Anti-inflamatório, analgésico e antitérmico	- Utilizado para dor pós-operatória.	- Náuseas, vômitos, anorexia, hemorragia gástrica, epigastralgia, constipação, cólica, flatulência, fadiga, sonolência, vertigens.
Codeína + Paracetamol ou Tylex	Comprimido 7,5mg + 500mg ou 30mg + 500mg	- Via oral	- Interações com anticolinérgicos e antidepressivos.	Analgésico	- Analgésico para dor moderada	- Sonolência, dependência, depressão do SNC e respiratório, palpitação, bradicardia, hipotensão, vasodilatação, espasmo no trato urinário.

Fonte: Dicionário de especialidades Farmacêuticas (2014).

A Figura 5 apresenta a Escala Analgésica com indicação do tipo de fármaco a ser administrado ao paciente com queixa algica, conforme o limiar da dor diagnosticada.

Figura 5 – Escala analgésica, conforme classificação da dor.



Fonte: Adaptada de Krause (2012).

Quadro 8 – Apresentação dos fármacos, doses regulares, intervalos entre doses, dose máxima diária, utilizados para o manejo da dor do paciente conforme seu limiar diagnosticado pela EVA.

FÁRMACOS	DOSES REGULARES	INTERVALOS ENTRE DOSES	DOSE MÁXIMA DIÁRIA	DIAGNÓSTICO EVA (LIMIAR)
Cetorolaco	15mg – 30mg	6 – 8 h	60mg (idosos 40mg)	1 – 4
Cetoprofeno	50mg -100mg	6 – 8 h	300mg	1 – 4
Codeína	30mg	4 – 4 h	120mg	5 – 7
Clonidina	0,15mg a 0,30mg	24h	0,30mg	5 – 7
Dipirona	500mg a 1000mg	4 - 6 h	4000 a 6000mg	1 – 4
Ibuprofeno	200mg a 600mg	4 - 6 h	1800 a 2400mg	5 – 7
Morfina	5mg – 10mg	Resgate 50% da dose atual até 1/1h. Dose habitual 4/4h	120mg	≥ 8
Meloxicam	Inicial: 30mg Manutenção: 7,5mg a 15mg	24 h	15 mg	1 – 4
Metadona	2,5mg - 5mg	4/4h	15 a 40mg	≥ 8

(continua)

(conclusão)

FÁRMACOS ^a	DOSES REGULARES	INTERVALOS ENTRE DOSES	DOSE MÁXIMA DIÁRIA	DIAGNÓSTICO EVA (LIMIAR)
Parecoxib	Inicial: 40mg Manutenção: 20mg	24 h.	30mg	≥ 8
Pregabalina	75mg - 150mg	12/12h	150mg	
Paracetamol	500mg a 750mg	6 – 8h	4g	1 – 4
Codeína + Paracetamol	30mg + 500mg	4- 6h	120mg (Codeína) 4g (Paracetamol)	5 – 7
Tramadol	50mg	6 – 8 h	400mg	5 – 7
Tenoxicam	Inicial: 40mg Manutenção: 20mg	24 h	20mg	1 – 4

Fonte: Adaptado de Krause (2012).

^aDicionário de especialidades Farmacêuticas (2014).

5.2.12 Monitoramento

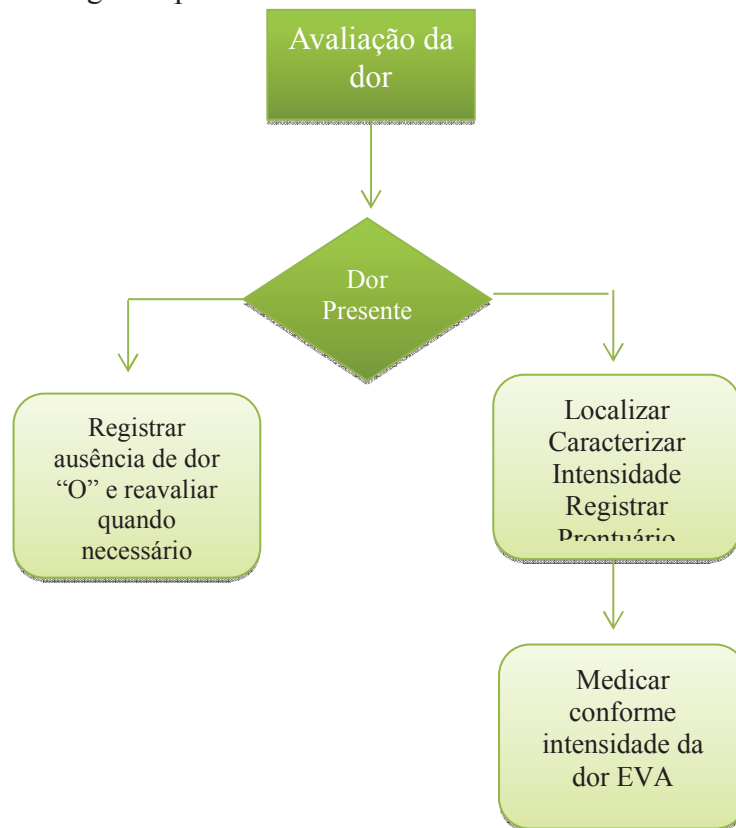
Todos os pacientes devem ser avaliados, no momento da admissão quanto à presença de dor e/ou história prévia do sintoma. A reavaliação é um fator importante nesta esfera, no entanto, a adequação da analgesia deverá ser verificada de 30 minutos a uma hora (1h) após a administração do medicamento, por meio da mensuração da intensidade, utilizando-se a EVA.

Metas de monitoramento:

- construir um perfil do paciente com queixa de dor;
- monitorar esquema de fármacos fixos conforme protocolo;
- verificar a utilização correta da EVA;
- verificar a utilização correta (dose, intervalo) dos analgésicos;
- avaliar a aderência do paciente e equipe ao manejo em relação ao fenômeno doloroso proposto quando presente;
- avaliar semestralmente os resultados;
- atualizar, de dois em dois anos, o protocolo baseado nos critérios de evidências clínicas;
- avaliar a cobertura das ações propostas pelos registros das equipes de saúde;
- proporcionar educação permanente e integrada com as equipes envolvidas.

A figura 5 representa a abordagem de monitoramento, identificando e caracterizando a mensuração da dor.

Figura 6 - Fluxograma para monitoramento da dor conforme sua classificação



Fonte: Adaptado de Pimenta et al. (2001) [A1B].

5.2.13 Gestão do protocolo

A gestão deste protocolo será realizada pelos enfermeiros que atuam em unidades de internações clínico-cirúrgicas. Abrange a organização do trabalho, os fluxos de fármacos administrados contidos nesta proposta, os processos de avaliação, bem como a constituição de um sistema de informação para estabelecer uma interface entre as diversas unidades e seus níveis de complexidade, definindo o que e quando fazer. A revisão deste protocolo ocorrerá a cada dois anos.

5.3 REFERÊNCIAS DO PROTOCOLO

ALGOGÊNICAS. **Wikipédia. Enciclopédia livro online.** Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Algogenicas>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

ANDRADE, Érica Vieira; BARBOSA, Maria Helena; BARICHELLO, Elizabeth. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo. v. 23, n. 2, p: 224-229, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/12.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ARICI, Semih et al. Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy. **AGRI**, v. 21, n. 2, 2009.

BARBOSA, Maria Helena et al. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, mar. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100143&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140021>.

BARBOSA, Taís Pagliuco; BECCARIA, Lúcia Marinilza; PEREIRA, Roseli Aparecida Matheus. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 4, dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400012>.

BASTOS, Daniela Freitas et al. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014..

BATLOUNI, Michel. Anti-inflamatórios não esteroides: Efeitos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 4, abr. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000400019>.

BELZARENA, Sérgio D. et al. Analgesia pós-operatória multimodal em cirurgia ginecológica videolaparoscópica ambulatorial: comparação entre parecoxib e tenoxicam. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 55, n. 2, abr. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000200002>.

BIGAL, Marcelo Eduardo; BORDINI, Carlos Alberto; SPECIALI, José Geraldo. Intravenous dipyrone for the acute treatment of episodic tension-type headache: A randomized, placebo-controlled, double-blind study. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 10, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2002001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2002001000005>.

BRANDÃO, Daniel; COSTA, Carla; MANSILHA, Armando. Angiogênese e Arteriogênese na Doença Arterial Periférica. **AngiolCirVasc**, Lisboa, v. 8, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2012000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.

CABREIRA, Maria Carolina et al. Ketamina Endovenosa Preoperatoria Mejora La Analgesia Postoperatoria de Colicistectomia Laparoscópicas. **Boletín El Dolor**, Chile, v. 15, n. 1, p. 8-12, 2006. Disponível:

<http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/452ecb77cbe76_ketamina_endovenosa>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500013>.

CLEELAND, Charles S. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Annals Acad. Med**, Singapore, v. 23, p. 129-38, 1994.

COELHO, Roberto Pinto et al. Comparação entre a dor provocada pela facoemulsificação com anestesia tópica e a pela infiltração peribulbar sem sedação. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492005000100008>.

CORTEZ, Joana Gadioli et al. Palestra e manual sobre tratamento da dor alteraram a prescrição de analgésicos no pós-operatório de cirurgia geral. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100005>.

COUCEIRO, Tânia Cursino de Menezes et al. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 59, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000300006>.

DAMINELLI, C.; SAKAE, T. M.; BIANCHINI, N. Evaluation of the effectiveness of postoperative analgesia in hospital in southern Santa Catarina July-October 2006. **Rev ACM**, v. 37, n. 1, 2008.

DEJEAN, Katheryne Sue et al. ANALGESIA PREEMPTIVA EM ODONTOLOGIA. **Publ. UEPG Ciências Biológicas Saúde**, Ponta Grossa, v. 14, n. 2, p. 23-30, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/viewFile/1277/922>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DEMIREL, Ismael et al. Comparison of patient-controlled analgesia versus continuous infusion of tramadol in post-caesarean section pain management. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v. 1, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12205/pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DERRY, S. et al. Single dose dipyron for acute postoperative pain. **Cochrane Database Syst Rev**; v. 8, n. 9, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003227/pdf/abstract>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DÍAZ-CHÁVEZ, Emilio Prieto et al. Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. **Cirugía y Cirujanos. México**, v. 77, n. 1, p: 45-49, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211469009>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DOLIN, Simon J.; CASHMAN, Jeremy N.; BLAND, J. Martin. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. **British Journal of Anaesthesia**, v. 89, n. 3, p. 409-23, set. 2002. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/89/3/409.long>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

FALAVIGNA, Asdrubal et al. Manejo da infecção após cirurgia de fixação interna da coluna lombar. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 64, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2006000600022>.

FLORES, Murilo Pereira; CASTRO, Anita Perpetua Carvalho Rocha de; NASCIMENTO, Jedson dos Santos. **Rev Bras Anestesiol**, Bahia, v. 62, n. 2, p. 248-252, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/v62n2a10.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

FRANTZ, Kariza Aiko et al. Comparação do efeito analgésico entre etoricoxib 90 mg e dipirona sódica na exérese de pterígio primário com transplante autólogo de conjuntiva. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 72, n. 5, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492009000500012>.

FREITAS, Roberto G. de et al. Apendicite aguda. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. v. 8, n. 1, p:38-51, jan./jun. 2009. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=168. Acesso em 05 junho 2014

GARCIA, João Batista Santos; ISSY, Adriana Machado; SAKATA, Rioko Kimiko; Analgesia preemptiva. **Rev Bras Anestesiol**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 448-463, set./out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v51n5/v51n5a11.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

GAZI, Miriam Bellini; SAKATA, Rioko Kimiko; ISSY, Adriana Machado. Intra-articular morphine versus bupivacaine for knee motion among patients with osteoarthritis: randomized double-blind clinical trial. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 126, n. 6, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802008000600003>.

GUYATT, Gordon H. et al. GRADE: going from evidence to recommendations. **BMJ**, v. 336, n. 7652, p. 1049-51, maio 2008.

HILARIO, Maria Odete Esteves; TERRERI, Maria Teresa; LEN, Cláudio Arnaldo. Antiinflamatórios não-hormonais: inibidores da ciclooxigenase 2. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto

Alegre, v. 82, n. 5, supl, nov. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000700011>.

HONÓRIOI, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Afio. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

ILFELD, Brian et al. A multicenter, randomized, triple masked, placebo-controlled trial of the effect of ambulatory continuous femoral nerve blocks on discharge- readiness following total knee arthroplasty in patients on general orthopaedic wards. **Pain**, California, v. 150, n. 3, p. 477-484, set. 2010. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921457/pdf/nihms212150.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

JUNIOR, Jeronimo Antonio et al. Troca valvar aórtica minimamente invasiva: uma alternativa à técnica convencional. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 4, dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20120099>.

KINJO, Sakura et al. Prediction of Postoperative Pain using Path Analysis in Older Patients. **J Anesth**, Califórnia, v. 26, n. 1, p: 1-8, fev. 2012. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3720127/pdf/nihms488849.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

KRAUSE, Lilian Hennemann. Aspectos Práticos da Prescrição de Analgésicos na Dor do Câncer. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Rio de Janeiro. v. 11, n. 6, p. 38-49, abr./jun. 2012. Disponível em:

<http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=325>. Acesso em: 06 jun. 2014.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400007&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>.

KURUKAHVECIOGLU, Osman et al. Effect of Meloxicam on Postoperative Pain Relief after Inguinal Hernia Repair with Local Anaesthesia. **West Indian Med J.**, v. 5, n. 6, p. 530-533, dez. 2007.

LANDGRAF, Camila da Silva et al. Evaluation of postoperative analgesia in a university hospital. **Rev Dor**, v. 11, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1655.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

LEAL, Plínio da Cunha et al. Hiperalgesia induzida por opioides (HIO). **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 60, n. 6, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600011>.

LUPPEN, L S; SAMPAIO, F H; STADNIK, C M B. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor, o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 29-34, jan./mar. 2011. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a19.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MANSILHA, A. Carotid Endarterectomy under Local Anaesthesia. **Angiol Cir Vasc**, v. 7, n. 1, 2011.

MARQUES, Ruy Garcia; SANJULIANI, Antonio Felipe. Tratamento cirúrgico da hipertensão arterial secundária com origem na glândula supra-renal. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, dez. 2006. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912006000600014>.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, DaphineCentola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 4, ago. 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.

McNICOL, Ewan D. et al. Single-dose intravenous paracetamol or propacetamol for prevention or treatment of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Anaesthesia**, v. 106, n. 6, 2011. Disponível em:
 <<http://bjaoxfordjournals.org/content/106/6/764.full.pdf+html>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, DorisHupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, maio 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>.

NOCICEPTORES. **Wikipédia. Enciclopédia livro online**. Disponível em:
 <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Nociceptores>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

PATROCINIO, Lucas Gomes et al. A comparative study between Ketorolac and Ketoprofen in postoperative pain after uvulopalatopharyngoplasty. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 73, n. 3, jun. 2007. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000300008>.

PENG, Phillip W. H. et al. Use of low-dose pregabalin in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. **Br J Anaesth**, v. 105, n. 2, p. 155-161, ago. 2010.

PERALTA, Oscar Urbina. Eficacia de la morfina víasubaraconideaenla analgesia postoperatoria de La histerectomía total abdominal y vaginal. **Actas Peru Anestesiol**, Peru. v. 20, n. 1, p. 92-7, 2012. Disponível em: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v20n3-4/pdf/a03v20n3-4>. Acesso em: 06 jun. 2014.

PEREIRA, Gracian Li; DAGOSTINI, Josiane Magda Camarotto; DAL PIZZOL, Tatiane da Silva. Uso alternado de antipiréticos para tratamento da febre em crianças: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, PortoAlegre, v. 88, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2204>.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200013>.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000200006>.

SA, Katia et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. Epub June 19, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032>.

SAKATA, Rioko Kimiko. Nomenclatura e classificação da dor. In: SAKATA, Rioko Kimiko; ISSY, Adriana Machado. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM Dor**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2008. p. 64-87.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800023>.

SCHESTATSKY, Pedro. Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. **Rev. HCPA.**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 177-87, dez. 2008. Disponível em: <http://www.cadastro.abneuro.org/site/Dor_neurop%C3%A1tica_Pedro_Schestatsky.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SEBBEN, Viviane Cristina et al. Validação de metodologia analítica e estudo de estabilidade para quantificação sérica de paracetamol. **J Bras. Patol. Med. Lab.**, Porto Alegre, v. 46, n. 2, p. 143-148, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v46n2/a12v46n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SHANKARIAH, Manjunath; MISHRA, Madan; KAMATH, Rajay A.D. Tramadol Versus Ketorolac in the Treatment of Postoperative Pain Following Maxillofacial Surgery. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, v. 11, n. 3, p. 264-270, 2012.

SILVA, Magda Aparecida dos Santos; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Pain assessment and training: the impact on pain control after cardiac surgery. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100011>.

SIMONI, Ricardo Francisco et al. Avaliação farmacodinâmica e análise físico-química de duas formulações de propofol usadas em infusão alvo-controlada. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 63, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942013000100005>.

SOUSA, Fátima A. E. Faleiros; SILVA, José Aparecido. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista Dor**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 408-409, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2004/volume>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SOUZA, Jorcen Simon de; FERRAO, Marco Flôres. Aplicações da espectroscopia no infravermelho no controle de qualidade de medicamentos contendo diclofenaco de potássio. Parte I: dosagem por regressão multivariada. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000300013>.

TANAKA, Pedro Paulo; MOSS, Jonathan. O papel dos antagonistas periféricos dos opióides no tratamento da dor e nos cuidados perioperatórios. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 58, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942008000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942008000500011>.

TOMS, Laurence et al. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 21, n. 1, 2009.

TOROUDI, Hamidreza Pazooki et al. Compared the analgesic effect of ibuprofen with mesalazine after the discectomy surgery in patients with lumbar disc herniation: A double-blind randomized controlled trial. **NeuroIndia**, v. 57, n. 3. P. 305-9, maio/jun. 2009.

VALE, Nilton Bezerra do. Analgesia adjuvante e alternativa. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 56, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942006000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942006000500012>.

VINAGRE, Ana Lúcia Marinho; SOUZA, Marcus Vinícius Leitão de. Interferências na absorção de levotiroxina e dificuldades no manuseio de pacientes com hipotireoidismo na unidade de terapia intensiva: relato de dois casos e revisão de literatura. **Rev Bras Ter Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 242-248, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n2/a19v23n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

VISCUSI, Eugene R.; FANIKOS, John; HUO, Michael H. Transdermal PCA in ACte Postoperative Pain Management: A critical Evolution of the Investigational IONSYS System. **Special Report**, Texas, v. 39, n. 3, p: 1-8, mar. 2013. Disponível em: http://www.anesthesiologynews.com/download/SR1230_WM.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ZANON, Renata Graciele; BRASIL, Adriana Kundrat; IMAMURA, Marta. Ultra-som contínuo no tratamento da fasciíte plantar crônica. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522006000300004>.

ZAVAREH, Sayyed Morteza Heidari Tabaei et al. Pre emptive analgesia for reducing pain after cholecystectomy: Oral. **Adv Biomed Res**, v. 2, n. 1, 2013.

6 CONCLUSÃO

A avaliação da dor é de extrema importância, já que serve de base para o diagnóstico álgico e, por meio dele, podemos estabelecer um tratamento mais eficaz, principalmente quando se trata de um paciente cirúrgico, o que nos permite conhecer a sua etiopatogenia determinando a escolha das intervenções e abordagens para aquele que sofre com ela no pós-operatória. Assim, o protocolo, quando executado de forma concreta, construído por meio de evidências científicas, propicia um caminho seguro frente à tomada de decisão na avaliação do paciente com dor. Desenvolve, na equipe de saúde, uma visão mais ampliada, desmistificando tabus ainda presentes nas instituições hospitalares, pacientes sendo medicados com fármacos de menor e progredindo para o de maior potencialidade sem uma avaliação efetiva, não relacionando o limiar da dor diagnosticado pelos instrumentos disponíveis que justificam uma terapêutica correta de acordo com a potencialidade analgésica.

Vale salientar que toda a mudança de cultura provoca resistências e conviver com a dor nas instituições hospitalares é um hábito presente, o qual não deve ser reproduzido. Uma das estratégias para melhorias neste processo da dor seria a elaboração e implementação de protocolos, bem como o desenvolvimento de um sistema de educação permanente que permite a formação necessária para as equipes assistentes.

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve exercer seu papel no controle da dor, tendo responsabilidade em todo o processo de avaliação até seu desfecho final. O ponto crucial, para melhorar o manejo da dor seria a o monitoramento dos seus indicadores, cuja leitura oferecesse dados referentes ao impacto da mudança na implementação no contexto em questão. Para isso, é importante que se organize um grupo da dor, configurado por uma equipe multidisciplinar para adoção de um padrão de avaliação diária do paciente diante do fenômeno doloroso, para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AKOBENG, Anthony K. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n. 8, p. 837-840, Aug. 2005.

ALMEIDA MOTA, Fabiane et al. Evaluation of patient-controlled analgesia in the postoperative period of heart surgery with morphine continuous infusion. **Rev Dor**, n. 55, 2011.

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

ARICI, Semih et al. Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy. **AGRI**, v. 21, n. 2, p. 54-61, 2009. Disponível em: <<http://www.journalagent.com/pubmed/linkout.asp?ISSN=1300-0012&PMID=19562533>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

BARBOSA, Taís Pagliuoco et al. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 470-477, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

BARBOSA, Maria Helena et al. Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 143-147, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100143&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140021>.

BELZARENA, Sérgio D. et al. Analgesia pós-operatória multimodal em cirurgia ginecológica videolaparoscópica ambulatorial: comparação entre parecoxib e tenoxicam. **Rev. Bras. Anestesiol**, Campinas, v. 55, n. 2, p. 158-164, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000200002>.

BIGAL, Marcelo Eduardo; BORDINI, Carlos Alberto; SPECIALI, José Geraldo. Intravenous dipyrone for the acute treatment of episodic tension-type headache: A randomized, placebo-controlled, double-blind study. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 10, p. 1139-1145, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2002001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2002001000005>.

CIPRIANO, Anderson; ALMEIDA Daniel Benzecry; VALL, Janaina. O perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, out./dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

CORTEZ, Joana Gadioli et al. Presentation and manual on pain management have changed analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 17-20, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100005>.

CORREA, Arlete Duarte et al. Implantação de um protocolo para o gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, abr./maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342012000100009>. Acesso em: 31 maio 2013.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; CHAVES, Marcelo Donizetti. Dor em pacientes sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-49, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000100008>>. Acesso em: 31 maio 2013.

DAMINELLI, Caroline; SAKAE, Thiago Mamôru; BIANCHINI, Ney. Evaluation of the effectiveness of postoperative analgesia in hospital in southern Santa Catarina July-October 2006. **Rev ACM**; v. 37, n. 1, 2008.

DEMIREL, Ismael et al. Comparison of patient-controlled analgesia versus continuous infusion of tramadol in post-cesarean section pain management. **J. Obstet. Gynaecol. Res**, v. 1, n. 1, p. 392-8, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12205/pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

DENIZ, Mustafa Nuri; ERHAN, Elvan; UGUR, Gulden. Intrathecal morphine reduces postoperative tramadol consumption in patients undergoing radical retropubic prostatectomy: a randomized Trial. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 17, n. 6, p. 834-838, 2013.

DERRY, Sheena et al. Single dose dipyron for acute postoperative pain (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 8, n. 9, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003227.pub2/abstract;jsessionid=7FB8DEE28ADF99C0E9396381349D2522.f02t01>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

DÍAZ-CHÁVEZ, Emilio Prieto et al. Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. **Cir Cir**, v. 77, n. 1, p. 45-49, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211469009>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FAVRETTO, Débora Oliveira et al. Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500023>.

FLEMMING, Kenneth. Critical appraisal. 2. Searchable questions. **NT Learning Curve**, v. 3, n. 2, p. 6-7, abr. 1999.

FREITAS, Claudio Carvalho et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Revista Dor**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_1/pdf/Volume_10_n_01_Pags_56-62.pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 57-60, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672003000100012>. Acesso em: 31 maio 2013.

GAZI, Miriam Bellini; SAKATA, Rioko Kimiko; ISSY, Adriana Machado. Intra-articular morphine versus bupivacaine for knee motion among patients with osteoarthritis: randomized double-blind clinical trial. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 126, n. 6, p. 309-313, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802008000600003>.

GLASZIOU, Paul; DEL MAR, Chris; SALISBURY, Janet. **Prática clínica baseada em evidências**: livro de exercícios. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GUYATT, Gordon H. et al. GRADE: going from evidence to recommendations. **BMJ**, v. 336, n. 7652, p. 1049-51, maio 2008.

HONÓRIO, Rita Paiva Pereira; CAETANO, Joselany Afio. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

HUSSAIN, Aziza M. et al. Effect of gender on pain perception and analgesic consumption in laparoscopic cholecystectomy: An observational study. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v. 29, n. 3, p. 337-41, 2013. Disponível em: <http://www.joacp.org/temp/JAnaesthClinPharmacol293337-6248425_172124.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

INFANTE, Ana Catarina Sanches. Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 54-57, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

JEBARAJ, Bright et al. Intravenous Paracetamol Reduces Postoperative Opioid Consumption after Orthopedic Surgery: A Systematic Review of Clinical Trials. **Pain Res Treat**. v. 1, n. 1, p. 1-6, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3836381/pdf/PRT2013-402510.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

JUNIOR, Jamir João Sarada et al. Preditores biopsicossociais de dor incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-118, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

KURUKAHVECIOGLU, Osman et al. Effect of meloxicam on postoperative pain relief after inguinal hernia repair with local anaesthesia. **West Indian med. j.**, Mona, v. 56, n. 6, p. 530-533, dez. 2007. Disponível em: <http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442007000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.

LANDGRAF, Camila da Silva et al. Evaluation of the effectiveness of postoperative analgesia in hospital in southern Santa Catarina July-October 2006. **Rev Dor**, v. 11, n. 4, 2010.

LUPPEN, Lisiane Specht; SAMPAIO, Fernanda Herbstrith; STADNIK, Cláudio Marcel Berdún. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor, o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 29-34, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

MAGALHÃES, Paola Alexandria Pinto de et al. Percepção dos profissionais de enfermagem frente a identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 221-225, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000300005>>. Acesso em: 31 maio 2013.

MANSILHA, Armando. Carotid Endarterectomy under Local Anaesthesia. **Angiol Cir Vasc**, v. 7, n. 1, 2011.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 299-308, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

McNICOL Ewan D. et al. Single-dose intravenous paracetamol or propacetamol for prevention or treatment of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. **Br J Anaesth**, v. 106, n. 6, 2011.

PAIVA, Eduardo Santos et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 292-296, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000400010&lang>. Acesso em: 31 maio 2013.

PATROCINIO, Lucas Gomes et al. A comparative study between Ketorolac and Ketoprofen in postoperative pain after uvulopalatopharyngoplasty. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 73, n. 3, p. 339-342, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000300008>.

PENG, Philip W. H. et al. Use of low-dose pregabalin in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. **Br J Anaesth**, v. 105, n. 2, p. 155-61, 2010. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/105/2/155.full.pdf+html>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

PEREIRA, Angela Lima; BACHION, Márcia Maria. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendações de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, dez. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>. Acesso em: 31 maio 2013.

PINTO, Luciana Sinelli; CASA, Evelen Cristina Gomes Spilla. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. **Revista de Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 6, p. 64-69, 2005. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-11.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano, HUNGLER, Berandette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, Norma Cecilia Alves et al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 146-52, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 1º jun. 2013.

RUSSO, Andrea et al. Efficacy of scheduled time ketorolac administration compared to continuous infusion for post-operative pain abdominal surgery after. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 16, n. 1, 2012.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-131, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SAÇA, Camila Simões et al. A dor como 5º sinal vital: Atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 28, n. 1, p. 35-41, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes>>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SAKATA, Rioko Kimiko. Nomenclatura e classificação da dor. In: SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM Dor**. São Paulo: Manole, 2008. p. 64-87.

SCHWEITZER, Gabriela et al. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1056-1066, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a11.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SHANKARIAH, Manjunath; MISHRA, Madan; KAMATH, Rajay. A Tramadol Versus Ketorolac in the Treatment of Postoperative Pain Following Maxillofacial Surgery. *J. Maxillofac. Oral Surg*, v. 11, n. 3, p. 264-270, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428455/>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

SILVA, Magda Aparecida dos Santos; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Pain assessment and training: the impact on pain control after cardiac surgery. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 84-92, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100011>.

SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Boaventura do; MALAGUTTI, W. Iliam. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, Yara Boaventura da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 109-118, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/13.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SIMÃO, Carla M. F. et al. Elaboração de protocolos de enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia oncológica do aparelho digestivo alto. *Ciências da Saúde*, v. 14, n. 4, p. 234-237, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID238.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SIMONI, Ricardo Francisco et al. Eficácia do emprego da metadona ou da clonidina no intraoperatório para controle da dor pós-operatória imediata após uso de remifentanil. *Rev. Bras. Anestesiol*, Campinas, v. 59, n. 4, p. 421-430, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000400004>.

TOMS, Laurence et al. Single Dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, v. 21, n. 1, p. 711-38, jan. 2009.

TOROUDI, Hamidreza Pazooki et al. Compared the analgesic effect of ibuprofen with mesalamine after the discectomy surgery in patients with lumbar disc herniation: A double-blind randomized controlled trial. *Neurol India*, v. 57, n. 3, p. 305-309, 2009. Disponível em: <<http://www.neurologyindia.com/article.asp?issn=0028-3886;year=2009;volume=57;issue=3;page=305;epage=309;aulast=Toroudi>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

UZUN, Sennur et al. The Addition of Metamizole to Morphine and Paracetamol Improves Early Postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Lumbar Disc Surgery. *Turk Neurosurg*, v. 20, n. 3, p. 341-7, 2010.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ZAVAREH, Sayyed Morteza Heidari Tabaei et al. Pre emptive analgesia for reducing pain after cholecystectomy: Oral tramadol vs. acetaminophen codeine. **Adv Biomed Res**, v. 2, n. 1, p. 1-5, 2013. Disponível em: <http://www.advbiores.net/temp/AdvBiomedRes2112-6197233_171252.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

ZEIDAN, Ahead et al. Median effective dose (ED50) of paracetamol and morphine for postoperative pain: a study of interaction. **Br J Anaesth**, v. 11, n. 1, p. 118-23, 2013. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/112/1/118.full.pdf+html>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA DAS EVIDÊNCIAS

Base	Termos	Resultados	Estudos disponíveis	Estudos selecionados
Medline (via PubMed)				
The Cochrane Library (via Bireme)				
LILACS				

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS		
IDENTIFICAÇÃO		
Título do Artigo:	FICHA N°	
Periódico:		
Idioma: () Inglês () Português () Espanhol		
Data da conclusão deste estudo:		
TIPO DE REVISTA CIENTIFICA	PICO	
Publicação de enfermagem Geral ()	P: I: C: O:	
Publicação de Enfermagem ()		
Publicação Médica ()		
Especialidade Médica ()		
Publicação de Outras Áreas da Saúde ()		
Publicações de Outras Áreas ()		
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO		
() Revisões sistemáticas com Metanálise	() Estudos de coorte	() Estudos descritivos
() Revisões sistemáticas sem Metanálise	() Estudos caso controle	() Estudos Experimentais
() Ensaio clínico aleatório	() Estudos quasi-experimentais	
Objetivo ou Questão de Investigação:		
Critérios de inclusão:		
Critérios de exclusão:		
CONDIÇÃO DE COMPARAÇÃO (Descrever a intervenção e comparação)		
Número de participantes:		
Que tipo de intervenção foi utilizada neste estudo:		
Como foi avaliada esta intervenção:		
Informação sobre idade e sexo dos participantes:		
Informações sobre a etnia dos participantes:		
Informações adicionais que ache necessário extrair deste estudo:		

Fonte: Grade Working Group (2008).

ANEXO A – ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS

P	População / Problema
I	Intervenção
C	Comparador / Controle
O	Outcome (desfecho)

Fonte: Glasziou (2010, p. 36)

**ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA
OXFORD CENTER FOR EVIDENCE BASED MEDICINE**

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – prevenção – etiologia
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão sistemática de estudos de coorte.
	2B	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>); estudo ecológico.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>); estudo ecológico.
	3A	Revisão sistemática de estudos caso-controle.
	3B	Estudo caso-controle.
C	4	Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).

Fonte: Guyatt (2008).

1) **PROTOKOLO ASSISTENCIAL PARA DOR DE PACIENTES ADULTOS CIRÚRGICOS: Revisão Sistemática**

SILVA, Thiago¹

VIEGAS, Karin²

FENSTERSEIFER, Lisia Maria²

Objetivo: identificar e analisar as melhores evidências científicas como suporte teórico para a elaboração de um protocolo assistencial para o manejo da dor de pacientes adultos cirúrgicos. **Metodologia:** a busca foi realizada nas bases de dados PubMed, LILACS e COCHRANE, utilizando-se o método PICO. **Resultados:** encontrou-se 424 artigos da dor conforme o tipo de cirurgia, os instrumentos para sua avaliação e os principais agentes farmacológicos para o seu manejo. As evidências obtidas foram classificadas conforme o Nível de Evidência do *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e a classificação do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*, no enfoque tratamento, prevenção e diagnóstico. Os resultados mostraram que a maioria dos artigos são do Brasil e Estados Unidos, sendo a maior produção em 2013. As melhores evidências encontradas foram 16 ensaios clínicos randomizados e seis revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados. **Conclusão:** os estudos identificaram inúmeras fragilidades, não existindo um planejamento farmacológico adequado ao paciente cirúrgico. Esta revisão propiciou um caminho seguro e uma base científica de qualidade para o manejo da dor e vêm ao encontro das diretrizes estabelecidas pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, e a Sociedade Americana da Dor.

Descritores: Dor; Analgésicos, Protocolos clínicos; Pós-Operatório.

Objective: identify and analyze the best scientific evidence and theoretical support for the development of a protocol assistance for pain management of surgical adult patients. **Methodology:** the search was conducted in PubMed, LILACS and COCHRANE data, using the PICO method. **Results:** 424 articles met ade of pain according to the type of surgery, the instruments for their assessment and the main pharmacologic agents for its management. Evidence obtained were classified according to the level of evidence of the Oxford Centre for Evidence Based Medicine and the classification of the Grading of Recommendations Assessment, Evaluation Developmentand, focus on treatment, prevention and diagnosis. The results showed that most of the articles are from Brazil and the United States, with the largest production in 2013.'s Best evidence found were 16 randomized clinical trials and six systematic reviews of randomized clinical trials. **Conclusion:** The study identified numerous weaknesses, with no adequate pharmacological planning to surgical patients. This review has provided a safe journey and a scientific basis for quality pain management and come to meet the guidelines established by the American Agency for Research and Quality in Public Health, and the American Pain Society.

Key-words: Pain; Analgesics, Clinical protocols; Postoperative

Objetivo: identificar y analizar la mejor evidencia científica y el apoyo teórico para el desarrollo de un protocolo asistencia para el tratamiento del dolor de los pacientes adultos

quirúrgicos. **Metodología:** la búsqueda se realizó en PubMed, LILACS y datos COCHRAME, utilizando el método PICO. **Resultados:** 424 artículos cumplieron ade del dolor según el tipo de cirugía, los instrumentos para su evaluación y los principales agentes farmacológicos para su manejo. Las pruebas obtenidas fueron clasificadas de acuerdo con el nivel de las pruebas del Centro de Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia y la clasificación de la clasificación de las recomendaciones de la evaluación, la evaluación developmentand, se centran en el tratamiento, prevención y diagnóstico. Los resultados mostraron que la mayoría de los artículos son de Brasil y Estados Unidos, con la producción más grande en 2013. 'S Best evidencias encontradas fueron 16 los ensayos clínicos y seis revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados randomizadosde los artículos son de Brasil y Estados Unidos, con la producción más grande en 2013. 'S Best evidencias encontradas fueron 16 los ensayos clínicos y seis revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados randomizados. **Conclusión:** El estudio identificó numerosas deficiencias, sin planificación farmacológica adecuada a los pacientes quirúrgicos. Esta revisión ha proporcionado un viaje seguro y una base científica para el manejo del dolor calidad y llegar a cumplir con los lineamientos establecidos por la Agencia Estadounidense para la Investigación y Calidad en Salud Pública y la Sociedad Americana del Dolor.

Palabras clave: Dolor; Analgésicos; protocolos clínicos; Postoperatoria.

Introdução

A dor é uma das grandes preocupações dos seres humanos. Essa manifestação desempenha um papel de alerta em relação ao estado clínico e as alterações fisiológicas que podem acometer um indivíduo no seu estado saúde/doença, sendo este o principal motivo de atendimento nos serviços de saúde. (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Este fenômeno doloroso culminou em 1976 numa Assembléia geral junto a Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua inclusão na Classificação Internacional de Doença (CID), que passou a ser definido pela *International Association For The StudyOfPain* (IASP) como uma experiência sensitiva, emocional e desagradável, relacionada à lesão tecidual ou associada a dano presente ou potencial, podendo envolver mecanismos físicos, psíquicos e culturais. (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011; CIPRIANO;ALMEIDA;VALL, 2011).

Contudo, a assistência ofertada ao paciente com dor é complexa, exigindo conhecimento da equipe de saúde quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica, principalmente em perceber e tratar a dor de forma adequada. Sua mensuração é fundamental para a orientação terapêutica, o que permite escolher o tratamento mais seguro. Estima-se que menos de 50% dos profissionais avaliam esse sintoma, e inúmeras barreiras estão associadas, desde o uso de protocolos sem evidências, a resistência dos profissionais para adoção de uma nova cultura e os métodos de avaliação inadequados. (SAKATA, 2008).

Na área hospitalar são utilizados instrumentos unidimensionais, como escalas que avaliam a intensidade da dor, sendo de fácil aplicabilidade, tornando-se vantajosa quanto à sua mensuração. (BARBOSA et al., 2011). Estas escalas permitem quantificar o grau da dor de forma confiável, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. (FREITAS et al., 2009).

A escala numérica (EN) permite identificar o grau da dor através de números, numa escala de zero a dez onde zero representa a ausência, e dez a pior dor possível. (ANDRADE; PEREIRA; SOUZA, 2006). A escala verbal analógica (EVA) é a que melhor descreve a dor, sendo de fácil entendimento para a população idosa. Contudo traz consequências negativas, quando o paciente apresenta alterações cognitivas graves e introspecção para entender as palavras, podendo mascarar o sintoma e este ato que levará a um tratamento. (FREITAS et al., 2009).

A utilização de protocolos insere-se neste contexto com a função de padronizar procedimentos que orientam determinada tarefa. O protocolo de prática assistencial para o

manejo da dor do paciente cirúrgico é uma opção assistencial na atenção à saúde do paciente. É uma ferramenta que se traduz em uma assistência sistematizada, que a excelência do cuidado, transforma a visão multidisciplinar, resultando em melhorias dos processos, principalmente aos pacientes cirúrgicos independente da sua complexidade. (SIMÃO et al., 2007; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; CORREA et al., 2012).

Com base no exposto, o presente estudo buscou identificar e analisar as melhores evidências científicas como suporte teórico para a elaboração de um protocolo clínico para o manejo da dor de pacientes adultos cirúrgicos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que é um método de se apropriar das melhores evidências externas para uma tomada de decisão através da classificação de suas evidências e do grau de recomendação. Iniciou-se pela definição da questão a ser respondida, para a busca das evidências, devendo estar explícito o problema de saúde: os pacientes cirúrgicos com queixa de dor, quando submetidos a uma avaliação pela equipe de saúde, para a utilização de protocolo assistencial para dor, apresentam melhora deste sintoma? (PEREIRA; BACHION, 2006). Para isso, utilizou-se o método PICO que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfechos). (FLEMMING, 1999; AKOBENG, 2005; PEREIRA; BACHION, 2006). Esses elementos são necessários para a elaboração da pergunta para a busca bibliográfica da melhor evidência.

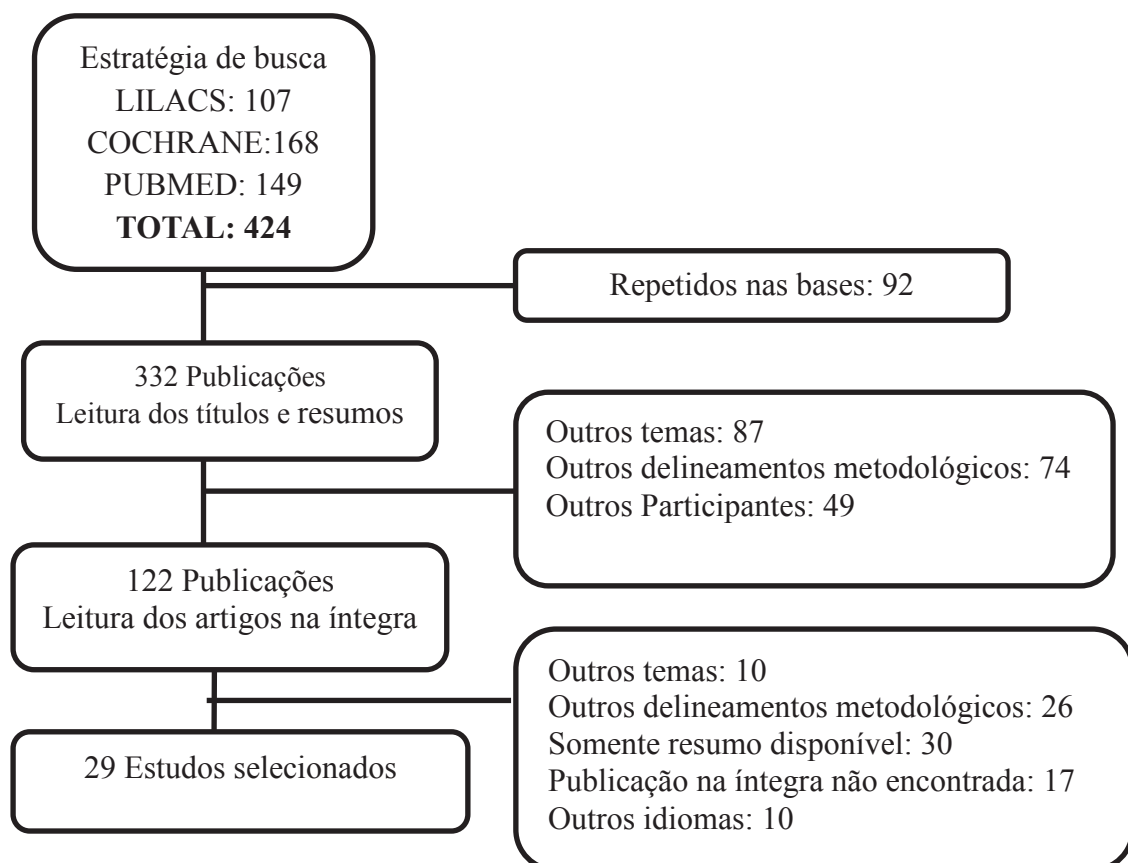
As bases de dados utilizadas foram Biblioteca Virtual da Saúde/Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (BVS/LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline/PubMed) e Biblioteca Cochrane, com os descritores na língua inglesa: *acutepain, chronicpain, general surgery, analgesics, clinicalprotocols, Practice Guideline, Pain Measurement, pain e Post-Operative*. Todos os estudos foram avaliados conforme os critérios de inclusão (artigos que abordem protocolos clínicos da dor; disponíveis na íntegra nas bases de dados pesquisadas). Como limitadores de pesquisa utilizou-se estudos com pacientes pediátricos, neonatos, animais, crianças, dor oncológica a entre os anos de 2001 a 2014. Cada evidência foi classificada conforme o grau de recomendação e o nível de evidência da *Oxford Center for Evidence Based Medicine* e a classificação do *Grading Of Recommendation Assessment Development and Evolution* (GRADE) nos enfoques tratamento, prevenção, etiologia e diagnóstico.

Todos os aspectos éticos foram preservados de acordo com a Lei n. 9.610/98.

Resultados

A seleção dos artigos (Figura 1) foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, com base nos critérios de inclusão. Trezentos e trinta e dois artigos foram considerados potencialmente elegíveis, sendo que 210 não continham informações suficientes, nos títulos e resumos, para seleção. Cento e vinte e dois artigos foram selecionados para leitura na íntegra, os quais, ao se refinar a busca de trabalhos que respondessem nossa questão de pesquisa e aplicados os operadores booleanos, 29 estudos foram incluídos na amostra para a análise desta revisão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma das bases de dados utilizadas na busca bibliográfica dos artigos para a revisão sistemática.



Fonte: Adaptado de Favretto (2012).

As características dos artigos selecionados e níveis de evidências estão descritos no quadro 1.

Quadro 1- Características dos artigos selecionados, segundo título, país, autor ano, nível de evidência e recomendação.

Artigo	Título	País	Autor	Ano	Nível de Evidência e Recomendação
01	Pain assessment intensity and pain relief in patients post-operative orthopedic surgery	Brasil	BARBOSA, M. H; et al.	2014	B2B
02	Presentation and manual on pain management have changed analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries	Brasil	CORTEZ, J. G., et al.	2013	A1B
03	Pain assessment and training: the impact on pain control after Cardiac surgery.	Brasil	SANTOSSILVA, M. A.; PIMENTA C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M.	2013	B2B
04	Pre emptive analgesia for reducing pain after cholecystectomy: Oral tramadol vs. acetaminophen codeine	USA	ZAVAREH, S. M. H. T.; et al.	2013	A1B
05	Comparison of patient-controlled analgesia versus continuous infusion of tramadol in post-cesarean section pain management	USA	DEMIREL, I., et al	2013	A1B
06	Median effective dose (ED50) of paracetamol and morphine for postoperative pain: a study of interaction.	USA	ZEIDAN, A.; et al.	2013	A1B
07	Effect of gender on pain perception and analgesic consumption in laparoscopic cholecystectomy: An observational study.	USA	HUSSAIN, A. M.; et al.	2013	B2B
08	Intravenous Paracetamol Reduces Postoperative Opioid Consumption after Orthopedic Surgery: A Systematic Review of Clinical Trials.	India	JEVARAJ, B.; et al.	2013	A1A
09	Intrathecal morphine reduces postoperative tramadol consumption in patients undergoing radical retropubic prostatectomy: a randomized Trial.	USA	DENIZ, M. N.; ERHAN, E.; UGUR, G.	2013	A1A
10	Tramadol Versus Ketorolac in the Treatment of Postoperative Pain Following Maxillofacial Surgery.	USA	SHANKARIAH, M. MISHRA, M.; KAMATH, R. A.	2012	A1B
11	Efficacy of scheduled time ketorolac administration compared to continuous infusion for post-operative pain after abdominal surgery.	Itália	RUSSO, A., et al.	2012	B3B
12	Evaluation of patient-controlled analgesia in the postoperative period of heart surgery with morphine continuous infusion.	Brasil	ALMEIDA MOTA, F.; et al.	2011	B2B
13	Single-dose intravenous paracetamol or propacetamol for prevention or treatment of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis.	USA	.McNICOL E. D.; et al	2011	A1A
14	Evaluation of postoperative analgesia in a university hospital.	Brasil	LANDGRAF, C. S.; et al.	2010	B2B
15	Single dose dipyrone for acute postoperative pain (Review).	USA	DERRY, S., et al	2010	A1A
16	Use of low-dose pregabalin in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.	Canadá	PENG, P. W. H.; et al.	2010	A1B
17	The Addition of Metamizole to Morphine and Paracetamol Improves Early postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Lumbar Disc Surgery	USA	UZUN, S., et al.	2010	A1B

(continua)

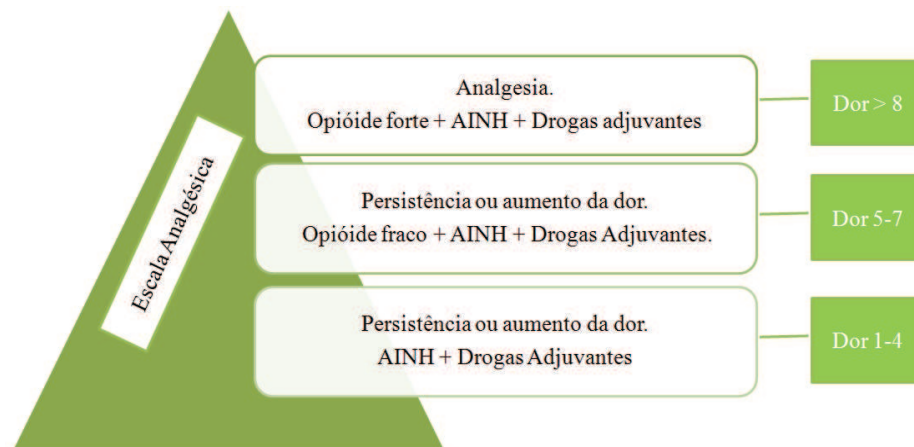
(conclusão)

Artigo	Título	País	Autor	Ano	Nível de Evidência e Recomendação
18	Efficacy of Intraoperative Methadone and Conidine in Pain Control in the Immediate Postoperative Period after the Use of Remifentanyl.	Brasil	SIMONI, R. F., et al.	2009	A1B
19	Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia	México	DÍAZ-CHÁVEZ, E. P., et al.	2009	A1B
20	Compared the analgesic effect of ibuprofen with mesalamin after the disectomy surgery in patients with lumbar disc herniation: A double-blind randomized controlled trial.	Iran	TOROUDI, H. P., et al.	2009	A1B
21	Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy.	USA	ARICI, S., et al.	2009	A1B
22	Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Review).	USA	TOMS, L., et al.	2009	A1A
23	Intra-articular morphine versus bupivacaine for knee motion among patients with osteoarthritis: randomized double-blind clinical trial.	Brasil	GAZI, M. B.; SAKATA, R. K.; ISSY, A. M.	2008	A1B
24	Evaluation of the effectiveness of postoperative analgesia in hospital in southern Santa Catarina July-October 2006.	Brasil	DAMINELLI, C.; SAKAE, T. M.; BIANCHINI, N.	2008	B2C
25	A comparative study between Ketorolac and Ketoprofen in postoperative pain after uvulopalatopharyngoplasty.	Brasil	PATROCÍNIO, L. G. et al.	2007	A1B
26	Effect of Meloxicam on Postoperative Pain Relief after Inguinal Hernia Repair with Local Anaesthesia.	USA	KURUKAHVECIOGLU, O., et al.	2007	A1B
27	Multimodal Analgesia in Outpatient Videolaparoscopic Gynecologic Surgery. Comparison between Parecoxib and Tenoxicam.	Brasil	BELZARENA, S. D., et al.	2005	A1B
28	Intravenous dipyrrone for the acute treatment of episodic tension-type headache. A randomized, placebo controlled, double-blind study.	USA	BIGAIL, M.E.; BORDINI, C.A.; SPECIALI, J.G.	2002	A1B
29	Carotid Endarterectomy under Local Anaesthesia	Portugal	ARMANDO MANSILHA.	2001	A1A

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Em relação às medicações, as evidências são expostas na figura 2.

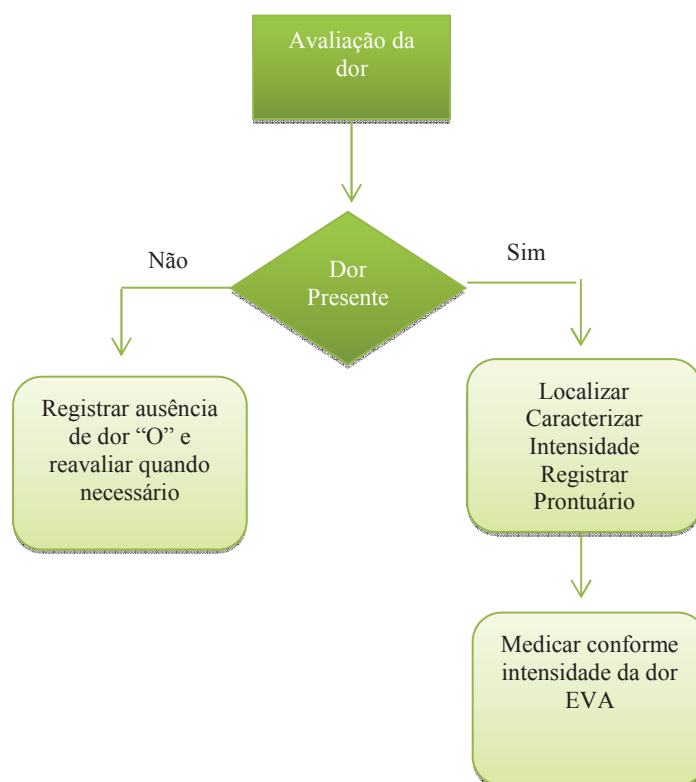
Figura 2 - Escala analgésica, conforme classificação da dor.



Fonte: Adaptada de Krause (2012)

Para o manejo da dor, elaborou-se o fluxograma apresentado na figura 3.

Figura 3 - Fluxograma para monitoramento da dor conforme sua classificação.



Fonte: Adaptado de Pimenta *et al.* (2001) [AIB].

Resultados e Discussão

Nesta revisão sistemática foram analisados 29 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão, no período de 2001 a 2014, sendo 17 publicados após 2010, destacando-se o ano de 2013 com oito estudos. Em relação aos países, os Estados Unidos apresentam 13 artigos, o Brasil 10 e outros países como Itália, Índia, Canada, México, Iran e Portugal com uma publicação. Em relação aos níveis de evidências e recomendações dos artigos apresentaram-se 06 [A1A] de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, 16 [A1B] ensaios clínicos randomizados, cinco [B2B] estudos de coorte, um [B2C] estudo ecológico e um [B3B] caso controle.

Com relação a análise dos instrumentos unidimensionais mais utilizados para avaliação da dor, sobressaiu-se a Escala Visual Analógica (EVA), sendo identificada em 16 estudos, tanto em nível nacional quanto internacional. Esta escala apresenta alto índice de validade e confiabilidade, facilitando o atendimento do paciente. (BIGAIL; BORDINI; SPECIALI, 2002; BELZARENA et al., 2005; PATROCÍNIO et al., 2007; KURUKAHVECIOGLU et al., 2007; DÍAZ-CHÁVEZ et al., 2009; TOMS et al., 2009; TOROUDI et al., 2009; ARICI et al., 2009; SIMONI et al.; DERRY et al., 2010; McNICOL et al., 2011; SHANKARIAH; MISHRA; KAMATH, 2012; ZAVAREH et al., 2013; DEMIREL et al., 2013; JEBARAJ et al 2013; DENIZ; ERHAN; UGUR, 2013).

Para uma adequada analgesia, recomenda-se o uso do índice de manejo da dor (IMD), que avalia a potência do analgésico frente à intensidade referida pelo paciente. É calculado pela subtração da potência analgésica da intensidade da dor, podendo variar de menos três a mais três. Os escores negativos indicam a inadequação analgésica e do zero para mais, a adequação do analgésico. (CLEELAND, 1994; CALILO; PIMENTA, 2005). Esta potência é classificada como: potência 0 = Ausência de medicamento analgésico; potência 1 = Analgésico antiinflamatório não hormonal (AINH); potência 2 = Opióide fraco (codeína, tramadol) e potência 3 = Opióide forte (morfina, meperidina). Cabe ressaltar que o IMD é um índice bastante conservador, pois orienta apenas o grupo farmacológico do analgésico e não a dose e via.

Em relação á farmacologias analgésicas utilizadas de acordo com o limiar da dor e o diagnóstico frente à classificação cirúrgica se destacam os seguintes fármacos de acordo com o seu grau de evidência e recomendação: cetocorolaco, cetoprofeno, dipirona, meloxicam, paracetamol e tenoxicam , para os pacientes que apresentam dor leve, limiar 1-4 [A1A] [A1B]

[B3B]. (JEBARAJ et al., 2013; RUSSO et al., 2012; McNICOL et al., 2011; DERRY et al., 2010; ARICI et al., 2009; TOMS et al., 2009; KURUKAHVECIOGLU et al., 2007; PATROCÍNIO et al., 2007; BELZARENA et al., 2005; BIGAIL; BORDINI; SPECIAL, 2002). Dor moderada limiar 5-7: codeína, clonidina, ibuprofeno, pregabalina, codeína mais paracetamol, tramadol. [A1A] [A1B] [B2B]. (SIMONI et al., 2009; TOROUDI et al., 2009; PENG et al., 2010; DENIZ; SHANKARIAH; MISHRA; KAMATH, 2012; DEMIREL et al., 2012; ERHAN; UGUR, 2013; ZAVAREH et al., 2013; ZEIDAN et al., 2013; AZIZA et al., 2013). Dor intensa limiar 8-10: morfina, metadona e parecoxib. [A1B]. (GAZI; SAKATA; ISSY, 2008; UZUN et al., 2010). Controlar o processo doloroso é identificar a causa, tornando-se muitas vezes este sintoma clínico de maior dificuldade para sua avaliação, por ser de caráter subjetivo e complexo. O manejo da dor pós-operatória é um crítico componente da assistência, devendo ser um indicador de qualidade voltado à assistência ofertada [A1A]. (DERRY et al., 2010).

Para o estabelecimento do diagnóstico e tratamento da dor, são necessários conhecimentos específicos em relação da condição clínica do paciente. O enfermeiro exerce seu papel no controle deste sintoma, tem a responsabilidade na avaliação, diagnóstico e tratamento, como membro da equipe de saúde. Esta intervenção ainda necessita ser amplamente investigada, para adoção de um padrão de avaliação diária do paciente, especificamente sobre dor, podendo assim, contribuir no aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

Conclusão

Para o gerenciamento da dor, é importante que o enfermeiro e todos os componentes da equipe de saúde, sejam incentivados cada vez mais, a intensificar o conhecimento teórico e prático. Desta maneira, mostrarão a importância de uma avaliação utilizando-se de métodos precisos e seguros que promovam o manejo adequado por meio de protocolos institucionais estabelecidos pelas melhores evidências científicas na prática clínica. Os *Protocolos* se definem como algo pronto, a ser utilizado por meio de recursos, até mesmo a padronização de leis e procedimentos que orientam uma determinada tarefa. Contudo cabe ressaltar que apesar do considerável progresso científico farmacológico, a dor continua a ser subestimada e portanto, subtratada. Assim as práticas educativas são fundamentais para o aperfeiçoamento da equipe de saúde no desenvolvimento de suas potencialidades.

Referências

AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n. 8, p. 837-840, ago. 2005.

ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

ARICI, Semih *et al.* Preemptive analgesic effects of intravenous paracetamol in total abdominal hysterectomy. **AGRI**, v. 21, n. 2, 2009.

BARBOSA, Maria Helena et al. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100143&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140021>.

BELZARENA, Sérgio D. et al. Analgesia pós-operatória multimodal em cirurgia ginecológica videolaparoscópica ambulatorial: comparação entre parecoxib e tenoxicam. **Rev. Bras. Anestesiol**, Campinas, v. 55, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000200002>.

BIGAL, Marcelo Eduardo; BORDINI, Carlos Alberto; SPECIALI, José Geraldo. Intravenous dipyrone for the acute treatment of episodic tension-type headache: A randomized, placebo-controlled, double-blind study. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 10, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2002001000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2002001000005>.

CALILO, Ana Maria; PIMENTA, Cibele A. de Mattos. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500013>.

CIPRIANO, Anderson; ALMEIDA Daniel Benzecry; VALL, Janaina. O perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 297-300, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 maio 2013.

CLEELAND, Charles S. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Annals Acad. Med.** Singapore, v. 23, p. 129-38, 1994.

CORREA, Arlete Duarte et al. Implantação de um protocolo para o gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, abr./maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342012000100009>. Acesso em: 31 maio 2013.

DEMIREL, Ismael et al. Comparison of patient-controlled analgesia versus continuous infusion of tramadol in post-caesarean section pain management. **J. Obstet. Gynaecol. Res**, v. 1, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12205/pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DENIZ, Mustafa Nuri; ERHAN, Elvan; UGUR, Gulden. Intrathecal morphine reduces postoperative tramadol consumption in patients undergoing radical retropubic prostatectomy: a randomized Trial. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 17, n. 6, p. 834-838, 2013.

DERRY, Sheena et al. Single dose dipyron for acute postoperative pain. **Cochrane DatabaseSyst Rev**, v. 8, n. 9, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003227/pdf/abstract>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DÍAZ-CHÁVEZ, Emilio Prieto et al. Comparación de ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. **Cirugía y Cirujanos**, México, v. 77, n. 1, p. 45-49, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211469009>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

FLEMMING, Kenneth. Critical appraisal. 2. Searchable questions. **NT Learning Curve**, v. 3, n. 2, p. 6-7, abr. 1999.

FREITAS, Claudio Carvalho et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Revista Dor**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2009/volume_10/n%C3%BAmero_1/pdf/Volume_10_n_01_Pags_56-62.pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

FREITAS, Roberto G. de et al. Apendicite aguda. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. v.8, n.1, p:38-51, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=168>. Acesso em: 05 jun. 2014.

HUSSAIN, Aziza M. et al. Effect of gender on pain perception and analgesic consumption in laparoscopic cholecystectomy: An observational study. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**, v. 29, n. 3, p. 337-41, 2013. Disponível em: <http://www.joacp.org/temp/JAnaesthClinPharmacol293337-6248425_172124.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

KRAUSE, Lilian Hennemann. Aspectos Práticos da Prescrição de Analgésicos na Dor do Câncer. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 38-49, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=325>. Acesso em: 06 jun. 2014.

KURUKAHVECIOGLU, Osman et al. Effect of Meloxicam on Postoperative Pain Relief after Inguinal Hernia Repair with Local Anaesthesia. **West Indian Med J**, v. 5, n. 6, p. 530-533, dez. 2007.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, DaphineCentola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 51, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.

McNICOL Ewan D. et al. Single-dose intravenous paracetamol or propacetamol for prevention or treatment of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Anaesthesia**, v. 106, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/106/6/764.full.pdf+html>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

PATROCINIO, Lucas Gomes et al. A comparative study between Ketorolac and Ketoprofen in postoperative pain after uvulopalatopharyngoplasty. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 73, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000300008>.

PENG, Philip W. H. et al. Use of low-dose pregabalin in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. **Br J Anaesth**, v. 105, n. 2, p. 155-61, 2010. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/105/2/155.full.pdf+html>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

PEREIRA, Angela Lima; BACHION, Márcia Maria. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendações de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, dez. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>. Acesso em: 31 maio 2013.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200013>.

RUSSO, Andrea et al. Efficacy of scheduled time ketorolac administration compared to continuous infusion for post-operative pain abdominal surgery after. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 16, n. 1, 2012.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev. dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000200006>.

SAKATA, Rioko Kimiko. Nomenclatura e classificação da dor. In: SAKATA, Rioko Kimiko; ISSY, Adriana Machado. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM Dor**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2008. p. 64-87.

SHANKARIAH, Manjunath; MISHRA, Madan; KAMATH, Rajay A.D. Tramadol Versus Ketorolac in the Treatment of Postoperative Pain Following Maxillofacial Surgery. **J. Maxillofac. Oral Surg**, v. 11, n. 3, p. 264-270, 2012.

SIMÃO, Carla M. F. et al. Elaboração de protocolos de enfermagem para pacientes submetidos a cirurgia oncológica do aparelho digestivo alto. **Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 234-237, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID238.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2013.

SIMONI, Ricardo Francisco et al. Avaliação farmacodinâmica e análise físico-química de duas formulações de propofol usadas em infusão alvo-controlada. **Rev. Bras. Anestesiol**, Campinas, v. 63, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942013000100005>.

SIMONI, Ricardo Francisco et al. Eficácia do emprego da metadona ou da clonidina no intraoperatório para controle da dor pós-operatória imediata após uso de remifentanil. **Rev. Bras. Anestesiol**, Campinas, v. 59, n. 4, p. 421-430, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000400004>.

TOMS, Laurebce et al. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, v. 21, n. 1, 2009.

TOROUDI, Hamidreza Pazooki et al. Compared the analgesic effect of ibuprofen with mesalaminine after the disectomy surgery in patients with lumbar disc herniation: A double-blind randomized controlled trial. **NeuroIndia**, v. 57, n. 3. p: 305-9, maio/jun. 2009.

UZUN, Sennur *et al.* The Addition of Metamizole to Morphine and Paracetamol Improves Early Postoperative Analgesia and Patient Satisfaction after Lumbar Disc Surgery. **Turk Neurosurg**, v. 20, n. 3, p. 341-7, 2010.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ZAVAREH, Sayyed Morteza Heidari Tabaei *et al.* Pre emptive analgesia for reducing pain after cholecystectomy: Oral. **Adv Biomed Res**, v. 2, n. 1, 2013.

ZEIDAN, Ahead *et al.* Median effective dose (ED50) of paracetamol and morphine for postoperative pain: a study of interaction. **Br J Anaesth**; v. 11, n. 1, p. 118-23, 2013. Disponível em: <<http://bj.oxfordjournals.org/content/112/1/118.full.pdf+html>>. Acesso em: 04 jun. 2014.