



O manejo da dor deve ser uma prioridade no atendimento de emergência. O controle eficaz da dor não apenas alivia o sofrimento do paciente, mas também influencia sua percepção sobre a gravidade da doença, a qualidade do cuidado e a experiência no serviço de saúde. Apesar de sua relevância, evidências demonstram que a avaliação da dor, tanto inicial quanto após a intervenção, não é realizada em uma parcela significativa dos atendimentos, e muitos pacientes com dor moderada a intensa não recebem analgesia adequada. Esses achados evidenciam lacunas no cuidado e reforçam a necessidade de padronização das condutas.

Atualmente, recomenda-se a analgesia multimodal, baseada na combinação de diferentes estratégias e mecanismos de ação. Essa abordagem melhora o controle da dor e deve ser considerada um princípio central no manejo da dor aguda na emergência. Como ferramenta complementar, a Escada Analgésica da OMS estrutura o tratamento da dor em três níveis, permitindo adaptações conforme a intensidade da dor e as necessidades individuais.

I. ASSISTENCIAL

1. ESCALAS E AVALIAÇÕES

- **ESCALA VERBAL NUMÉRICA (EVN):** graduação por autorrelato do paciente quanto à intensidade da dor em 11 pontos, sendo “0” ausência de dor e “10” pior dor já vivenciada por ele.
 - Leve – EVN 1 a 3
 - Moderada – EVN 4 a 6
 - Intensa – EVN 7 a 10
- **ESCALA DE FACES DA DOR:** Essa escala traz como diferencial a representação da dor por meio de faces, que se relacionam a uma escala numérica correspondente.
- **BEHAVIOURAL PAIN SCALE (BPS):** Escala utilizada para pacientes que não conseguem se comunicar como os pacientes em uso de sedação e ventilação mecânica, baseia-se em parâmetros clínicos objetivos para avaliação da dor.
- **PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia):** escala baseada em fatores fisiológicos e comportamentais, utilizada em populações que podem apresentar fatores confundidores na interpretação da dor e dificuldade de expressar e comunicar a queixa, como os idosos, sobretudo em vigência de demência.

Etapas do atendimento do paciente com dor aguda

1. Identificação a presença de dor
2. Selecionar a escala adequada e classificar a intensidade
3. Definir objetivos terapêuticos e limiar aceitável de dor
4. Estabelecer plano de tratamento individualizado
5. Monitorar e antecipar potenciais efeitos adversos
6. Reavaliar a dor e o paciente após a intervenção (preferencialmente em até 1 hora, podendo variar conforme a intensidade da dor e a intervenção realizada)
7. Escalonar ou ajustar o tratamento conforme resposta clínica

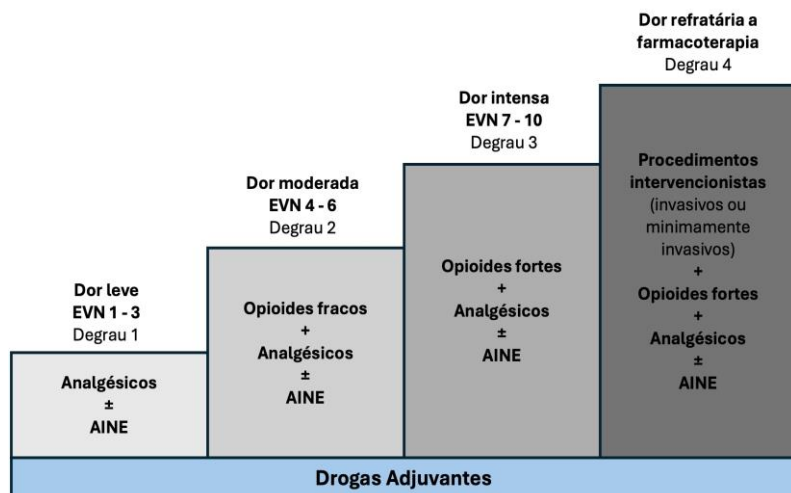


Figura 1. Escada Analgésica - Adaptado de Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde

2. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Conversa, empatia e restauração funcional
- Alinhamento e imobilização - em casos de fraturas, contusões ou luxações
- Gelo ou calor local - contusões e dores musculares
- Fisioterapia

3. ANALGÉSICOS SIMPLES – DOR 1-10 EVN

Primeira linha de tratamento analgésico, indicado mesmo em casos de dores fortes como associação e adjuvante no manejo da dor.

3.1 PARACETAMOL VO/EV

Apresentação: Comprimido 750mg; Gotas (20mg/ml ou 12,5 a 14,2 mg/gota); Solução 160mg/5ml; **Solução para infusão: 1000 mg.**

Dose: 500mg a 1000mg 6/6h (dose máxima: 4g/dia)

3.2 DIPIRONA SÓDICA (VO/ EV/ IM)

Apresentação: Comprimido 500mg ou 1000mg; Gotas (500mg/ml ou 25 mg/gota); Solução 50 mg/ml; EV/IM: 1000 mg (500mg/ml)

Dose: 1000mg a 2000mg 6/6h (dose máxima: 5 g/dia)

Cuidados e contraindicações

- Hipersensibilidade ao medicamento ou componente da fórmula; Pode haver hepatotoxicidade ou aumento de transaminases em doses elevadas de paracetamol.

4. ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (AINES) – DOR 1-10 EVN

Indicado para dores leves a moderadas, também pode ser utilizado em dores intensas como adjuvantes. Avaliar contraindicações com cautela e não fazer uso recorrente (**Uso de AINEs na UPA**).

4.1 IBUPROFENO (VO/EV)

Apresentação: Comprimido: 600mg; Gotas (50mg/ml ou 5 mg/gota); Solução 20 mg/mL. Solução para infusão: 400 mg frasco 100 mL

Dose: VO – 600 mg 6/6h; EV – 400 mg 8/8h (dose máxima diária 1.200 mg).

4.2 NAPROXENO (VO)

Apresentação: Comprimido 550mg

Dose: 550 mg 24/24h

4.3 CETOPROFENO (VO/EV)

Apresentação: Comprimido: 50 mg; EV: ampola 100mg (Artrimid®)

Dose: 100 mg 8/8h a 12/12h

4.4 TENOXICAM (VO/EV/IM)

Apresentação: Comprimido: 20mg; EV/IM: ampola 20mg (20mg/2ml)

Dose: 20mg 12/12h a 24/24h

4.5 CETOROLACO TROMETAMOL (SL/EV)

Apresentação: Comprimido: 10mg; EV: ampola 30mg

Dose: SL – 10 mg 6/6h a 8/8h (máx.: 60mg/dia); EV – 10 a 30 mg 6/6h (dose máx.: 90 mg/dia)

Contraindicações

- Hipersensibilidade ao medicamento ou componente da fórmula;
- História prévia de úlcera gastroduodenal ou sangramento no trato gastrointestinal;
- História prévia de disfunção renal;
- Gestantes.

Cuidados

- Utilização com parcimônia em idosos; HAS, DM ou outras comorbidades que cursam com acometimento vascular.

5. OPIOIDES FRACOS – DOR 4-6 EVN

Indicado para dores moderadas, boa opção para continuidade do tratamento domiciliar.

5.1 FOSFATO DE CODEÍNA (VO)

- Apresentação: Comprimido: 7,5 a 30 mg (**Tylenol**® - associado a paracetamol 500 mg); Solução 3 mg/mL
- Doses: 15 a 30 mg 6/6h

5.2 CLORIDRATO DE TRAMADOL (VO/EV/IM/SC)

- Apresentação: Comprimido 50 mg; Gotas (100 mg/ml ou 2,5 mg/gota); EV/IM/SC: ampola 100 mg (50 mg/ml)
- Doses: 50 a 100 mg 6/6h
- **Observação:** Atentar-se ao fato de que cloridrato de ondansetrona pode diminuir o efeito terapêutico do tramadol e aumentar seus efeitos serotoninérgicos.

Contraindicações

- Hipersensibilidade ao medicamento ou componente da fórmula;
- Intoxicações agudas ou dependência por álcool, hipnóticos ou psicotrópicos;
- Pacientes que receberam tratamento com IMAO (nos últimos 14 dias).

Cautela

- Os opioides podem ser utilizados durante a gestação e lactação, porém com indicação criteriosa, pelo menor tempo possível e sempre com cuidadosa avaliação do risco–benefício materno-fetal.

6. OPIOIDES FORTES – DOR 7-10 EVN

Indicado no manejo de dores fortes, caracterizados por início de ação rápido e podem ser infundidos continuamente. Atentar-se para efeitos colaterais e contraindicações.

6.1 MORFINA (VO/EV/IM/SC)

- Apresentação: Comprimido 10 mg (Equivalência 3 mg VO = 1 mg EV); EV/IM/SC: ampola 2 (1 mg/mL) e 10 mg (10 mg/mL)
- **Dose:** a dose de morfina deve ser individualizada conforme a etiologia e intensidade da dor e os antecedentes clínicos do paciente. A posologia EV usual é de 0,1 mg/kg; entretanto, em pacientes sem uso prévio de opioides, recomenda-se iniciar com doses mais baixas, de 1 a 3 mg por via intravenosa em bolus, com titulação e repetição conforme necessidade e resposta clínica.

6.2 FENTANIL

- Apresentação EV: ampola 50 mcg/ml
- **Dose:** Pode ser administrado em bolus na dose de 0,5 a 1,5 mcg/kg ou em infusão contínua 0,5 a 3,0 mcg/kg/h em BIC.
- **Observação:** medicação com alto potencial analgésico e com risco de intoxicação, rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória e parada respiratória. Quando administrado em bolus a infusão deve ser lenta pelo risco de induzir tórax rígido. O paciente deve estar alocado em leito de emergência ou observação com monitorização contínua dos sinais vitais durante a administração ou infusão contínua da medicação.

Contraindicações

- Hipersensibilidade ao medicamento ou componente da fórmula;
- Intoxicações agudas ou dependência por álcool, hipnóticos ou psicotrópicos;
- Pacientes que receberam tratamento com IMAO (nos últimos 14 dias);

Cautela

- Os opioides podem ser utilizados durante a gestação e lactação, porém com indicação criteriosa, pelo menor tempo possível e sempre com cuidadosa avaliação do risco–benefício materno-fetal;
- Risco de interação medicamentosa com benzodiazepínicos aumentando risco de depressão respiratória;
- Na suspeita de abuso de opioides, consultar **Pathway Atendimento ao paciente com suspeita de abuso de opioides na UPA**

INTOXICAÇÃO POR OPIOIDES



Suspeitar em casos de:

MIOSE; DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA; DEPRESSÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Antídoto:

Naloxona (**Narcan®**) 0,4mg/ml

Dose: 0,4 a 2 mg EV em bolus

Repetir a cada 2-3min; Se nenhuma resposta for observada após administração de 10 mg de **Narcan®**, o diagnóstico de toxicidade por opioides deve ser reconsiderado.

Se necessário (em casos de opioide com ação prolongada) considerar infusão contínua (Iniciar 0,5 mg/h)

Atenção: na suspeita de abuso de opioides, consultar Pathway Atendimento ao paciente com suspeita de abuso de opioides na UPA

7. ANTAGONISTA N-METIL-D-ASPARTATO – CLORIDRATO DE ESCETAMINA (KETAMIN®)

Indicações e considerações:

- Dor aguda intensa (EVN 7-10), como em traumas (ex.: fraturas e luxações), queimaduras extensas e dor vaso-oclusiva.
- Dor intensa refratária a doses otimizadas de opioides e analgesia combinada.
- Analgesia em pacientes com dor intensa e contra-indicação a opioides (ex.: anafilaxia e depressão respiratória).
- Procedimentos rápidos que requerem analgesia (ex.: redução de fraturas ou luxações).

Apresentação: EV 50mg/mL AP 2mL

Dose

- **Bolus:** 0,1 – 0,3 mg/kg diluído em SF 0,9% 100mL (faixa de dose usual: 10 a 30 mg) EV em 30 minutos. Iniciar com baixa dose e escalar se necessário; Dose máxima recomendada: 0,35 mg/Kg.
- **Infusão contínua:** 0,05 – 0,25 mg/kg/h EV em bomba de infusão contínua. Devido à variabilidade individual, podem ser necessárias doses fora dessa faixa.

Exemplo: Paciente grande queimado com dor EVN 10 apesar de analgesia otimizada com opioide forte (peso de 70 Kg): Cloridrato de Escetamina 7 mg + SF0,9% 100 mL EV em 30 min.

Cuidados

- **Necessária monitorização durante a infusão e por, no mínimo, 4 horas após o término. Pacientes em infusão contínua devem permanecer monitorizados durante todo o período de administração.**
- Pacientes em uso de escetamina para analgesia devem ser **alocados em leito de sala de emergência ou observação, com monitorização contínua de FC, FR, SpO₂ e PA.**
- Pode induzir liberação de catecolaminas e como consequência cursar com hipertensão e taquicardia, portanto, é necessária atenção com seu uso em casos de taquiarritmia, síndromes coronarianas e emergências hipertensivas.
- Pacientes em uso de escetamina em infusão contínua para controle algico devem ser **internados em leito de UTI.**
- Contra-indicado na hipertensão intracraniana.

Efeitos adversos

- **Gastrointestinal:** náuseas, vômitos, hipersalivação
- **Sistema nervoso central:** alucinações, delírio, dissociação, agitação, nistagmo
- **Cardiovascular:** hipertensão, taquicardia
- **Respiratório:** laringoespasma (raro), depressão respiratória leve (altas doses)

Condutas nas intercorrências relacionadas a escetamina

As principais intercorrências relacionadas ao uso de escetamina no contexto de analgesia são, em geral, manejáveis e raramente graves, mas exigem reconhecimento rápido. As mais comuns são as **reações psicomiméticas** (alucinações, agitação e sensação de dissociação desagradável), sendo recomendado reduzir estímulos ambientais, oferecer contenção verbal e, se necessário, ajustar ou suspender a medicação. A **sedação excessiva** pode ocorrer, especialmente em doses mais altas, devendo-se suspender a infusão, manter monitorização contínua e oferecer suporte de via aérea se necessário. Podem ocorrer ainda **hipertensão e taquicardia**, geralmente leves, com indicação de monitorização e ajuste de dose em pacientes suscetíveis.

Eventos menos frequentes incluem **laringoespasma**, que requer oxigênio, ventilação com pressão positiva e, se necessário, manejo avançado de via aérea, além de **náuseas e vômitos** (tratados com antieméticos) e **hipersalivação**, geralmente autolimitada, podendo ser manejada com aspiração. **De forma geral, a conduta baseia-se na redução ou suspensão da escetamina, monitorização adequada e tratamento direcionado dos sintomas.**

8. CORTICOIDES

Indicações e considerações: Atua como medicação anti-inflamatória, indicado para pacientes com contraindicações a uso de AINES ou como medicação adjuvante em casos de crises de enxaqueca e dores osteomusculares.

8.1 DEXAMETASONA

Apresentação: Comprimido: 0,5 mg e 4 mg; EV/IM: ampola 2 mg/mL e 4 mg/mL

Dose: VO – 4 a 20mg/dia, VO, 1x/dia; EV/IM – 0,5 a 20mg/dia, 1 a 4x/dia.

8.2 BETAMETASONA (IM)

- **Diprosan®**: dipropionato de betametasona 6,43 mg (equivalente a 5 mg de betametasona) + fosfato dissódico 2,63 mg (equivalente a 2 mg), totalizando 7 mg. Dose única IM.
- **Beta Long®**: acetato de betametasona 3 mg + fosfato dissódico 3,945 mg (equivalente a 3 mg), totalizando 6 mg. Dose única IM.

Cuidados:

- Evitar uso prolongado de corticoide pelo risco de insuficiência adrenal
- Betametasona é uma medicação de depósito com efeito prolongado, **evitar repetir dose com intervalos curtos e inferior a 7 dias**

9. RELAXANTES MUSCULARES

9.1 CICLOBENZAPRINA (MIOSAN®)

Apresentação: Comprimido 5 mg

Dose: 20 a 40 mg/dia, dividida em 2 a 4 administrações.

Cuidados

- Relaxantes musculares podem induzir a sonolência;

10. REAVALIAÇÃO DA DOR

A reavaliação da dor deve ser realizada em até 1 hora após a intervenção, **podendo ser antecipada conforme a intensidade da dor e a intervenção realizada**, e repetida até que se atinja um escore de dor aceitável para o paciente. Na ausência de definição prévia, a meta do tratamento será o alívio da dor ou o menor nível de dor tolerável, conforme referido pelo paciente. Se necessário, considerar o escalonamento terapêutico, com uso de fármacos mais potentes ou associação de classes, garantindo orientação quanto a potenciais efeitos adversos e sinais de alarme para retorno ao serviço.

O Formulário de Reavaliação da Dor deve ser preenchido em todos os atendimentos, sendo utilizado como indicador de qualidade assistencial.

11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- **Dor refratária** (EVN ≥ 7) apesar de analgesia adequada
- **Necessidade de analgesia EV contínua** ou monitorização
- **Condição de base com indicação de internação** (Ex: fratura exposta, grande queimado, ureterolitíase)
- **Suspeita de doença grave ou diagnóstico indefinido** com necessidade de investigação
- **Instabilidade clínica** ou sinais de gravidade
- **Impossibilidade de manejo ambulatorial** (controle inadequado da dor, falta de suporte)
- **Risco ou ocorrência de eventos adversos relacionados ao tratamento**

ACIONAMENTO DA EQUIPE DA DOR

O acionamento da equipe especializada em dor deve ser considerado nos casos em que o manejo inicial não alcança controle adequado ou quando há maior complexidade clínica. Está indicado diante de **dor intensa ou refratária**, persistente apesar de analgesia otimizada e abordagem multimodal, bem como na **necessidade de estratégias avançadas**, como **infusões contínuas** (ex.: opioides ou escetamina) ou **técnicas intervencionistas**. Também deve ser considerado em pacientes com **condições clínicas complexas**, como dor crônica prévia em uso de opioides, tolerância, hiperalgesia ou risco elevado de efeitos adversos. Situações com **dúvidas quanto à melhor estratégia analgésica**, eventos adversos significativos ou necessidade de individualização do tratamento também justificam a interconsulta e acompanhamento.

II. INDICADORES

Indicador de Resultado

- Porcentagem de pacientes adultos atendidos nas UPAs do Cuidado Privado com dor **EVN inicial ≥ 7** na triagem que apresentam **EVN < 4** ao final do atendimento.

Indicador de Processo

- Porcentagem de pacientes adultos atendidos nas UPAs do Cuidado Privado com **escore de dor inicial EVN ≥ 4** (dor moderada a intensa) na triagem que tiveram **escore de dor avaliado ao final do atendimento** – Cuidado Privado.
- Porcentagem de prescrição de opioide para pacientes, cujo escore de dor inicial EVN ≥ 7 (dor intensa) na triagem – Cuidado Privado.
- Porcentagem de pacientes adultos atendidos nas UPAs do Cuidado Privado com dor EVN inicial ≥ 7 na triagem que **não receberam analgesia durante o atendimento**

Indicador de Equilíbrio

- Taxa de notificação de eventos adversos relacionados à analgesia nos pacientes adultos atendidos nas UPAs do Cuidado Privado, com escore de dor inicial na triagem EVN ≥ 4 .

ANALGESIA MULTIMODAL

A **analgesia multimodal** baseia-se na **escada analgésica da OMS**, que propõe o uso progressivo de diferentes classes de analgésicos conforme a intensidade da dor — desde analgésicos simples, passando por anti-inflamatórios e opioides fracos, até opioides potentes e adjuvantes. Essa abordagem combina medicamentos que atuam em diferentes mecanismos da dor, promovendo um controle mais eficaz e abrangente da dor aguda. Ao utilizar doses menores de cada fármaco e evitar a monoterapia com opioides, reduz-se a incidência de efeitos adversos, aumentando a segurança e experiência do paciente no pronto atendimento. Essa estratégia também favorece uma recuperação funcional mais rápida e satisfatória.

Classe de Fármacos	Indicação	Exemplo e dose inicial	Observações
Opioide + Não Opioide	Dor moderada a intensa	Tramadol 50mg EV ou VO + Paracetamol 1000 mg EV ou VO	Útil para reduzir a dose de opioides e minimizar efeitos adversos.
Opioide + AINE	Dor moderada a intensa	Morfina 2-10 mg EV + Cetorolaco 30 mg EV	Combinação eficaz para dor inflamatória.
Paracetamol + AINE	Dor leve a moderada	Paracetamol 1000 mg EV ou VO + Ibuprofeno 600 mg VO	Seguro para dor musculoesquelética.
Corticoide + Analgésico não opioide	Dor inflamatória, dor oncológica	Dipirona 1000 mg EV ou VO + Dexametasona 4-8 mg EV	Efeito sinérgico, reduz inflamação, reduz uso de opioide
AINES + Relaxante Muscular	Dor musculoesquelética com contratura	Cetorolaco 30 mg EV + Cloridrato de Escetamina 0,1-0,3 mg/kg EV	Eficaz para lombalgia ou lesões musculares.
Opioide + Antagonista dos receptores NMDA	Dor intensa refratária	Morfina 2-10 mg EV + Cloridrato de Escetamina 0,1-0,3 mg/kg EV	Útil para dor aguda intensa. Reduz necessidade de opioide; menor risco de depressão respiratória

Tabela 1. Exemplos de estratégia de analgesia multimodal.

Analgésico	Dose inicial	Início de analgesia	Tempo de meia vida	Duração do efeito
Dipirona VO	500 a 1000 mg 6/6 h a 8/8 h; dose máx. 5 g/dia	30 a 60 min	7 horas	4 a 6 horas
Dipirona EV	1000 mg 6/6 h a 8/8 h; dose máx. 5 g/dia	5 a 15 min	7 horas	4 a 6 horas
Paracetamol VO	500 a 1000 mg 6/6 h a 8/8 h; dose máx.: 4 g/dia	30 a 60 min	2 a 3 horas	4 a 6 horas
Paracetamol EV	1000 mg 6/6 h; dose máx.: 4 g/dia	5 a 10 min	2 a 3 horas	4 a 6 horas
Tramadol VO/EV	50 a 100 mg 4/4 h a 6/6 h; dose máx.: 400 mg/dia	Início < 1 h Pico de ação 2 a 3 h	6 a 9 horas	VO: 3 a 11 horas EV: 4 a 6 horas
Morfina VO	5 a 30 mg a 4/4 h a 6/6 h	30 a 60 min	2 a 4 horas	3 a 5 horas
Morfina EV	0.1 mg/kg ou 1 a 3 mg EV; repetir a cada 5 a 10 min.	Início 5 a 10 min Pico de ação < 20 min	2 a 4 horas	3 a 5 horas
Fentanil EV	0,5 a 1,5 mcg/kg bolus; repetir a cada 5 min.	Início < 1 min Pico de ação 4 min	2 a 4 horas	30 a 60 minutos
Cloridrato de Escetamina EV	0,1 a 0,3 mg/kg (em SF 0,9% 100mL) em 30 min.	Início 30 s a 1 min Pico de ação 1 a 5 min	2 a 3 horas	20 a 40 minutos

Tabela 2. Opções medicamentosas para controle algíco.

III. REFERÊNCIAS

1. Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. Int J Tissue React. 1985;7(1):93-6. PMID: 2409039.

2. European Society for Emergency Medicine (EUSEM). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations: 2025 update*. Brussels: EUSEM; 2025. Available from: [EUSEM guideline PDF](#)

3. Einstein Hospital Israelita. *Gerenciamento da dor*. Versão 3. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2026. Available from: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Gerenciamento%20da%20Dor%20v.3.pdf>

4. Lovett S, Reed T, Riggs R, Lew G, Koch E, Durazo-Arvizu RA, Rech MA. A randomized, noninferiority, controlled trial of two doses of intravenous subdissociative ketamine for analgesia in the emergency department. Acad Emerg Med. 2021 Jun;28(6):647-654. doi: 10.1111/acem.14200. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33354815.

5. Motov S, et al. *A prospective randomized, double-dummy trial comparing intravenous push dose of low-dose ketamine to short infusion of low-dose ketamine for treatment of moderate to severe pain in the emergency department*. Am J Emerg Med. 2017.

6. Guo J, Zhao F, Bian J, Hu Y, Tan J. Low-dose ketamine versus morphine in the treatment of acute pain in the emergency department: A meta-analysis of 15 randomized controlled trials. Am J Emerg Med. 2024 Feb;76:140-149. doi: 10.1016/j.ajem.2023.11.056. Epub 2023 Dec 3. PMID: 38071883.

7. Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13th ed. McGraw-Hill Education; 2018.

Código Documento: CPTW534.1	Elaborador: Juliana Baroni Karina Turaça Esthael Avelar Gustavo Braga Caio Godoy Luca Bernardo	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 07/05/2026	Data de Aprovação: 08/07/2026
---------------------------------------	---	---	--	--	---