

# PROTOCOLO

HUAP-UFF/EBSERH

## Manejo da dor aguda na infância

Versão: 1 | 2025



## SUMÁRIO

<b>1. OBJETIVOS</b> .....	<b>2</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>2</b>
<b>3. PÚBLICO-ALVO</b> .....	<b>2</b>
<b>4. ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES</b> .....	<b>2</b>
<b>4.1. Equipe de enfermagem</b> .....	<b>2</b>
<b>4.2. Equipe médica (pediatras e residentes)</b> .....	<b>3</b>
<b>5. CONCEITOS</b> .....	<b>3</b>
<b>6. AVALIAÇÃO DA DOR</b> .....	<b>4</b>
<b>6.1. Escalas de dor</b> .....	<b>4</b>
6.1.1. FLACCr – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised .....	<b>4</b>
6.1.2. Escala de Faces .....	<b>5</b>
6.1.3. ENV – Escala Numérica Verbal .....	<b>6</b>
<b>7. SEQUÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA DOR</b> .....	<b>6</b>
<b>8. TRATAMENTO</b> .....	<b>6</b>
<b>8.1. Intervenções não farmacológicas</b> .....	<b>6</b>
8.1.1. Período neonatal e lactentes .....	<b>7</b>
8.1.2. Crianças e adolescentes .....	<b>7</b>
8.1.3. Medidas a serem evitadas .....	<b>7</b>
<b>8.2. Intervenção farmacológica da dor aguda pediátrica</b> .....	<b>8</b>
<b>8.3. Reavaliação da dor</b> .....	<b>9</b>
<b>9. SITUAÇÕES ESPECIAIS</b> .....	<b>9</b>
<b>9.1. Pacientes submetidos a procedimentos</b> .....	<b>9</b>
<b>9.2. Pacientes em pós-operatório</b> .....	<b>10</b>
<b>10. PROTOCOLO DE USO DE GLICOSE</b> .....	<b>10</b>
<b>11. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>11</b>
<b>12. Histórico de revisão</b> .....	<b>12</b>
<b>13. Responsáveis pelo documento</b> .....	<b>12</b>
<b>14. ANEXOS</b> .....	<b>13</b>
<b>ANEXO A - Principais medicações para controle de dor na enfermaria</b> .....	<b>13</b>
<b>ANEXO B- Abordagem de avaliação, prevenção e manejo da dor aguda pediátrica</b> .....	<b>15</b>
<b>ANEXO C- Escalas de avaliação da dor</b> .....	<b>16</b>

## 1. OBJETIVOS

1. Assegurar que todos os pacientes internados sejam avaliados ativamente para a ocorrência de dor.
2. Assegurar maior vigilância aos pacientes de maior risco para dor, especialmente no pós-operatório.
3. Orientar toda a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos) sobre a importância do gerenciamento de dor e avaliação sistematizada.
4. Reduzir o desconforto e a intensidade da dor, contribuindo para o bem estar físico e mental do paciente.
5. Uso adequado e racional de terapias farmacológicas e não farmacológicas.
6. Orientar a equipe assistencial quanto à reavaliação da dor após medidas iniciais.

## 2. JUSTIFICATIVA

A avaliação e o tratamento da dor são componentes essenciais do tratamento pediátrico. Em crianças, especialmente as jovens, pode ser desafiador identificar a sua presença e gravidade, o que compromete o tratamento adequado. A dor deve ser considerada o quinto sinal vital e o paciente deve ser ativamente questionado e identificado quanto à presença de dor. Deve-se assegurar de que todos os pacientes sejam avaliados de maneira ativa para a ocorrência de dor.

Paciente, familiar e cuidador devem receber da equipe de saúde (enfermagem e médica) orientações sobre dor, na avaliação e durante o tratamento sempre que for identificada a possibilidade de ocorrência da dor durante a permanência do paciente na unidade.

## 3. PÚBLICO ALVO

Todos os pacientes atendidos pelo serviço de pediatria, incluindo ambulatório, emergência e enfermagem pediátrica.



## 4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

### 4.1. Equipe de enfermagem

1. Prestar assistência de enfermagem ao paciente internado.
2. Questionar sobre o sintoma de dor quando suspeita e sempre ao avaliar os sinais vitais.
3. Identificar o início, localização, intensidade, irradiação, duração e aspecto, fazendo o registro no prontuário.
4. Contactar o médico/equipe responsável pelo paciente, sugerindo iniciar tratamento ou iniciar a terapêutica já escolhida pela equipe conforme prescrição médica.
5. Identificar sinais de piora clínica a comunicar à equipe médica de plantão.

### 4.2. Equipe médica (pediatras e residentes)

1. Realizar anamnese e exame físico (registrar presença de dor e seu escore).
2. Avaliar no registro do prontuário o quesito dor e proceder com os cuidados descritos nesse protocolo.
3. Realizar internação do paciente, solicitar exames necessários, definir diagnóstico e orientar conduta.
4. Prescrever tratamento na admissão e medicações para controle de dor.
5. Comunicar-se com o paciente e cuidador de forma clara e esclarecer suas dúvidas.
6. Atender as intercorrências durante internação e ajustar conduta caso não ocorra controle adequado da dor.
7. Trabalhar com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, terapia ocupacional, psicologia e enfermagem) para o adequado manejo da dor.

## 5. CONCEITOS

1. Dor: uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais nos tecidos. Existem três tipos principais de dor: a nociceptiva, a neuropática e a mista. A distinção clínica entre elas ajuda a identificar a causa da dor, o que pode orientar as escolhas de tratamento.



2. Dor nociceptiva: causada pela estimulação de neurônios intactos como resultado de lesão e inflamação do tecido. Ela é dividida em dor somática com receptores na pele, tecido mole, músculo esquelético e osso; é bem localizada e descrita como aguda, latejante, penetrante. Já a dor visceral com receptores em órgãos internos, como o rim e o trato gastrointestinal é tipicamente mal localizada e é frequentemente descrita como cólica.
3. Dor neuropática: causada por lesão nervosa (por exemplo, resultante de compressão, transecção, infiltração, isquemia ou lesão metabólica aos nervos). É frequentemente descrita como queimação, pontada ou formigamento.
4. Dor mista: quando a dor neuropática coexiste com a nociceptiva. Um exemplo, são pacientes com queimaduras (acometimento de pele e terminações nervosas).
5. Dor aguda: dor de início recente e de duração limitada. Resultante de lesão traumática, cirúrgica, inflamatória ou infecciosa, de curta duração (até três meses). Tem caráter fisiológico, função de defesa e geralmente responde a medicação.
6. Dor crônica: dor com duração maior que três meses, caracteriza-se por ser contínua ou recorrente. Pode ter seu início como dor aguda e se manter por longos períodos, pode recorrer devido à persistência de estímulos nocivos ou à exacerbação repetida de uma lesão. Afeta negativamente todos os aspectos da vida cotidiana, em geral é resistente ao tratamento convencional.
7. Dor aceitável: é o alívio satisfatório da dor ou a menor dor tolerada referida pelo paciente.

## 6. AVALIAÇÃO DA DOR

A dor deve ser considerada o quinto sinal vital e o paciente deve ser ativamente questionado e identificado quanto à presença de dor.

Ao aferir os sinais vitais de rotina avalie a presença de dor.

A avaliação da dor deve conter sua intensidade (score) com o emprego de uma das escalas padronizadas e também a definição de:

1. Localização
2. Lateralidade (se aplicável)
3. Característica (cólicas, pontada, pulsátil, em queimação, latejante, outro)
4. Frequência (contínua ou intermitente)
5. “Dor Aceitável” (se possível)

## 6.1. Escalas de dor

### 6.1.1. FLACCr – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised

Utilizada para pacientes pediátricos de 0 a 6 anos e crianças maiores, com déficit cognitivo e de comunicação.

Por ser uma avaliação observacional é possível subestimar a gravidade da dor em comparação com o autorrelato do paciente. Também deve ser avaliada no contexto de outras fontes de sofrimento, como fome e ansiedade.

Sem dor: 0

Dor leve: 1 a 3

Dor moderada: 4 a 6

Dor intensa: 7 a 10

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
<b>Orientações para aplicação da escala</b>			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p><b>2- Pacientes acordados:</b> Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p><b>3- Pacientes dormindo:</b> Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p><b>4- A FLACC revisada</b> pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.</p> <p>As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			

### 6.1.2. Escala de Faces

Uma escala de autorrelato, especialmente para crianças de 3 a 8 anos.

Apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo

magnitudes de intensidades de dor diferentes. Consiste em seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com o seu nível atual de dor, após isto, a face escolhida é convertida na Escala Numérica. Pode ser utilizada para pacientes com déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.

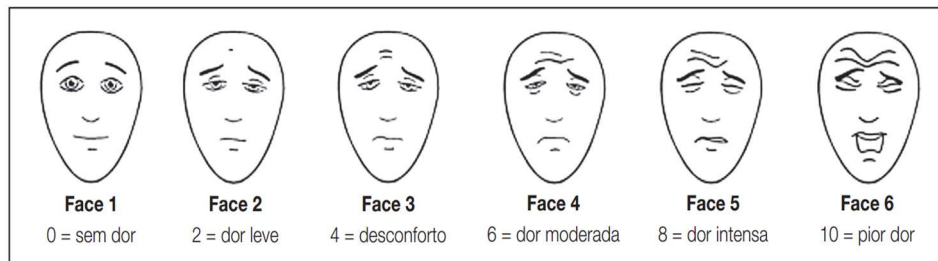


Figura 2. Escala de faces – Faces pain scale revised

Adaptado de Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001;93(2):173-183.<sup>16</sup>

### 6.1.3. ENV – Escala Numérica Verbal

O paciente estima a sua dor em uma escala de 0 a 10, com 0 representando “nenhuma dor” e o 10 “a dor máxima imaginável”.

Tem como vantagem permitir uma pontuação precisa, sendo de rápida aplicação.

Como desvantagens destacam-se a dificuldade em aplicá-la em pacientes com déficits cognitivos ou compreensão insuficiente da linguagem.

Mais adequada para crianças maiores de 8 anos.

- Sem dor: ENV 0
- Dor leve: ENV 1 a 3
- Dor moderada: ENV 4 a 6
- Dor intensa: ENV 7 a 9
- Dor insuportável: ENV 10

## 7. SEQUÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA DOR

1. Identificar o paciente com dor
2. Aplicar a escala de avaliação mais adequada (FLACCr, Faces ou ENV)
3. Estabelecer medidas terapêuticas e registrar no prontuário
4. Controlar possíveis efeitos adversos
5. Orientar pacientes e familiares sobre o gerenciamento da dor
6. Reavaliar o paciente em até 60 minutos

## 8. TRATAMENTO

### 8.1. Intervenções não farmacológicas

Existem diversos tratamentos não farmacológicos para dor que são cientificamente comprovados.

Para prevenção de dor em procedimentos, as ações devem ser realizadas minutos antes, durante e após o procedimento doloroso.

São consideradas medidas adjuvantes, que não devem substituir as terapias farmacológicas em procedimentos sabidamente dolorosos.

#### 8.1.1. Período neonatal e lactentes

1. Cuidados ambientais, como diminuição do barulho e da iluminação.
2. Método Canguru ou contato pele a pele: coloca-se o bebê no colo da mãe ou do pai, pele a pele, em bebês estáveis clinicamente.
3. Leite materno e amamentação.
4. Facilitated Tucking (toque facilitador): é o toque palmar, realizado na região inferior e superior do bebê ao mesmo tempo, ou seja, pés e cabeça.
5. Swaddling (enrolamento): utiliza-se o cueiro para fazer a técnica do enrolamento, que não deve cobrir a face e deve deixar o quadril livre. Pode ser usada para lactentes de até seis meses.

#### 8.1.2. Crianças e adolescentes

As intervenções não farmacológicas são eficazes para prevenção e alívio de dor em crianças preparando-as para os procedimentos e enfrentamento da dor.

1. Distrações adequadas à idade: direciona o foco da atenção para situações não relacionadas ao procedimento doloroso. Exemplos: brinquedos, livros, soprar bolhas ou cata-ventos, bolas de estresse e usar vídeos ou jogos em dispositivos eletrônicos.
2. Relaxamento permite o controle respiratório associado ao relaxamento progressivo de músculos.
3. Preparação psicológica trata do fornecimento de informações antecipatórias sobre as etapas do procedimento e/ou sensações por ele evocadas.
4. Ensaio comportamental oferece a demonstração e/ou simulação do procedimento por

outra criança ou um adulto, mostrando comportamentos de enfrentamento positivo da situação (pode ser apresentando vídeo ou imagem para criança).

### 8.1.3. Medidas a serem evitadas

1. Atitudes que não ajudam no enfrentamento da dor e podem piorar a situação:
2. Mentir para crianças ou adolescentes sobre os procedimentos dolorosos.
3. Ridicularizar as reações de crianças ou adolescentes (ex.: dizer "somente os bebês choram").
4. Usar agulhas como uma ameaça (mentiras e ameaças ensinam crianças e adolescentes a ter desconfiança e medo).
5. Dar conotação de falsa confiança (ex.: dizer "não vai doer nada" quando você sabe que irá).
6. Concentrar-se muito na dor (ex.: dizer "isso realmente vai doer muito..." é uma má ideia, pois incentiva crianças e adolescentes a esperar o pior).

## 8.2. Intervenção farmacológica da dor aguda pediátrica

O tratamento da dor aguda em crianças deve seguir as seguintes recomendações:

1. Usar uma estratégia em três níveis.
2. Administrar drogas em intervalos regulares.
3. Usar a via de administração adequada.
4. Individualizar o tratamento para cada paciente.
5. Antes da prescrição, verificar se não há alergias ou intolerância/contraindicação aos fármacos.

O tratamento deve ser baseado na proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de escalonamento que inclui analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (fracos e fortes), inexistindo superioridade de um fármaco sobre o outro.

1. Dor Leve: Analgésicos simples, não opioides (ex.: anti-inflamatórios, dipirona ou paracetamol) - 1º nível.



2. Dor Moderada: Além de analgésicos simples, precisam dos opioides - 2º nível.
3. Dor Intensa: necessidade de opioides fortes, além dos analgésicos simples e adjuvantes - 3º nível.
4. Dor refratária a farmacoterapia: Além de opioides forte, podem necessitar de tratamento intervencionista da dor - 4º nível.

Os medicamentos adjuvantes podem ser prescritos em qualquer degrau da escada analgésica.

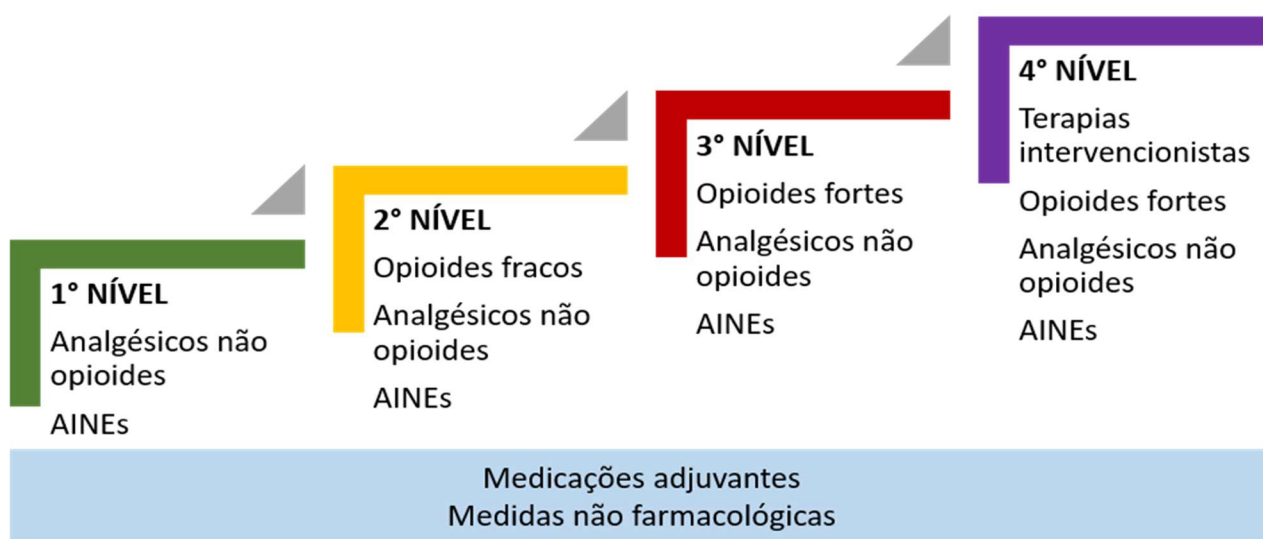


Figura 1- Escalonamento da abordagem da dor. Adaptado de Protocolo de Prevenção, avaliação e tratamento da dor aguda em crianças do HC FMRP USP – Ribeirão Preto, 2016

### 8.3- Reavaliação da dor

A reavaliação da dor deverá ser realizada em até uma hora após a intervenção e repetida até que se atinja o escore de dor aceitável referida pelo paciente.

Quando este escore não for identificado, a meta do tratamento será o alívio da dor ou a menor dor tolerada, referida pelo paciente.

Uma escala diferente da utilizada inicialmente poderá ser selecionada pelo médico ou enfermeiro caso ocorra alteração no quadro clínico do paciente.

Avaliar escalonamento do tratamento se após a reavaliação (primeira após 60 min de instituído o tratamento) ou antes se demanda espontânea, o paciente persista com dor não controlada ou não tenha atingido o limiar de “dor aceitável”.

Ao aferir os sinais vitais de rotina é necessário avaliar a presença de dor e registrar em prontuário.

Atentar para os efeitos colaterais das medicações prescritas, especialmente opioides.

## 9. SITUAÇÕES ESPECIAIS

### 9.1. Pacientes submetidos a procedimentos

Procedimentos potencialmente dolorosos são realizados diariamente na enfermaria, como punção venosa, punção arterial, coleta de exames, sondagem vesical e nasogástrica, punção lombar, biópsias superficiais, drenagem de abscessos e infiltrações articulares. Quando esses procedimentos são realizados sem sedação é importante atentar para prevenção e controle de dor. Medidas como anestésico tópico e anestesia local devem ser considerados. Se necessário pode ser administrado analgésicos orais ou venosos, conforme potencial doloroso do procedimento. Pacientes menores de 12 meses podem se beneficiar do protocolo de sacarose. Terapias não farmacológicas adequadas para idade também devem ser consideradas.

### 9.2. Pacientes em pós-operatório

A dor pós-operatória deve ser sempre prevenida e tratada, pois pode trazer consequências danosas para o paciente a curto e longo prazo. Como recomendações gerais: cuidados cirúrgicos e anestésicos intraoperatórios, como infiltração anestésica, bloqueios regionais e cateter peridurais (quando indicados). No pós-operatório o manejo farmacológico deve ser feito de rotina, mantendo medicação regular e de horário por pelo menos 24-48 horas, a depender do procedimento e evolução clínica. Os pacientes em pós-operatórios devem ser questionados ativamente quanto a dor e controle dos sintomas. No momento da alta hospitalar deve ser entregue receita e orientações para controle de dor em domicílio.

## 10. PROTOCOLO DE USO DE GLICOSE

Solução de glicose 25% por via oral.

Recomendada para alívio de dor aguda de curta duração durante procedimentos de rotina em neonatos e lactentes até 18 meses (exemplos: coleta de sangue, punção venosa e arterial, punção lombar, curativos).

O mecanismo de ação da glicose oral ocorre pela estimulação de liberação de opioides endógenos.

Deve ser administrada por via oral, na parte anterior da língua, dois minutos antes do procedimento doloroso.

O efeito analgésico da glicose pode durar de 5 a 7 minutos a partir do momento da administração. Caso o procedimento se prolongue por mais de 7 minutos, pode-se repetir a dose.

Em todas as faixas etárias, pode-se repetir a dose de glicose até mais 2 vezes, ou usar no máximo 10 doses por dia.

Doses recomendadas:



1. Bebês nascidos pré-termo até chegar à idade do termo (40 semanas de idade corrigida): 0,5mL/kg, no máximo 1mL, de glicose a 25%.
2. Bebês, do termo (40 semanas de idade corrigida) até 12 meses de idade: 1mL de glicose a 25%.
3. Bebês, de 12 a 18 meses de idade: 2mL de glicose a 25%.

## 11. REFERÊNCIAS

1. FRIEDRICHSDORF, Stefan J.; GOUBERT, Liesbetd. **Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children**. *PAIN Reports*, v. 5, n. 1, p. e804, Jan./Feb. 2020.
2. PAIN in children: approach to pain assessment and overview of management principles. *UpToDate*, 26 jan. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: nov. 2024.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on the management of chronic pain in children**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>. Acesso em: nov. 2024.
4. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP. **Protocolo de prevenção, avaliação e tratamento da dor aguda em crianças**. Ribeirão Preto: HC FMRP-USP, 2016.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem (Diretriz)**. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: SBP, 2024.
6. STEVENS, B.; YAMADA, J.; OHLSSON, A.; HALIBURTON, S.; SHORKEY, A. **Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 7, p. CD001069, 16 jul. 2016.
7. BINOTTO, N. S.; GABANI, F. L.; LINCK JÚNIOR, A.; ROSSATO, L. M.; ROSSETTO, E. G.; TACLA, M. T. G. M. **Implementation of a protocol for pharmacological treatment of pain in hospitalized children**. *Brazilian Journal of Pain (BrJP)*, v. 4, n. 2, p. 124–129, 2021.
8. BUSSOTTI, E. A.; GUINSBURG, R.; PEDREIRA, M. da L. G. **Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC<sub>r</sub>) scale of pain assessment**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 651–659, jul. 2015.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO  
 Rua Marques do Paraná, nº 303, prédio anexo, 6º andar - Bairro Centro  
 Niterói-RJ, CEP 24033-900  
 - http://huap-uff.ebserh.gov.br

Despacho - SEI

Processo nº 23818.004704/2025-17

PROTOCOLO DE MANEJO DA DOR AGUDA NA INFÂNCIA.  
 PRT.UCA.002 - versão 1

Página 12 de 16

**12. HISTÓRICO DE REVISÃO**

Versão	Data	Descrição da atualização
1	12/02/2025	Versão inicial.

**13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

<b>Elaboração</b> Samuel Sales - UCA Lisanne Incutto Crozoé Badr - UCA	_____ Data: __/__/_____ _____ Data: __/__/_____
<b>Análise</b> Ana Lucia de Amorim de Menezes - UCA	_____ Data: __/__/_____
<b>Validação</b> Lorran Leite Reis - STGQ	_____ Data: __/__/_____
<b>Aprovação</b> Aurea Lucia Alves De Azevedo - DGC	_____ Data: __/__/_____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 19/03/2025, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia de Amorim de Menezes, Chefe de Unidade**, em 20/03/2025, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lisanne Incutto Crozoe Badr, Médico(a)**, em 20/03/2025, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Samuel de Souza Sales, Médico(a)**, em 22/03/2025, às 12:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aurea Lúcia Alves de Azevedo Grippa de Souza, Chefe de Divisão, Substituto(a)**, em 02/04/2025, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **47880431** e o código CRC **DC0C808F**.

Referência: Processo nº 23818.004704/2025-17 SEI nº 47880431

## 14. ANEXOS

### ANEXO A – Principais medicações para controle de dor na enfermaria

Tabela 1 - Analgésico e Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

DROGA	DOSE
Dipirona	15 a 25 mg/kg/dose VO ou EV a cada 4–6 h Máximo: 4 g/dia Início de ação: 30–60 min Duração: 4 h
Paracetamol	Oral: neonato – 10 mg/kg a cada 6–8 horas conforme necessário; a dose máxima é de 4 doses em 24 horas; lactente ou criança – 15 mg/kg, até 1 g, a cada 4–6 horas conforme necessário; a dose máxima é de 4 doses, ou 4 g, em 24 horas. EV: Recém-nascido: 7,5 mg/kg a cada 6 horas, a ser administrado durante 15 minutos (máx. 30 mg/kg diariamente); Criança ≥ 1 mês e < 10 kg: 10 mg/kg a cada 6 horas, a ser administrado durante 15 minutos (máx. 30 mg/kg diariamente); Paciente ≥ 10 kg e < 50 kg: 15 mg/kg a cada 6 horas, a ser administrado em 15 minutos (máx. 60 mg/kg diariamente); Paciente ≥ 50 kg: 1 g a cada 6 horas, a ser administrado em 15 minutos (máx. 4 g diariamente). Início de ação: 30 min Duração: 4–6 h
Ibuprofeno*	5–10 mg/kg/dose VO a cada 6–8 h Máximo: 40 mg/kg/dia ou 2,4 g/dia Início de ação: 15–30 min Duração: 4–6 h
Cetoprofeno*	1 mg/kg/dose a cada 8-12 h Máximo: 300 mg/dia EV: diluição em 1 mg/ml e infusão lenta, em 20 min
Cetorolaco*	< 2 anos: EV: 0,25 a 0,5mg/Kg/dose a cada 6 a 8h (máx. 15mg/dose) > 2 anos: EV ou IM: 0,5mg/Kg/dose a cada 6 a 8h (máx. 30mg/dose). Oral: 1mg/Kg/dose a cada 4 a 6h (máx. 10mg/dose; máx. 40mg/dia) Limitar uso máximo a 5 dias.

\* = evitar em pacientes com alteração de função renal

Tabela 2 - Medicações opioides

DROGA	DOSE
Morfina	<p>&lt; 6 meses: EV e SC: 0,025 a 0,05 mg/Kg/dose a cada 4 a 6 h VO: 0,08 a 0,1 mg/kg/dose a cada 4 a 6 h <i>Cuidado para depressão respiratória em menores de 3 meses</i></p> <p>&gt; 6 meses: EV, SC e IM: 0,05 a 0,1 mg/kg (máx. 5mg) a cada 2 a 4 h Infusão contínua 0,01 a 0,02 mg/Kg/h (máx. 0,5 a 1mg/h) VO: 0,15 a 0,3 mg/Kg (máx. 7,5 a 15mg) a cada 4 h Conversão EV:VO = 1:3 = 1 mg EV = 3 mg VO Início de ação: EV 1 min   IM 5 min   SC até 30 min   VO até 60 min</p>
Nalbufina	EV, IM e SC: 0,05 a 0,2 mg/kg a cada 3 a 6 h (máx. 20 mg/dose; máximo 160mg/dia)
Tramadol	<p>EV e VO: 0,7 a 2 mg/kg/dose a cada 4-6 horas (máx. 8mg/Kg/dia; máx. 100 mg/dose; máx. 400mg/dia) Início de ação: VO 20–30 min Duração de ação: 3–7 h Administração EV deve ser lenta (em 30-60 min) Deve ser evitado em menores de 12 anos pelo risco de depressão respiratória, especialmente após procedimentos otorrinolaringológicos.</p>
ANTAGONISTA: Naloxona 0,4 mg/ 1 mL	<p>Antagonista dos opioides. Reverte efeitos colaterais dos opioides, incluindo depressão respiratória, hipotensão e hipoperfusão. &lt; 5 anos ou ≤ 20 kg: EV 0,1 mg/kg/dose &gt; 5 anos ou &gt; 20 kg: EV 2 mg/kg/dose; Repetir a cada 2 a 3 min se necessário. Monitorizar o paciente, pode ser necessário repetir doses a cada 20 a 60min (se a duração do opioide for maior que a do naloxona).</p>
<p><i>Principais efeitos colaterais dos opioides:</i> Náusea e vômitos Constipação intestinal Sonolência Prurido Retenção urinária Confusão mental</p>	

## ANEXO B – Abordagem de avaliação, prevenção e manejo da dor aguda pediátrica

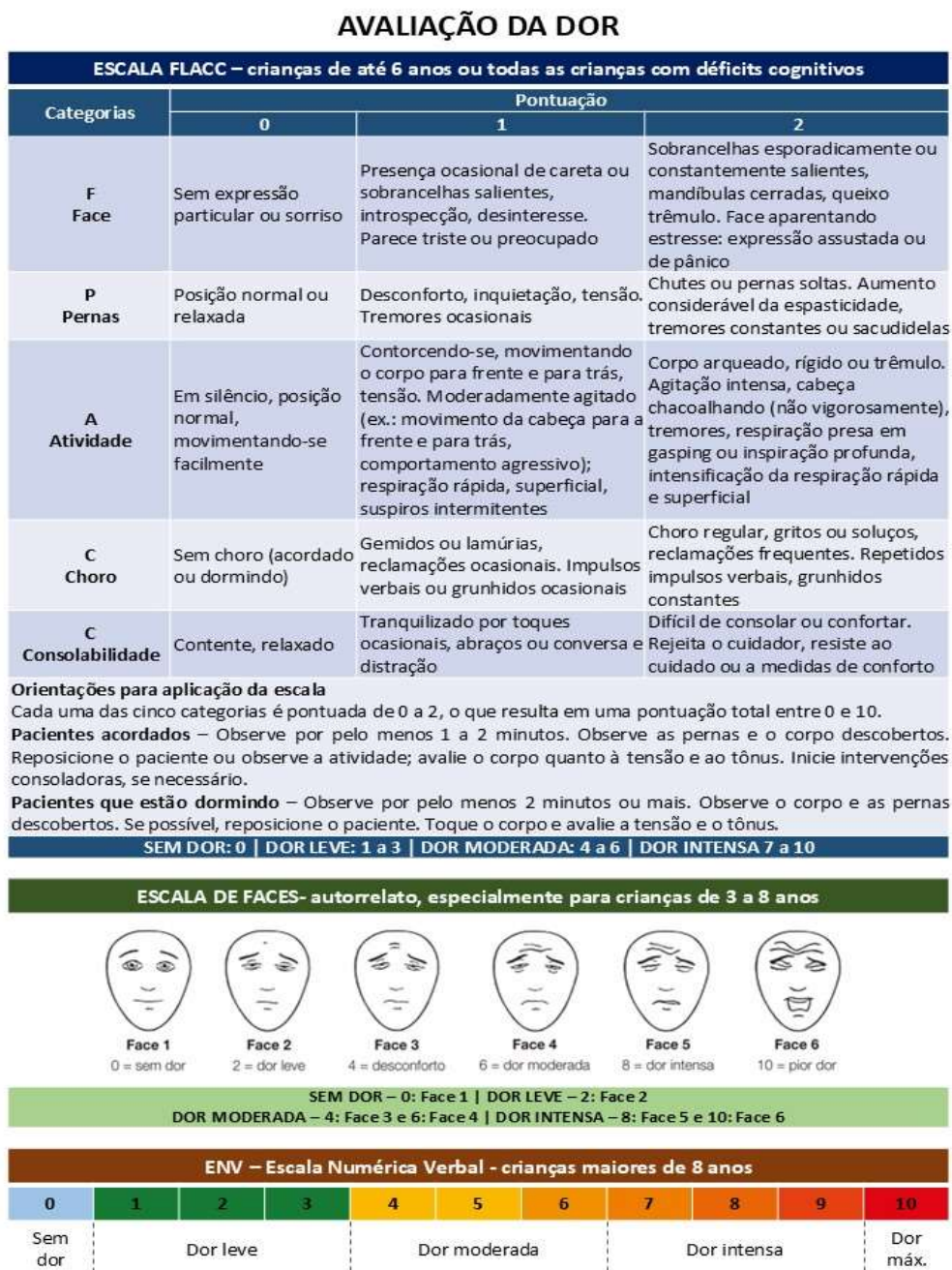
Tabela 3 - Abordagem de avaliação, prevenção e manejo da dor aguda pediátrica

	Nível 0: Sem dor	Nível 1: Dor leve	Nível 2: Dor moderada	Nível 3: Dor intensa
<b>Procedimentos potencialmente dolorosos</b>	-	Coleta de sangue, curativo, punção venosa ou arterial, injeções, remoção de cateter venoso, sondagem gástrica ou vesical, extubação traqueal.	Pós-operatório, drenagem de abscessos ou hematomas, paracenteses, toracocentese, infiltração articular.	Intubação traqueal, drenagem pleural, punção venosa central, aspirado de medula óssea.
<b>Prevenção da dor</b>	Estratégias não farmacológicas. Minimizar a realização de procedimentos dolorosos. Questionar ativamente sobre dor.	Estratégias não farmacológicas. Sacarose oral (< 1 ano). Anestesia tópica e/ou local.	As anteriores + : Analgesia (30 a 60min antes do procedimento). Se pós-operatório manter analgesia regular de horário por 24-48h e reavaliar.	As anteriores + : Preparo de material de urgência e monitorização. Sedação venosa. Analgesia venosa potente.
<b>Avaliação da dor</b>				
<i>FLACC</i>	0	1 a 3	4 a 6	7 a 10
<i>ENV</i>	0	1 a 3	4 a 6	7 a 10
<i>Faces</i>	0: Face 1	2: Face 2	4: Face 3   6: Face 4	8: Face 5   10: Face 6
<b>Tratamento farmacológico</b>	-	Anestesia tópica e/ou local. Analgesia (dipirona, paracetamol, ibuprofeno, cetoprofeno, cetorolaco).	As anteriores + : Anestesia local e/ou regional Analgesia com opioides (nalbufina, morfina, tramadol...).	As anteriores + : Analgesia venosa (dipirona, tramadol, nalbufina, morfina, fentanil, cetamina...).

Abordagem de avaliação, prevenção e manejo da dor aguda pediátrica, adaptado de Protocolo de Prevenção, avaliação e tratamento da dor aguda em crianças do HC FMRP USP – Ribeirão Preto, 2016

### ANEXO C- Escalas de avaliação da dor

Figura 2 - Escalas de avaliação da dor



Fonte: Adaptado de Diretriz de Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem/ Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: SBP, 2024