

**CÓPIA CONTROLADA**



## **1. OBJETIVO**

O objetivo deste protocolo é traçar o manejo multidisciplinar da dor por meio da avaliação da presença de dor, nível de conforto e satisfação relatados pelo paciente e a funcionalidade observada pela equipe multiprofissional.

## **2. APLICAÇÃO**

Este documento aplica-se a Sociedade de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.

## **3. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO**

A dor foi e continua sendo uma das grandes preocupações da humanidade. Desde os primórdios da civilização, de acordo com os registros gráficos da pré-história e outros vários documentos escritos posteriormente, o ser humano procura esclarecer as razões que justificam a presença de dor e desenvolver procedimentos destinados ao seu controle<sup>1</sup>.

Definida pela IASP (Associação Internacional de Estudos sobre Dor), em 1986 como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões, a dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências anteriores”<sup>1,2</sup>.

A presença da dor na população em geral é crescente no mundo, e pode estar associada aos novos hábitos de vida, maior longevidade do indivíduo, prolongamento da sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, modificações do meio ambiente, reconhecimento de novas condições algícas e, provavelmente, a aplicação de novos conceitos que traduzem seu significado. Além de gerar estresses físicos e emocionais significativos para os doentes e seus cuidadores, é razão de fardos econômicos e sociais para a sociedade<sup>3</sup>.

A dor aguda é de ocorrência quase universal, constitui um sintoma que primariamente alerta os indivíduos para a necessidade de assistência médica<sup>3,4</sup>. Concomitante a isso, com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, o período de recuperação pós-operatória passou a ser motivo de maior preocupação da equipe de saúde incluindo o controle da dor como uma meta a ser alcançada<sup>3,4</sup>.

A prevalência de dor entre adultos hospitalizados é alta, tendo valores entre 43% a 91% em pacientes cirúrgicos, 79% em pacientes oncológicos e 67% na população idosa<sup>5</sup>.

No ambiente de terapia intensiva, a dor é identificada como uma importante causa de stress e fator que prejudica consideravelmente o sono<sup>1,2</sup>, Rotondi et al<sup>3</sup>, demonstraram

**CÓPIA CONTROLADA**



que 85% dos pacientes após a alta da UTI ainda tinham lembranças de dor ou desconforto relacionado a intubação orotraqueal. Estas lembranças podem ser perpetuadas por um período longo como demonstrado por Granja et al. que evidenciaram que após 6 meses do período de internação na UTI, 17% dos pacientes ainda apresentavam lembranças de dor intensa e que 18% dos pacientes apresentavam alto risco de desenvolver síndrome do estresse pós-traumático.

Estudos sugerem que a presença de dor pode sofrer influência de variáveis como idade, gênero, diagnóstico clínico, tipo de cirurgia, anestesia/ analgesia utilizada, tempo de internação, entre outros e são enfáticos em afirmar que o manejo da dor pode ser influenciado positivamente pela equipe de saúde<sup>5,6,7</sup>.

A avaliação da satisfação do paciente em relação ao alívio da dor é uma métrica importante para o manejo adequado da dor. Atualmente considera-se ir além da intensidade da dor expressa em valores numéricos, deve-se considerar uma relação com a funcionalidade e qualidade de vida, avaliação qualitativa do paciente<sup>5</sup>.

Sob a ótica funcional, atividades como mobilidade, apetite, humor e sono são considerados pontos relevantes na avaliação da dor. Assim, a presença de dor, e o nível de conforto relatado pelo paciente, permite o alinhamento de expectativas, que juntamente com a educação do paciente e familiar são decisivos na adesão ao tratamento proposto<sup>5</sup>.

#### **4-Princípios e Conceitos:**

O Hospital Sírio Libanês possui uma política de gerenciamento de dor que ( CORP-POL-ENF 001) que institui a avaliação da dor (CORP- PRO-SDOR-002) como quinto sinal vital (anexo 1 e 2).

**4.1 Avaliação da Dor:** Utilizar a escala adequada para idade e condição clínica, considerar a intensidade, qualidade, local, fatores de melhora, fatores de piora, dor em repouso e dor aos movimentos, quando possível.

**4.2 Nível de Conforto:** Questionar o nível de conforto do paciente.  
Define-se como nível de conforto a máxima intensidade de dor que o paciente relata suportar sem impactar nas atividades/ funções como sono, humor, mobilidade e apetite.

**4.2.1 Sono :** Questionar o paciente sobre a qualidade de seu sono. Considerar se o mesmo relata sono reparador, sem interrupções devido a dor ou devido a procedimentos e exames durante o período noturno.

**CÓPIA CONTROLADA**



Pontos de atenção:

- 1) Atentar se o sono foi interrompido pela dor em vários momentos durante a noite;
- 2) Atentar se o paciente encontra-se sonolento durante o dia, com inversão do ciclo sono-vigília, com recusa dos cuidados de higiene e reabilitação, excluindo-se causas medicamentosas para sonolência.

4.2.2 Humor/ Comportamento: Considerando o contexto e as diferenças socioculturais de cada paciente, este, deve interagir com a equipe multidisciplinar e participar do cuidado.

Pontos de atenção:

- 1) Atentar se o paciente apresenta sinais sugestivos de ansiedade, com comportamentos de antecipação da dor, questionamentos repetidos sobre o tratamento proposto mesmo após a intervenção educativa, demonstrando resistência às terapias sugeridas.
- 2) Atentar se o paciente demonstra-se apático ou choroso e não disponível para diálogo, com recusa do autocuidado e reabilitação.
- 3) Em pacientes idosos considerar que a agitação psicomotora pode ser sugestiva de presença de dor.

4.2.3 Mobilidade: Considerar pacientes com repouso relativo liberado, aqueles que deambulam com ou sem auxílio da enfermagem e da fisioterapia de acordo com a condição clínica, as atividades relacionadas à fisioterapia motora e respiratória, os cuidados de higiene, curativos, entre outros.

Pontos de atenção

- 1) Atentar se o paciente apresenta-se resistente aos cuidados de higiene como banho, realização de curativos, etc
- 2) Atentar se o paciente desempenha parcialmente a fisioterapia motora e respiratória (ex: apresenta dificuldade de inspirar profundamente, tossir, de deambular, sentar em poltrona).
- 3) Atentar se o paciente recusa toda e qualquer atividade que envolva mobilização mínima.
- 4) Em pacientes não comunicativos atentar se apresentam postura de proteção, assincronia com o ventilador quando em ventilação mecânica invasiva e não invasiva, faces de dor.

4.2.4 Apetite: Considerar pacientes que já se encontram com dieta via oral liberada, boa aceitação dentro das recomendações estipuladas pela equipe médica e de nutrição.

Pontos de atenção:

- 1) Atentar se o paciente recusa a alimentação ou apresenta aceitação considerada insuficiente.
- 2) Observar se o paciente apresenta distensão abdominal .

**CÓPIA CONTROLADA**



3)Fazer distinção entre odinofagia e disfagia .

4)Este item não é aplicável a pacientes em uso de nutrição parenteral, pacientes com sonda nasoenteral ou estomas com finalidade de alimentação.

4.2.5 Satisfação do Paciente: Considerar a percepção do paciente frente aos esforços realizados pela equipe multidisciplinar para o manejo adequado da dor; questionamento feito durante a internação.

Pontos de atenção:

- 1)Atentar se o paciente apresenta barreira de compreensão quanto ao tratamento proposto.
- 2)Atentar se o paciente relata impacto negativo em relação a analgesia devido os efeitos colaterais das medicações analgésicas.
- 3)Considerar pacientes com intercorrências e alterações clínicas importantes (ex: sedação paliativa).

### **4.3 Avaliação e Cuidado ao Paciente com Dor**

-Avaliar a presença de dor utilizando a escala de dor adequada segundo a faixa etária e condição clínica (vide anexo 2,3,4 e 5).

-Identificar o nível de conforto do paciente segundo escala verbal numérica de dor na avaliação inicial e quando houver mudanças da condição clínica (exemplo cirurgias, exames, quimioterapia).

-Traçar como meta para controle da Dor o nível ou grau de Conforto do paciente. Para pacientes não comunicativos o nível de conforto é compreendido como ausência de comportamento doloroso (expressão facial de sofrimento, gemência, choro, agitação psicomotora, postura de proteção); alterações de sinais vitais semnexo causal com a condição clínica, considerando situações de repouso e/ou após procedimentos e mobilizações. Nas condições acima descritas inserem -se as populações pediátricas, pacientes não comunicativos com prejuízo cognitivo.

Conforme Política de Gerenciamento da Dor da Instituição (CORP-POL-ENF 001) todo paciente tem o direito de ter sua dor avaliada e tratada.

## **5-Estratificação do Paciente Comunicativo e Ações da Equipe Multidisciplinar**

### 5.1 Dor até nível de conforto

Condição do paciente: Não há relatos de insatisfação referente ao tratamento.

**CÓPIA CONTROLADA**



Meta: Restabelecer autonomia em menor tempo possível.

Ações:

- Manter medicações de horário e priorizar medidas não farmacológicas
- Educar Paciente/ Familiar:
- Fornecer orientação sobre a escala numérica de dor
- Orientar paciente quanto a necessidade da medicação prescrita de horário
- Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

5.2 Dor acima do nível de conforto com atividades/funções afetadas parcialmente, alívio parcial da dor após medicamentos prescritos e relato de dor dinâmica.

Condição do paciente: Paciente pouco satisfeito com a terapêutica instituída.

Meta: Restabelecer controle algico dentro do nível de conforto relatado pelo paciente.

Ações:

- Utilizar medicações de horário
  - Realizar os cuidados após resgates com opióides em pequenas doses
  - Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
  - Utilizar medidas não farmacológicas
  - Tratar os efeitos colaterais.
- Educar Paciente/ Familiar:
- Orientar sobre a escala numérica de dor
  - Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
  - Orientar a utilizar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
  - Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

5.3 Dor acima do nível de conforto com atividades/ funções afetadas totalmente, com alívio inadequado após medicamentos prescritos e presença de efeitos colaterais (apresenta dor espontânea e dinâmica).

Condição do paciente: Paciente insatisfeito com a terapêutica instituída.

Meta: Restabelecer controle algico dentro do nível de conforto.

Ações:

- Otimizar medicações de horário

**CÓPIA CONTROLADA**



- Realizar os cuidados após resgates com opióides em pequenas doses
- Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
- Intensificar medidas não farmacológicas
- Tratar os efeitos colaterais.

Educar Paciente/ Familiar

- Orientar sobre a escala numérica de dor
- Alinhar expectativas relativas ao controle da dor.
- Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
- Orientar a utilizar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
- Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

## **6-Estratificação do paciente não comunicativo**

### 6.1 Dor até nível de conforto

Condição do paciente: sem sinais de dor, utilizando a escala PANAID ou CPOT (vide anexos 2, 4 e 5).

Meta: Manter paciente em nível de conforto.

Ações:

Manter medicações de horário e priorizar medidas não farmacológicas

Educar família/cuidador e paciente quando viável:

Fornecer orientação sobre a escala utilizada

Orientar quanto a necessidade da medicação prescrita de horário

Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

### 6.2 Dor acima do nível de conforto com atividades/funções afetadas parcialmente, alívio parcial da dor após medicamentos prescritos e comportamento doloroso observado em mobilizações ou durante procedimentos.

Condição do paciente: com sinais de dor, utilizando a escala PANAID ou CPOT.

Meta: Restabelecer controle algico dentro do nível de conforto observado no paciente (sem sinais de dor).

Ações:

- Utilizar medicações de horário



**CÓPIA CONTROLADA**



- Realizar os cuidados após resgates com opióides em pequenas doses
  - Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
  - Utilizar medidas não farmacológicas .
  - Tratar os efeitos colaterais.
- Educar família/cuidador e paciente quando viável:
- Fornecer orientação sobre a escala utilizada
  - Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
  - Orientar a solicitar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
  - Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos

6.3 Dor acima do nível de conforto com atividades/ funções afetadas totalmente, com alívio inadequado após medicamentos prescritos, presença de efeitos colaterais (apresenta comportamento doloroso em repouso) .

Condição do paciente: com sinais de dor, utilizando a escala PANAID ou CPOT.

Meta: Restabelecer controle algíco dentro do nível de conforto observado no paciente (sem sinais de dor).

**Ações**

- Otimizar medicações de horário
  - Realizar os cuidados após resgates com opióides em pequenas doses
  - Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
  - Intensificar medidas não farmacológicas
  - Tratar os efeitos colaterais.
- Educar família/cuidador e paciente quando viável:
- Fornecer orientação sobre a escala utilizada
  - Alinhar expectativas relativas ao controle da dor.
  - Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
  - Orientar a solicitar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
  - Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

**7 Estratificação do Paciente Pediátrico com Dor**

7.1 Dor até nível de conforto

Condição do paciente pediátrico: sem sinais de dor, utilizando a escala adequada segundo faixa etária e condição clínica (vide anexos 2 e 3).

**CÓPIA CONTROLADA**

 <p><b>HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS</b></p>	<p><b>PROTOCOLO HSL</b> <b>MANEJO MULTIDISCIPLINAR DA DOR NO</b> <b>PACIENTE INTERNADO</b> Documetação Operacional <b>HSL-PROT-S.DOR-001/REV.02</b></p>
--	---

Não há relatos dos pais /cuidadores de insatisfação referente ao tratamento.

Meta: Restabelecer autonomia em menor tempo possível.

Ações:

- Manter medicações de horário e priorizar medidas não farmacológicas
- Fornecer orientação sobre a escala utilizada para avaliação da dor na criança
- Educar pais/cuidadores e criança quando viável quanto a necessidade da medicação prescrita de horário
- Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

7.2 Dor acima do nível de conforto com atividades/funções afetadas parcialmente, alívio parcial da dor após medicamentos prescritos e relato de dor dinâmica.

Condição do paciente pediátrico: paciente com comportamento doloroso, utilizando a escala adequada para faixa etária, condição clínica.

Pais/cuidadores pouco satisfeitos com a terapêutica instituída.

Meta: Restabelecer controle algíco dentro do nível de conforto demonstrado pelo comportamento da criança.

Ações:

- Utilizar medicações de horário
- Realizar os cuidados após resgates com analgésicos mais potentes em pequenas doses
- Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
- Utilizar medidas não farmacológicas
- Tratar os efeitos colaterais.

Educar paciente, pais/cuidadores:

- Fornecer orientação sobre a escala utilizada para avaliação da dor na criança
- Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
- Orientar a utilizar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
- Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais

7.3 Dor acima do nível de conforto com atividades/ funções afetadas totalmente, com alívio inadequado após medicamentos prescritos e presença de efeitos colaterais (apresenta dor espontânea e dinâmica).

Condição do paciente pediátrico: paciente com comportamento doloroso, utilizando a escala adequada para faixa etária, condição clínica.



**CÓPIA CONTROLADA**



Pais/cuidadores insatisfeitos com a terapêutica instituída.

Meta: Restabelecer controle algico dentro do nível de conforto

**Ações**

- Otimizar medicações de horário
- Realizar os cuidados após resgates com analgésicos mais potentes em doses adequadas
- Considerar a associação de um medicamento adjuvante quando indicado
- Intensificar medidas não farmacológicas
- Tratar os efeitos colaterais.

Educar paciente, pais/cuidadores quando viável:

- Fornecer orientação sobre a escala utilizada para avaliação da dor na criança
- Orientar quanto à necessidade de receber a medicação prescrita de horário
- Orientar a utilizar as medicações de resgate antes das sessões de fisioterapia e/ou terapia ocupacional e/ou condicionamento físico ou atividades de higiene, por exemplo.
- Esclarecer dúvidas quanto aos benefícios da terapêutica instituída e possíveis efeitos colaterais.
- Alinhar expectativas relativas ao controle da dor.

**8- Manejo Não farmacológico da Dor**

As técnicas não farmacológicas atuam como adjuvante ao tratamento farmacológico e não devem necessariamente substituí-lo ( para métodos físicos vide documento no Qualidoc HSL-DIR-REAB-007) .

Parte das intervenções não farmacológicas são de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores estimulando o autocuidado; devem atender as necessidades dos pacientes e considera-se que as medidas não farmacológicas podem muitas vezes não eliminar a dor, mas contribuem para amenizar o sofrimento.

São considerados como opções para o Tratamento não farmacológico:

**Métodos Físicos**

Massagem

Mudança de Decúbito

Terapia Ocupacional

Alongamentos suaves

Medidas de Conforto

Relaxamento

Acupuntura

Pensamento Dirigido

Distração

Exercícios Físicos

**CÓPIA CONTROLADA**



Musicoterapia.

**9- Manejo Farmacológico da Dor:**

O protocolo multidisciplinar para o tratamento da dor desta instituição considera como pontos importantes na tomada de decisão no manejo farmacológico a individualidade, condição clínica, a etiologia da dor e necessita de avaliações e reavaliações constantes para o ajuste da analgesia, figura 1.

Seguir um único modelo para o manejo farmacológico da dor, não engloba todo universo de pacientes atendidos nesta instituição, logo, as recomendações descritas neste protocolo são baseadas nos princípios da analgesia multimodal, escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (vide anexo 7 e 8) recomendações para o tratamento da dor neuropática (vide anexo 9), tratamento de efeitos colaterais e pode ser adaptada de acordo com a condição ou alteração clínica ( vide item do documento no Qualidoc CORP-NOR-JUR-002).

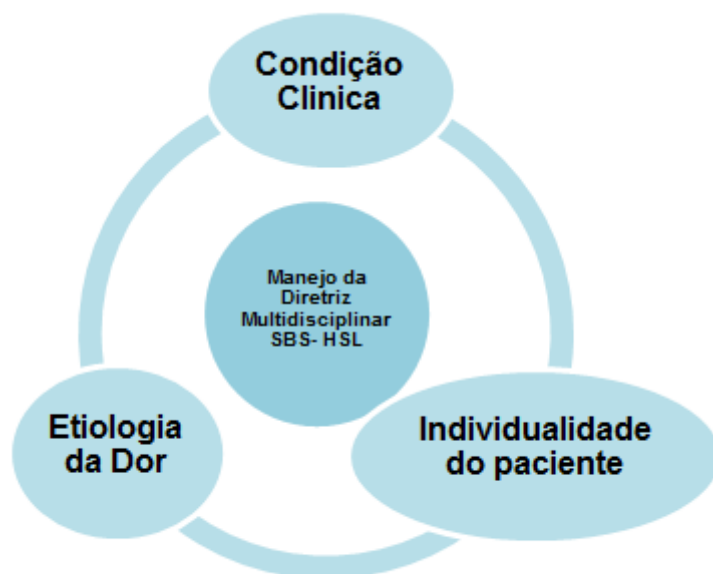


Figura 1: Pontos de Tomada de Decisão

FLUXOGRAMA - (Vide Anexo 12 e 13)

**CÓPIA CONTROLADA**



**10-INDICADORES**

1)-Taxa no alívio da dor em pacientes internados -Resolubilidade da dor em até 1 hora

Fórmula:  $n^{\circ}$  de reavaliações de dor resolvida ou amenizadas registradas no PEP X 100  
 $n^{\circ}$  reavaliações de dor registradas no PEP

Unidade de medida:% (Porcentagem)

Origem do(s) dado(s):Relatório Tasy

Periodicidade de medida: Mensal

Meta: 80%

Responsável: Enfermeira Mariana Bucci Sanches - Desenvolvimento de Enfermagem

2)Porcentagem de pacientes com dor reavaliados em até 1 hora

Fórmula:  $n^{\circ}$  de reavaliações de intensidade da dor registradas no PEP realizadas em até 1h X 100

$n^{\circ}$  avaliações de intensidade da dor maior que zero registradas no PEP

Unidade de medida: % (Porcentagem)

Origem do(s) dado(s): Relatório Tasy

Periodicidade de medida: Mensal

Meta: A definir

Responsável: Enfermeira Mariana Bucci Sanches - Desenvolvimento de Enfermagem

**REFERÊNCIAS**

- 1)McCaffery M, Pasero C. Pain: clinical manual. 2a ed. St Louis: Mosby; 1999
- 2)Berry PH, Dahl JL. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. Pain Manag Nurs. 2000;1:3-12.
- 3)Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ, editores. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009
- 4)Cavalcanti IL, Gozzani JL. Dor pós-operatória. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2004.
- 5-Jabusch, K et all. Pain Experience of Inpatients in a Teaching Hospital: Revisiting a

**CÓPIA CONTROLADA**



- Stratetigic Priority. Pain Manag. Nursing, v16, n1, p69-76. 2015
- 6-Wandner L et all. The Perception of Pain in Others: How Gender, Race, and Age Influnde Pain Expectations. American Pain Society. V13 n3 , p220-227,2012.
- 7- Kroenke K et all. Responsiveness of Pain Measures in Cancer Patients. American pain Society. V13, n8, p764-772.2012
- 8-Mao J, Gold MS, Backonja MM. Combination drug therapy for chronic pain: a call for more clinical studies. J Pain. 2011;12(2):157-66.
- 9-World Health Organization. Palliative care: symptom management and end-of-life care integrated management of adolescent and adult illness. Interim Guidelines for First Level Facility Health Workers. Geneva; 2004. p.p12.
- 10- Schaffer, GV, Cogan.Patient therapeutic education: Placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder.Can Fam Physician 2014; 60: 235-41
- 11-Minson FP, Garcia JBS, Oliveira Junior JO, Siqueira JTT, Jales Junior LH, editores. Tratamento farmacológico da dor oncológica. In: II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2011. p.66-91.
- 12-Montagnini, M. Dor no idoso. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ, editores. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.785-91.
- 13- Dor Neuropática : Avaliação e Tratamento SBED, 2012.
- 14- Macedo DDP. Drogas antiepiléticas e psicotrópicas. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ, editores. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.1109-114.
- 15- Bennett MI, Flemming K, Closs J.Education in cancer pain management.Curr Opin Support Palliat Care.2011; 5:20–24

**Anexos**

Anexo1.pdf
Anexo 2- Card Gerenciamento da dor.pdf
Anexo 3 .pdf
Anexo 4.pdf
Anexo 5.pdf
Anexo 6.pdf
Anexo 7.pdf
Anexo 8.pdf
Anexo 9.pdf
Anexo 10.pdf
Anexo 11.pdf
Anexo 12.pdf
Anexo 13.pdf