

# Implementation of pain control program in a traumatology and orthopedics hospital. Case report

*Implementação de um programa de controle da dor em hospital de traumatologia e ortopedia. Relato de caso*

Marcio Curi Rondinelli<sup>1</sup>, Juliane de Macedo Antunes<sup>2</sup>, Waleska de Castro Sampaio<sup>1</sup>, Jamila Ferreira Miranda dos Santos<sup>2</sup>

DOI 10.5935/1806-0013.20160032

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Pain is one of the most frequent clinical complaint in daily, ambulatory and hospital practice. Regardless of its cause, it remains undervalued and, as a consequence, without adequate management, resulting in poor control, thus impairing a physical and social rehabilitation proposal. This study aimed at presenting a pain control program and at spreading the real advantages of its implementation.

**CASE REPORT:** This is a descriptive study with experience report of a national reference orthopedic surgical hospital exclusively assisting Single Health System patients.

**CONCLUSION:** This experience and its results encourage the maintenance of the Pain Control Policy and contribute to reference to other health institutions the benefits of implementing similar programs and policies.

**Keywords:** Fifth vital sign, Indicators, Pain control program.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor é uma das mais frequentes queixas clínicas na prática diária, ambulatorial e hospitalar. Independentemente da sua causa, permanece subvalorizada e, conseqüentemente, sem tratamento adequado, resultando em insucessos no seu controle, prejudicando uma proposta de reabilitação física e social. O objetivo deste estudo foi apresentar o programa de controle da dor e divulgar as reais vantagens de sua implementação.

**RELATO DO CASO:** Trata-se de um estudo descritivo com relato de experiência, em um hospital cirúrgico ortopédico, de referência nacional que atende exclusivamente pacientes do sistema único de saúde.

**CONCLUSÃO:** Essa experiência e seus resultados incentivam a manutenção da Política de Controle da Dor e contribuem para referenciar a outras instituições de saúde os benefícios da implementação de programas e políticas semelhantes.

**Descritores:** Indicadores, Programa de controle da dor, Quinto sinal vital.

## INTRODUÇÃO

A dor sempre esteve presente na vida do homem e constitui um sinal de alerta. A sua cronificação impacta negativamente a saúde física e mental do ser humano.

Atualmente, estima-se que os pacientes que apresentam dor aguda pós-operatória, ou crônica, custem vários bilhões de reais ao país em dias perdidos de trabalho, compensações legais, seguros e tratamentos<sup>1-3</sup>.

Na prática, observa-se que apesar dos grandes avanços na abordagem e na terapêutica da dor, ela permanece subvalorizada e, conseqüentemente, sem tratamento no momento adequado, resultando em insucessos no seu controle.

A dor acentua distúrbios físicos e emocionais incapacitantes, conhecida ou não a doença de base<sup>4</sup>. Atenção e pronto atendimento ao paciente com queixa de dor constituem tópicos fundamentais à instituição de saúde e por isso a dor é considerada como quinto sinal vital, ao lado de temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial.

A característica clínica da dor permite direcionar a etiologia. A dor nociceptiva geralmente ocorre devido a lesão tecidual difusa, com manifestação de dor pontual, em aperto ou tensão. Já a dor neuropática pressupõe comprometimento de fibras nervosas e em geral apresenta sintomas de choque ou queimação, além de localização difusa e imprecisa. É importante considerar que os sintomas mistos são frequentes, dificultando a atuação terapêutica<sup>4</sup>.

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) adotou a implantação de um Programa de Avaliação e Controle da Dor envolvendo todos os profissionais de saúde da instituição, considerando o seu tratamento uma etapa tão importante quanto a eliminação da doença. Seus benefícios são evidentes, pois o controle da dor reduz distúrbios articulares, hipotrofia muscular, melhora a dinâmica cardiorrespiratória, evita fenômenos

1. Clínica da Dor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Departamento Médico, Janeiro, RJ, Brasil.

2. Clínica da Dor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Departamento de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Apresentado em 02 de setembro de 2015.

Aceito para publicação em 20 de abril de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

**Endereço para correspondência:**

Avenida Brasil 500

20940-070 Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: rondinelli@openlink.com.br

tromboembólicos e disfunções autonômicas, diminui ansiedade e depressão. Além de trazer conforto aos pacientes e à equipe de saúde, o programa permite reabilitação e alta hospitalar precoces. Para a instituição, dinamiza a rotação de leitos e reduz questões processuais. O objetivo deste estudo foi apresentar o programa de controle da dor adotado no INTO e divulgar as reais vantagens da sua implementação e seus benefícios ao paciente, à equipe de saúde e à instituição.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo sobre um relato de experiência, a partir do ano de 2006 em que se buscou descrever o caminho percorrido pela equipe multiprofissional, para implementação do programa de controle da dor, em um hospital cirúrgico ortopédico, de referência nacional que atende exclusivamente pacientes do sistema único de saúde (SUS).

O INTO é hoje o único hospital brasileiro e um dos 18 do mundo que integram a *International Society of Orthopaedic Centers* (ISOC), que congrega os melhores hospitais de ortopedia existentes. Possui certificação internacional pela *Joint Commission International* (JCI/CBA), já tendo sido renovada por três vezes desde 2006.

O INTO conta com 21 salas cirúrgicas - entre as quais, uma sala para emergências, e duas com equipamentos de transmissão ao vivo via satélite e 255 leitos de internação, 48 leitos de terapia intensiva e de pós-operatório.

### Descrição do programa

Trata-se de um programa de controle da dor, com protocolo analgésico e rotinas acordados com outros serviços da instituição. Consiste no registro da dor como quinto sinal vital, utilizando-se de escalas validadas para avaliação da dor e indicadores que auxiliam na vigilância da qualidade. Engloba também estratégias de educação continuada para os profissionais que atuam no INTO.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lançada pelo Ministério da Saúde por meio da portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área de saúde e a construção de estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde com objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva<sup>5,6</sup>.

### Escalas de intensidade da dor utilizadas no INTO

A avaliação e o registro da intensidade da dor devem incluir não só os indivíduos orientados, mas também os recém-nascidos, pacientes com déficit cognitivo ou sedados. Dessa forma, utilizaram-se quatro escalas, de acordo com as especificidades dos pacientes, conforme a seguir:

#### Escala analógica visual (EAV)

Utilizada para pacientes orientados e alfabetizados, com numeração de zero=sem dor à 4= dor intensa, associada a faces. Essa escala foi validada por Goddard<sup>7</sup>.

#### Escala CRIES (Crying, Requires oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression, Sleepless)

Utilizada em crianças até um ano<sup>8</sup>, com somatório de escores de

zero a 10 pontos, de acordo com o choro, exigência de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, expressão facial e sono na última hora. Em fase de validação, optou-se pela utilização dessa escala, por melhor se adaptar ao perfil de pacientes com idade entre zero e um ano, submetidos a cirurgias nos casos de alterações congênitas e nas lesões de plexo braquial pós-parto.

#### Escala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)

Escala validada por McGrath<sup>9</sup>, utilizada em crianças de 1 a 7 anos com somatório de escores de 4 a 13 pontos de acordo com os critérios: choro, expressão facial, verbal, movimentação do tronco, postura quanto à ferida operatória e movimento dos membros inferiores.

#### Escala CPOT (Critical Care Pain Observation)

Escala utilizada em pacientes com déficit cognitivo ou sedadas, por meio de somatório de escores com pontuação de zero a 10 de acordo com os critérios: expressão facial, movimento corporal, tensão muscular, complacência ao respirador ou vocalização e pressão arterial e/ou frequência cardíaca<sup>10</sup>.

### Indicadores e seus resultados no pós-operatório

Os indicadores de qualidade são utilizados como ferramenta que auxilia na vigilância da qualidade e na identificação de oportunidade de melhoria. Desde 2011, a equipe da área de alívio de dor (ARDOR), gerencia cinco indicadores como ferramenta de qualidade:

- **Registro de escore de dor no pós-operatório**

Tem como objetivo monitorar o correto registro da intensidade da dor, permitindo pronta atuação terapêutica.

- **Utilização do protocolo analgésico instituído pelo INTO**

Avalia se o protocolo analgésico está sendo corretamente utilizado e se a sua utilização impacta positivamente no controle da dor.

- **Registro de ocorrência da reavaliação da dor**

Ao ser identificada intensidade de dor igual ou superior a moderada, haverá uma intervenção assistencial (farmacológica ou não), com sua reavaliação entre 45 e 60 minutos. Este indicador mostra se esta reavaliação está sendo realizada.

- **Registro da localização e característica da dor**

Indicador que confere atenção à real localização da dor e sintomas que possibilitem identificar fisiopatologia predominantemente de origem neuropática ou nociceptiva modificando a utilização do protocolo analgésico.

- **Checagem da avaliação da dor**

Compara a similaridade na avaliação da dor entre a equipe da clínica da dor e a equipe plantonista da internação.

Avalia a similaridade no registro da dor entre a equipe de enfermagem plantonista e a equipe de enfermagem da clínica da dor.

Os quatro primeiros indicadores são avaliados a cada quatro meses por meio de prontuários escolhidos aleatoriamente. Foi calculado um número ("n") correspondente às cirurgias efetuadas no mês eleito, por dois colaboradores que avaliam os mesmos prontuários, separadamente, com a finalidade de conferir confiabilidade ao resultado. O cálculo do "n" é obtido por meio de uma fórmula cedida pelo site [www.calculoamostral.vai.lá.com](http://www.calculoamostral.vai.lá.com)<sup>11</sup> conforme orientação do Consórcio Brasileiro de Acreditação. Já para o quinto indicador, a

coleta dos dados é anual, realizada mediante a avaliação do paciente, pois se trata do indicador de similaridade da avaliação, onde se faz um comparativo entre a avaliação da equipe da clínica da dor e a avaliação da equipe de enfermagem do setor de internação.

A seguir, serão detalhados os resultados dos quatro indicadores avaliados no INTO. Importante pontuar que o termo “NÃO CONFORMIDADE”, recomendado no manual de acreditação hospitalar<sup>12</sup> – CBA, e que quantifica esses indicadores se refere ao que é preciso melhorar. O baixo valor numérico dos indicadores coletados comprova o resultado satisfatório que a equipe de registro e controle da dor vem conseguindo na instituição.

O mesmo manual também menciona a importância de se pactuar metas para obter parâmetros que auxiliarão no monitoramento desses indicadores.

As metas são níveis de desempenho pretendidos para determinado período de tempo<sup>13</sup>. Apesar de meta se tratar de um número ou objetivo exato, sua definição teórica é totalmente subjetiva, pois está totalmente relacionada ao ponto onde se quer chegar. Logo, a meta tem que ter um equilíbrio entre o executável e conquistável. As metas pactuadas pela equipe da dor foram baseadas na prática clínica vivenciada desde 1999 e são reavaliadas anualmente.

#### Registro de escore da dor pós-operatória (Tabela 1)

- Índice de não conformidade nos registros de dor no pós-operatório
- Meta do indicador: 5,00%
- Fórmula do indicador:

$\frac{\text{Número de registros não conformes na avaliação da dor}}{\text{Número total de pacientes avaliados}} \times 100$

Foram identificados 3,15% acima da meta estipulada. Porém, a não conformidade vem declinando no que se refere aos registros de dor. Assim, para atingir a meta estipulada de apenas 5% de não conformidade no registro de dor no quadro de sinais vitais, é necessário, além de sensibilizar, capacitar a equipe de saúde para a ação. Para maior adesão e sensibilização dos profissionais, foi adotada capacitação em serviço<sup>6,14</sup>.

**Tabela 1.** Registro da dor

Indicador	% de não conformidade 2011	% de não conformidade 2012	% de não conformidade 2013	% de não conformidade 2014
Não conformidade nos registros de dor no pós-operatório	4,42	15,02	10,38	8,15

**Tabela 2.** Utilização do protocolo analgésico

Indicador	% de não conformidade 2011	% de não conformidade 2012	% de não conformidade 2013	% de não conformidade 2014
Não conformidade do protocolo analgésico	6,29	19,03	11,23	7,36

**Tabela 3.** Reavaliação da dor

Indicador	% de não conformidade 2011	% de não conformidade 2012	% de não conformidade 2013	% de não conformidade 2014
Não conformidade no registro de reavaliação da dor	9,9	4,05	7,36	5,69

#### Utilização do protocolo analgésico instituído pelo INTO (Tabela 2)

- Índice de não conformidade do protocolo analgésico
- Meta do indicador: 5,00%
- Fórmula do indicador:

$\frac{\text{Número de protocolos não seguidos em pacientes com dor}}{\text{Número total de pacientes avaliados}} \times 100$

Em 2014, o indicador ficou 2,36% acima da meta, porém como se pode observar, esses números vêm regredindo de forma considerável, valendo ressaltar que a partir de 2013 foi exigida a presença dos médicos nos treinamentos ministrados pela clínica da dor.

#### Registro de ocorrência da reavaliação da dor (Tabela 3)

- Índice de não conformidade no registro da reavaliação da dor
- Meta do indicador: 10,00%
- Fórmula do indicador:

$\frac{\text{Número de não conformidade no registro de reavaliação da dor}}{\text{Número total de pacientes avaliados}} \times 100$

Houve real cumprimento da meta estabelecida. Mas a equipe estuda a diminuição dessa meta, por se tratar de um indicador relevante no controle da dor.

#### Registro de ocorrência da localização e característica da dor (Tabela 4).

- Índice de não conformidade no registro da localização e característica da dor
- Meta do indicador: 10,00%
- Fórmula do indicador:

$\frac{\text{Nº de não conformidade no registro da localização e característica da Dor}}{\text{Número total de pacientes avaliados}} \times 100$

**Tabela 4.** Registro de localização e característica

Indicador	% de não conformidade 2014
Não conformidade no registro da localização e característica da dor	3,69

**Tabela 5.** Registro de similaridade na avaliação da dor

Indicador	% de não conformidade 2011	% de não conformidade 2012	% de não conformidade 2013	% de não conformidade 2014
Não similaridade na avaliação da dor	1,65	28,77	9,70	6,31

Esses indicadores começaram a ser acompanhados em 2013 e foram introduzidos no quadro oficial dos indicadores monitorados em 2014. Mantendo-se dentro da meta estabelecida.

### Similaridade na avaliação da dor entre a equipe da clínica da Dor do INTO e a equipe plantonista da internação (Tabela 5)

- Índice de não similaridade na avaliação da dor
- Meta do indicador: 10,00%
- Fórmula do indicador:

$\frac{\text{Número de não conformidade na similaridade de avaliação} \times 100}{\text{Número total de pacientes avaliados}}$

## DISCUSSÃO

Os resultados estão dentro da meta estabelecida, exceto em 2012, pois o INTO iniciou suas atividades em uma nova estrutura com uma planta física bem superior à anterior, aumentando o número de atendimentos e dificultando a avaliação adequada.

Esse processo de transição, paralelamente à aquisição de novos profissionais e modificações em alguns processos de trabalho, levaram a uma elevação dos índices de não conformidade, como pode ser observado nas tabelas. Porém, esses índices diminuíram no decorrer dos anos, mediante ações contínuas da equipe da dor.

A melhoria contínua da qualidade assistencial é um processo dinâmico e exaustivo que visa a identificar continuamente fatores intervinientes no processo de trabalho. Por isso os indicadores, como ferramenta de vigilância da qualidade e para análise de oportunidades de melhoria, devem ser empregados para entender o desempenho da assistência e permitir a tomada de decisão rápida, a fim de impedir a instalação do problema<sup>13,15,16</sup>.

Para que todas as metas sejam alcançadas, deve-se utilizar como recurso a educação permanente constante, que precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. A partir desse desafio político-pedagógico, a educação permanente em saúde foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica e de interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A educação permanente em saúde tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde<sup>5</sup>. A educação permanente em saúde não deixa de ser o ato de colocar o trabalho e as práticas cotidianas, e as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise. Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico para mudar o cotidiano

do trabalho na saúde e colocar o cotidiano profissional em interação viva (em equipe e com os usuários). Nesse sentido no Brasil, o conceito de quadrilátero da formação se forma baseado na educação que associa o ensino e as repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social<sup>6,14,17</sup>.

## CONCLUSÃO

É de extrema importância, no controle da dor, a utilização de indicadores como ferramenta de gestão e para a identificação de oportunidade de melhoria. Por meio deles tem sido possível fazer uma real avaliação da eficácia desse controle na instituição, adesão dos profissionais de saúde ao tema e direcionar as ações de aprimoramento.

A educação permanente, por meio de palestras, reuniões clínicas, jornadas científicas e debate em serviço, sensibiliza e capacita os profissionais da área de saúde objetivando a importância do tratamento adequado da dor.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 30p.
2. Roenn JH, Paice JA, Preodor ME. Atual Diagnóstico e Tratamento da Dor. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2008. 8p.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª ed. Lisboa: Abril; 2002. 36p.
4. Treed RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-5.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.
6. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-78.
7. Goddard JM, Pickup SE. Postoperative pain in children. Combining audit and a clinical nurse specialist to improve management. *Anaesthesia*. 1996;51(6):588-90.
8. Silva TP, Silva LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas nos recém-nascidos: revisão sistemática. *Acta Med Port*. 2010;23:437-54.
9. McGrath PA. An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. *Pain*. 1987;31(2):147-76.
10. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006;15(4):420-7.
11. Santos GE. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>. Acesso em: 2/03/2015.
12. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 5ª ed. Junho; 2014.
13. Pavani Jr O, Sucucuglia R. Mapeamento e Gestão por Processos – BPM. Gestão orientada a entrega por meio de objetos. São Paulo: M. Books do Brasil; 2011.
14. Jarrett A, Church T, Fancher-Gonzales K, Shackelford J, Lofton A. Nurses' knowledge and attitudes about pain in hospitalized patients. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(2):81-7.
15. Leão ER, Silva CP, Alvarenga DC, Frota SH. Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão. Yendis; 2008.
16. Ferreira DP. Indicadores de Saúde: Construção e uso. In: Cianciarullo TI, Corneta VK. Saúde, desenvolvimento: um desafio para os gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone; 2000. 259-70p.
17. Bressan FR, Alves Neto O, Nóbrega MS, Tribbis Júnior N. Estratégia para a implementação de um serviço de tratamento da dor no hospital das clínicas da universidade federal de Goiás. *Rev Dor*. 2010;11(1):45-9.