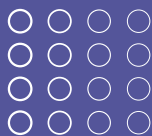




hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA



Protocolo de dor







Protocolo de dor

Sumário

1. Objetivo	04
2. Definições/Nomenclatura	05
3. Protocolo	07
3.1. Avaliação da Dor	07
3.2. Tratamento Farmacológico da Dor	12
3.2.1. Analgésicos não opiáceos e AINES	13
3.2.2. Analgésicos opiáceos	15
3.2.2.1. Efeitos colaterais do opióides, profilaxia e tratamento	17
3.2.2.2. Avaliação da sedação dos pacientes em uso de opiáceos	18
3.2.3. Drogas Adjuvantes	18
3.2.4. Sugestão de Analgesia para Prescrição pelo Corpo Clínico do Hcor	20
3.2.5. Avaliação clínica da resposta terapêutica	21
3.3. Situações Especiais	23
3.3.1. Dor neuropática	23
3.3.2. Dor oncológica	26
3.3.3. Manejo da dor pós-operatória	27
3.4. Manejo da Equipe Multiprofissional	31
3.4.1. Fisioterapia	31
3.4.2. Psicologia	32
3.4.3. Nutrição	32
3.4.4. Enfermagem	34
4. Legislação e Normas	36
5. Referências Bibliográficas	36



1. Objetivo

Orientar o profissional na avaliação da dor do paciente adulto internado, tornando-a no mínimo suportável, facilitando a recuperação do paciente e diminuir a ocorrência de lembranças desagradáveis, especialmente dos pacientes submetidos a operações com maior potencial doloroso.

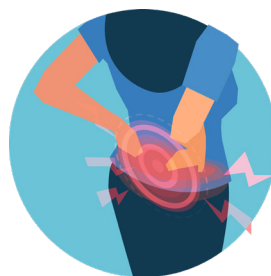


Protocolo de dor

2. Definições / Nomenclatura

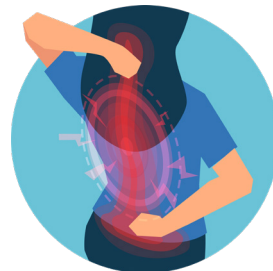
AINE: Anti-Inflamatório Não-Esteroide
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FC: Frequência Cardíaca
FR: Frequência Respiratória
IOT: intubação orotraqueal
IV: Intra-venoso
LCR: Líquido Cefalorraquidiano
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Pressão Arterial
PCA: Patient Control Analgesia
QT: Quimioterapia
RNI: Razão Normalizada Internacional
RT: Radioterapia
SaO₂: Saturação de Oxigênio
SNC: Sistema Nervoso Central
SNP: Sistema Nervoso Parassimpático
UTI: Unidade de Terapia Intensiva
TQT: Traqueostomia
VO: Via Oral

DOR AGUDA: É o resultado da estimulação nociceptiva (inflamação) ou de lesões diretas (lesões mecânicas). Funciona como alerta. Na maioria das vezes é causada por ferimento ou estado patológico agudo, dura somente enquanto persistir a lesão do tecido. Tem duração menor que 3 meses e atua em defesa do organismo.





DOR CRÔNICA: não tem a função biológica de alerta. O termo crônico refere-se à dor que se mantém além do tempo normal de cura. A dor crônica é patológica, causada por lesão do tecido nervoso. Geralmente, a dor é considerada crônica quando dura ou recorre por mais de 3 a 6 meses.



DOR INCIDENTAL: (Breakthout pain): são picos de dor ultrapassando o ponto de alívio em pacientes com dor crônica que já estejam com sua dor controlada, tendo seu aparecimento, isto é, escape de dor, de forma súbita com duração geralmente curta. Relacionada com atividades específicas como tossir, levantar ou caminhar.

DOR TOTAL: Cicely Saunders aplica à dor uma visão multidimensional, o conceito de Dor Total, onde o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais.





Protocolo de dor

3. Protocolo

Dor é uma experiência psíquica e/ou sensorial desagradável, associada ou não com lesão tecidual real ou potencial ou descrita nesses termos (IASP – Internacional Association of Study of Pain).

Há um consenso mundial de que a dor deva ser o quinto sinal vital, juntamente com a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura.

A analgesia deve ter como objetivo eliminar a dor, e a informação do paciente sobre a dor é um ponto fundamental de sucesso para a analgesia. Para o tratamento da dor bem como o monitoramento deverá ser considerado as crenças e valores do paciente e seus familiares, grau de alfabetização, nível educacional, linguagem, barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas e a vontade do paciente em receber informações, respeitando-os e encorajando-os diante dos cuidados prestados.

O tratamento da dor aguda está inserido no Planejamento Multiprofissional de Educação ao Paciente, Familiar e ou Cuidador, onde participarão da avaliação e verificação da eficácia da analgesia proposta. Nos casos de dor crônica os protocolos institucionais existentes serão utilizados ou adaptados se necessário com a ajuda de médico especialista.

3.1. Avaliação da Dor

A queixa dolorosa do paciente será considerada desde a admissão hospitalar, com avaliação da intensidade da mesma, e reavaliada por um corpo clínico envolvido com a prevenção e o tratamento dos sintomas, acompanhada pela equipe de enfermagem nos seus diversos turnos (manhã, tarde e noite).



Quando houver a manifestação de dor, a equipe de enfermagem deve identificar o início, localização, intensidade, irradiação, duração e aspecto (figura 1) e contatar o médico/equipe responsável pelo paciente, sugerindo iniciar o tratamento conforme o texto anexo, ou iniciar a terapêutica já escolhida pela equipe, na prescrição médica.

OBS: Poderá ser utilizada a sigla mnemônica ILIADI (início, localização, irradiação, aspecto, duração e intensidade).



Figura 1. Aspectos a serem avaliados na dor

Escalas de avaliação da dor são usadas como instrumento para julgar a necessidade ou não de alterar a analgesia escolhida. A seleção da escala que deverá ser utilizada para mensuração do escore de dor deve ser feita pelo enfermeiro. Para adultos alfabetizados sem limitações cognitivas se a escala for Verbal Numérica (EVN) não haverá necessidade de prescrição pelo enfermeiro.

Protocolo de dor

A seguir temos as **escalas padronizadas na Instituição**.

Escala Numérica-Verbal

É utilizada em crianças acima de **6 anos** e adultos alfabetizados sem limitações cognitivas onde deverá ser questionado a nota para sua dor de 0 a 10, sendo que 0 é nenhuma dor e 10 a maior dor que já sentiu (figura 2).

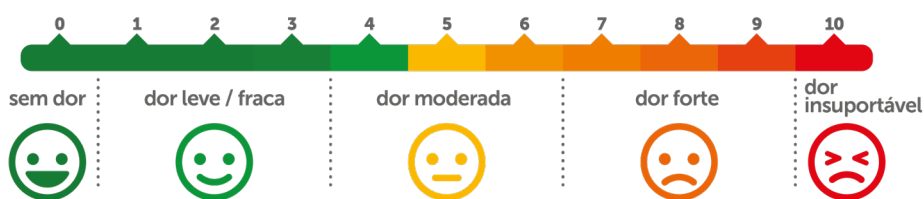


Figura 2. Escala Verbal Numérica

Escala de Faces

A escala de faces de dor para adultos e crianças acima de **2 anos** apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com seu nível atual de dor. Observação: poderá ser utilizada para pacientes analfabeto-especiais com déficit cognitivo ou de comunicação leves que consigam compreender e apontar seu escore de dor.

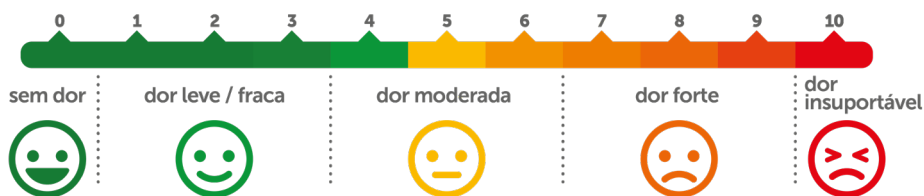


Figura 3. Escala de Faces (utilizada pelo Grupo de Estudos da Dor Hcor).



Escala BPS (*Behavioural Pain Scale*) ou Escala Comportamental

Escala comportamental ou BPS (*Behavioural Pain Scale*) avalia a dor em pacientes adultos críticos, sedados, inconscientes ou com dificuldade de comunicação sob **VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**;

Essa escala deve ser usada em conjunto com a avaliação de sedação para diferenciar estímulo doloroso de sedação superficial.

ITEM	DESCRIÇÃO	ESCORE	COMO IDENTIFICAR
Expressão Facial	Relaxada	1	Neutro - sem tensão muscular
	Parcialmente Tensa	2	Abaixa a sobrancelha
	Totalmente Tensa	3	Fecha os olhos / pálpebras contraídas
	Faz careta	4	Todos os movimentos parciais prévios e pálpebras fortemente contraídas. O paciente pode estar com a boca aberta ou mordendo o tubo endotraqueal
Membros Superiores	Sem movimento	1	
	Com flexão parcial	2	
	Com flexão total e flexão dos dedos	3	
	Com retratação permanente: totalmente contraído	4	
Adaptação à Ventilação Mecânica	Tolera movimentos	1	Alarmes não ativados, ventilação fácil
	Tosse com movimentos	2	Tossindo os alarmes podem ser ativados, mas param espontaneamente
	Briga com o ventilador	3	Assincronia com ventilador, interrupção da ventilação, alarmes frequentemente ativados
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4	Combativo, agitação externa. Tentativa de retiradas do tubo
TOTAL			

Figura 4. Escala BPS

Protocolo de dor

Classificação

3 - Sem dor

4-6 - Dor fraca

7-8 - Dor moderada

9-11 - Dor forte

12 - Dor insuportável

Escala de PAINAD

Em grupos específicos de adultos com alteração cognitiva, períodos de confusão, demenciados, poderá ser utilizada a escala de PAINAD (Tabela 1), conforme avaliação e prescrição do enfermeiro ou médico do paciente.

ITEM	0	1	2
RESPIRAÇÃO	Normal	Respiração trabalhosa; Curto período de hiperventilação	Respiração ruidosa Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes
VOCALIZAÇÃO NEGATIVA	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixo, tom com qualidade negativa	Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro
EXPRESSÃO FACIAL	Sorrindo ou inexpressivo	Triste Assustado Sobancelhas franzidas	Careta
CORPORAL	Relaxada	Tensa Andar angustiado / aflito de um lado para o outro Inquietação	Rígido Punhos cerrados Joelhos recolhidos, movimentos de afastamento ou empurrão, golpes
CONSOLO	Sem necessidade de consolo	Distraído, ou tranquiliza-se pela voz ou toque	Incapaz de consolar, entreter ou tranquilizar

Tabela 1. Escala de PAINAD

Classificação

0 pontos - Sem dor

1 a 3 pontos - Dor fraca

4 a 6 pontos - Dor moderada

7 a 10 pontos - Dor forte



Escala de Aldrete Kroulik

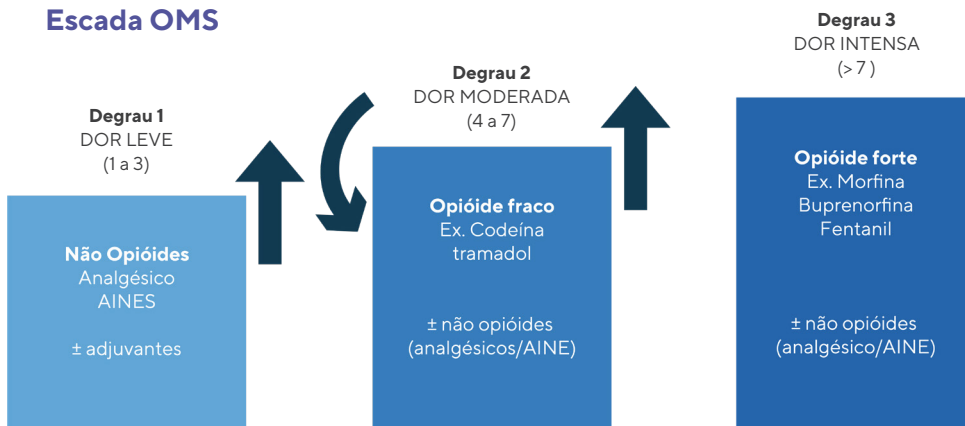
Na sala de recuperação pós-anestésica a dor leve é critério de alta para a unidade de internação. A escala de avaliação de dor é baseada nos critérios de avaliação da Escala de Aldrete Kroulik e está contemplada no impresso monitorização pós anestésica/sedação, no campo Índice para avaliação dos pacientes no período anestésico – imediato.

3.2. Tratamento Farmacológico da Dor

A escolha do analgésico baseia-se na intensidade da dor, sua natureza e risco. É importante se avaliar as contraindicações de cada fármaco antes de cada prescrição.

A O.M.S recomenda a escada analgésica (figura 5) para orientação em relação à terapia com opióides, sendo a dor leve (EV entre 1 e 3) tratada com Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs), Dipirona, Acetaminofen e adjuvantes. Na dor moderada (EV entre 4 e 7), associa-se o 1º degrau aos opióides fracos, como Codeína e Tramadol e na dor intensa aos opióides fortes (EV maior do que 7), como Morfina, Fentanil, Metadona e Oxicodona.

Escada OMS



Protocolo de dor

Considerar Terapias Adjuvantes
RT, QT, Terapia Hormonal, Cirurgia, Bloqueio Anestésico

Apoio psicossocial, espiritual e tratamento dos outros sintomas

Figura 5. Escada analgésica da OMS: Adaptado – Pereira JL, Gestão da dor Oncológica. In: Barbosa, A, Neto I, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006. p. 61-113.

A tabela 3 apresenta recomendações para o tratamento da dor de acordo com o tipo de dor

Tabela 3. Sugestão de tratamento de acordo com o tipo de dor

TIPOS DE DOR	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS	TRATAMENTO
NOCICEPTIVA	Somática	Constante, intermitente, em moinha ou moedeira; bem localizada	Osteoartrose grave, Fraturas/metástase ósseas, infiltração de tecidos moles	AINE + opióide
	Visceral	Constante que aperta, precariamente localizada; pode ser referida	Metástase intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro do pâncreas	AINE + opióide
		Cólicas	Obstrução intestinal, cólica renal	Opióide + anti-colinérgico ou AINE
NEUROPÁTICA	Disestésica/Desaferenciação	Ardor constante, hiperalgia ou alodínias (dor ao estímulo não-doloroso), ocasionalmente radiante	Radiculopatia por compressão discal, neuropatia diabética, nevralgia pós herpética, nevralgia pós QT ou RT	Opióide + antidepressivo tricíclico e/ou anticonvulsivante
	Lancinante	Dor lancinante episódica, paroxismos tipo choque	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigêmeo	Opióide + antidepressivo tricíclico e/ou anticonvulsivante

3.2.1 Analgésicos não opiáceos e AINES

A tabela 4 apresenta analgésicos não-opiáceos e AINES com referência à dose de ataque e manutenção bem como dose máxima diária.



Tabela 4. Analgésicos não-opiáceos disponíveis e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): Dosagem usual para adultos com dor ou inflamação

MEDICAÇÃO	DOSE DE ATAQUE INICIAL	DOSE USUAL ANALGÉSICA (ORAL)	DOSE PARENTERAL	DOSE MÁXIMA POR DIA (MG)
ACETAMINOFEM (PARACETAMOL)	Não necessário	325 a 750 mg a cada 4 horas ou a cada 6 horas		3000 mg
DIPIRONA	Não necessário	20 a 30mg/kg a cada 6 horas	20 a 30 mg/kg a cada 6 horas	4000mg- VO 5000mg- EV
AINEs				
ASPIRINA	2500mg	325 a 650mg a cada 4 horas ou a cada 6 horas		4000mg
NAPROXENO SÓDICO	550mg	275 a 550mg a cada 12 horas		1325mg no uso agudo e 1100mg no uso crônico
IBUPROFENO	1600mg	400mg a cada 4 horas ou a cada 6 horas		3200mg (agudo) 2400mg (crônico)
CETOPROFENO	100mg	50mg a cada 6 horas	100 mg a cada 8 horas	300mg
CETOROLACO		10mg a cada 6 horas ou a cada 8 horas	30mg a cada 6 horas ou a cada 8 horas	Pacientes Jovens: 90mg/dia Pacientes Idosos: 60mg/dia Via parenteral: a duração do tratamento não deve ser superior a dois dias
DICLOFENACO	100mg	50mg a cada 8 horas		150mg
MELOXICAM	7,5mg	7,5mg a 15mg uma vez ao dia		15mg
PIROXICAM		20mg uma vez ao dia		20mg
TENOXICAM		20mg a cada 12 horas ou 40mg uma vez ao dia	20mg a cada 12 horas ou 40mg uma vez ao dia	
CELEBRA/ CELECOXIBE	100mg a 200mg	100 a 200mg 12/12h		800mg/ dia

ATENÇÃO: Analgesia de resgate deve ser prescrita conforme intensidade da dor (Leve, moderada, forte, insuportável)



3.2.2 Analgésicos opiáceos

A tabela 5 apresenta analgésicos opiáceos e dosagem recomendados por este protocolo. As tabelas de conversão de opióides (Dose de 24h em mg) e equianalgesia encontram-se nos anexos.

Tabela 5. Analgésicos opiáceos disponíveis: Dosagem usual para adultos com dor.

OPIÓIDE	VIA ORAL	INTERVALO	VIA PARENTERAL	INTERVALO	DOSE ÚNICA	INFUSÃO	TRANSDERMICO
PARACETAMOL+ FOSFATO DE CODEINA	30 mg	4/4 h	--	--	--	--	--
TRAMADOL	50-100 mg	6/6 h	50-100 mg	6/6 h	--	--	--
MORFINA	30 mg	4/4 h	10 mg	4/4 h	1 a 5 mg	0,3 a 0,9 mg/h	--
MORFINA LC	30 mg	1x/dia	Via Oral	--	--	--	--
METADONA	5 a 10 mg	8/8 ou 12/12 h	5 mg	8/8 ou 12/12 h	1 a 5 mg	0,3 a 0,5 mg/h	--
OXICODONA	10 a 50mg	12/12 h	nd	--	--	--	--
FENTANIL	--	--	1 a 4 mcg/kg/h	--	50 a 100 mcg	0,5 a 5,0 mcg/kg/h	Iniciar Dose: 25 mcg/h (baseado no nível anterior de opióides)
SUFENTANIL	--	--	0,25 a 30 mcg/kg	--	20 a 50mcg	0,1 a 2,5 mcg/kg/h	--
BUPRENORFINA TRANSDERMICO	--	--	--	--	--	--	Iniciar Dose: 5 mcg/h 7/7 dias

Nota: nd = não disponível

A utilização de opióides como a morfina, na dose de 1 a 5 mg, ou do Fentanil, na dose de 50 a 100 mcg, no espaço peridural, associados aos anestésicos locais, aprimoram a qualidade da anestesia, além de promoverem prolongada analgesia pós-operatória.

Pequenas doses de morfina no espaço subaracnóideo, também aliviam de forma significativa a intensa dor que ocorre em cirurgias de grande porte.



3.2.2.1 Efeitos colaterais do opióides, profilaxia e tratamento

O uso de opióides pode ocasionar alguns efeitos colaterais:

Constipação:

Profilaxia - Hidratação, aumento da ingestão de fibras, exercícios, se apropriado, medicamentos profiláticos.

Tratamento - Avaliar a causa e a severidade, ajustar a dose e o tipo de laxantes, considerar a utilização de co-analgésicos para reduzir a dose do opióide.

Náuseas:

Profilaxia - Checar a disponibilidade de antieméticos na prescrição médica.

Tratamento - Descartar outras causas de náusea (constipação, patologias do SNC, quimioterapia, hipercalcemia) Bromoprida ou antagonista da serotonina, trocar o opióide, considerar a utilização de co-analgésicos para reduzir a dose do opióide e se náusea persistente considerar o uso da via intratecal ou epidural para administração do opióide.

Sedação:

Profilaxia - Iniciar com doses sugeridas e reduzidas para idosos. Faça incremento de dose de 25 a 50%.

Tratamento - Checar outras causas de sedação (patologia do SNC, associação de medicamentos, hipercalcemia ou sepsis), acertar a dose do opióide, considerar a troca de opióide e uso de co-analgésico, usar via intratecal ou epidural. Naloxona 0,02 – 0,04 mg IV a cada 2 a 3 minutos. Em infusão venosa 5mcg/kg/h.



Protocolo de dor

Prurido:

Profilaxia – Iniciar com doses baixas e aos poucos acertando as doses de opioides. É o efeito colateral mais comum, ocorre em aproximadamente 60% quando da administração peridural ou intratecal por migração cefálica no LCR e interação nos receptores opióides do núcleo trigeminal, podendo ou não ser dose-dependente. Embora de causa incerta, parece não estar relacionado com a liberação periférica de histamina, mas com a ativação central de um itch center (centro do prurido) na medula ou de receptores no núcleo trigeminal ou raízes nervosas devido à migração cefálica do opióide.

Tratamento – O tratamento pode ser feito com naloxona, um antagonista efetivo, nalbufina.

Retenção urinária:

De incidência muito variável, pode estar por volta de 70 a 80%, exata incidência do ponto de vista clínico pode ser dificultada devido aos pacientes submetidos a grandes procedimentos serem sondados de rotina, é mais observada em homens jovens, sendo mais comum em neuraxial que a administração endovenosa ou intramuscular. Sua ocorrência não é dose-dependente ou relacionada à absorção sistêmica. O mecanismo envolve receptores opióides na medula espinhal sacral, com inibição do SNP (parassimpático) e relaxamento do músculo detrusor, consequentemente aumentando a capacidade da bexiga. A retenção urinária associada à morfina tem início em 15 min e pode durar até 16 h, sendo reversível com naloxona. Deve-se ressaltar o risco de reversão do efeito analgésico do opióide.

Ações no SNC:

É raro observarmos rigidez muscular por opióide neuraxial, porém podem ser vistas mioclonias mais frequentemente. Doses clínicas, mesmo que altas, não levam à convulsão. A excitação do SNC ocorre pela migração do opióide via LCR para receptores não-opioides em tronco cerebral/gânglio da base, com inibição da glicina ou GABA



3.2.2.2 Avaliação da sedação dos pacientes em uso de opiáceos

Avaliação do grau de sedação do paciente e orientação do risco de depressão respiratória deverá ser feito pela escala de RASS:

Escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*):

ESCORE	TERMOS	DESCRIÇÃO
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirados (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por > 10 seg
-2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10 seg
-3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

3.2.3 Drogas Adjuvantes

Sendo a dor um fenômeno multifatorial, nenhum método isoladamente consegue atingir um controle total. Na busca de um estado ideal de analgesia, podem ser associadas várias técnicas visando uma complementação do estado analgésico e diminuição dos efeitos colaterais. Entre estas medidas temos fisioterapia, saída precoce do leito, deambulação, mínima permanência



Protocolo de dor

da sonda gástrica, início da alimentação em curto tempo, etc.

As drogas adjuvantes são utilizadas para aumentar o efeito analgésico dos opióides, tratar outros sintomas que exacerbam a dor, tratar tipos específicos de dor, diminuir ou abolir os efeitos colaterais dos Analgésicos utilizados. Podem ser prescritos em todos os degraus da escada analgésica da OMS.

São eles:

- a)** Antidepressivos Tricíclicos: iniciar com Amitriptilina 25mg ou Imipramina 10mg.
- b)** Anticonvulsionantes: Carbamazepina 100mg a 200mg – 3x/dia ou Gabapentina: 300mg via oral 3x/dia
- c)** Antieméticos: Ondansetron 8 mg IV até 8/8h
- d)** Neurolépticos: Haloperidol (Haldol 5mg IM); levomeprazina 4%: gotas via oral
- e)** Laxantes: Muvinalax, Tamarine, Gotalax gotas, Lactulona
- f)** Corticosteróides: Dexametasona 4 mg a 10 mg EV. Obs: retirada gradativa
- g)** Ansiolíticos: Diazepam – 5mg a 10mg via oral
- h)** Alfa-agonistas: clonidina 200 a 400mcg/dia VO



3.2.4 Sugestão de Analgesia para Prescrição pelo Corpo Clínico do Hcor

Atenção: Antes da prescrição, verificar se não há alergias ou intolerância/contraindicação das drogas abaixo.



DOR = Escala numérica verbal score até 3:

Primeira opção: Dipirona 30mg/kg EV 6/6h

Segunda opção: Cetoloraco 30 mg IV 8/8h

Resgate – dor não controlada: Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100ml IV até 6/6h

DOR = Escala numérica verbal score de 4 a 7:

Seguir sugestão acima e acrescentar:

Oxicodona (Oxycontin) 10 mg VO 12/12h

Se dor não controlada, associar Morfina 10mg + AD 10 ml se dor - solução decimal 2ml IV até dor em score 3

Associar Ondansetron 8 mg IV até 8/8h para evitar náuseas e vômitos.

DOR = Escala numérica verbal score acima de 7:

Seguir sugestão acima, aumentar dose de Oxicodona e manter morfina.

Oxicodona (Oxycontin) 20 mg VO 12/12h

Morfina 10mg + AD 10 ml se dor - solução decimal 2ml IV até dor em score 3

Fenergan ½ ampola IM 12/12h, se prurido

Protocolo de dor

3.2.5 Avaliação clínica da resposta terapêutica

Considera-se dor bem controlada aquelas situações em que o paciente refere dor de zero a 3 nas escalas padrões da Hcor para avaliação da dor ou o paciente referir escore de “dor aceitável” ou nível de conforto de dor” – que é o máximo de dor que o paciente tolera sem impacto nas atividades básicas (alimentação, sono, higiene). O escore de dor aceitável deve ser perguntado na primeira queixa de dor do dia e registrado em prontuário. Ele pode variar de 1 a 10 conforme informação referida pelo paciente.

Fluxograma Gerenciamento da Dor

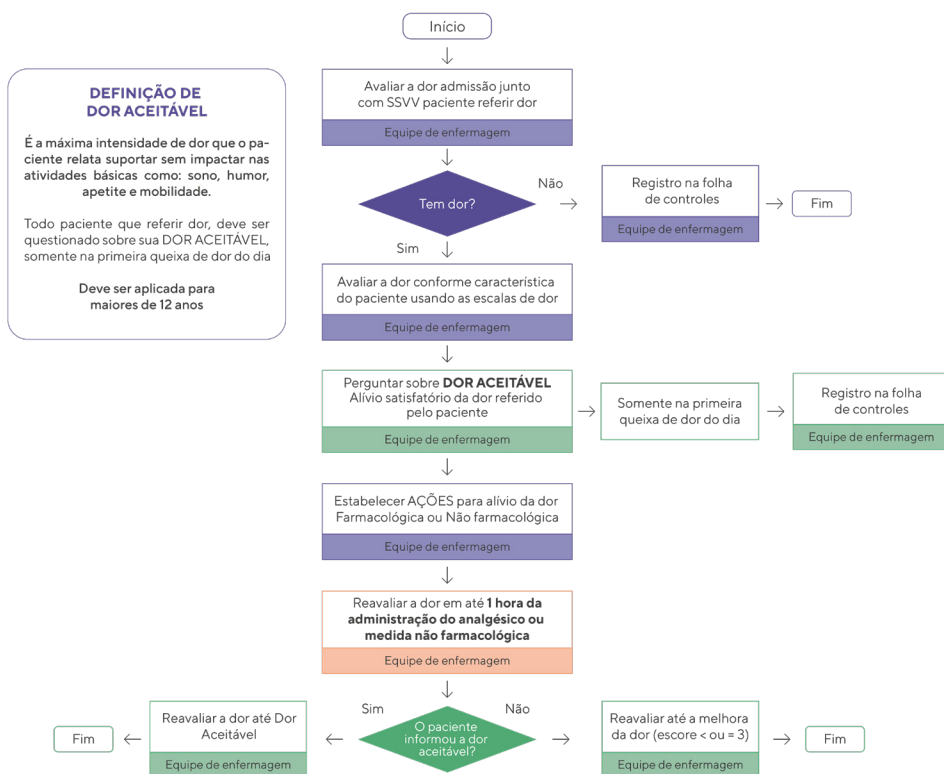
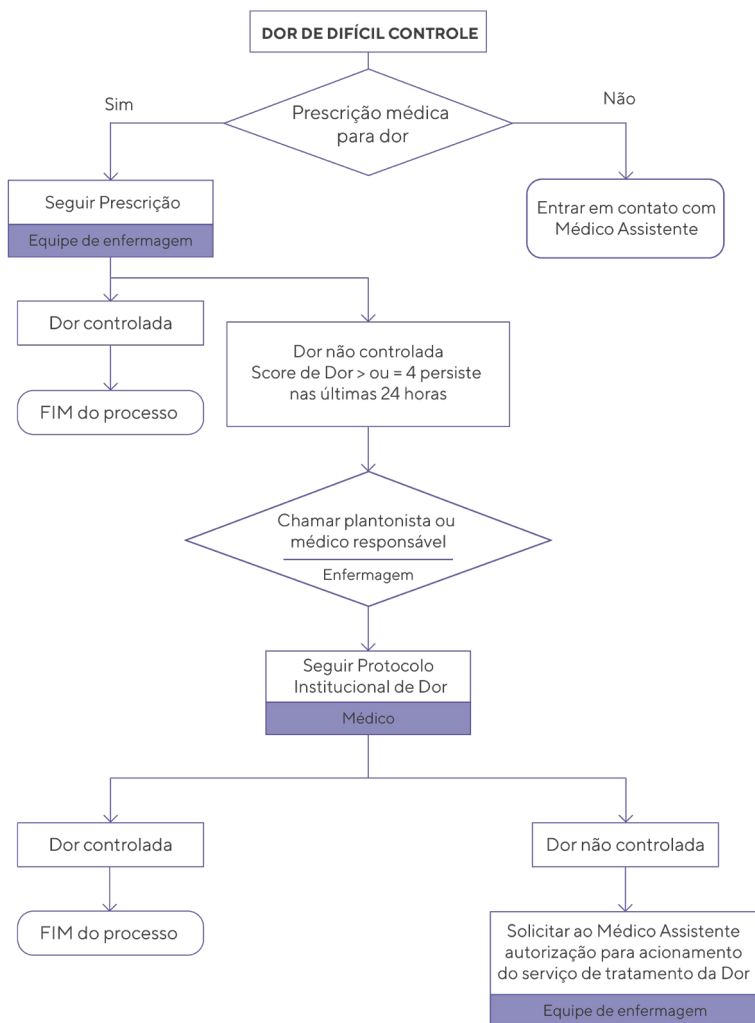




Figura 6. Organograma para tratamento da dor aguda e pós-operatória de difícil controle



Nota: Para avaliação e conduta na Dor Torácica, vide política institucional PROTO025 – V.1.



Protocolo de dor

3.3 Situações Especiais

3.3.1 Dor neuropática

O manejo inicial do paciente com dor neuropática envolve o estabelecimento de um diagnóstico, sempre que possível, e a busca de tratamento voltado para o diagnóstico específico. Quando o manejo farmacológico da dor neuropática crônica é necessário, a escolha do medicamento inicial será guiada por fatores individuais do paciente, incluindo a fisiopatologia da síndrome dolorosa, outros sintomas e comorbidades, outros tratamentos, farmacocinética / farmacodinâmica e probabilidade de efeitos adversos.

Para a maioria dos pacientes, o tratamento inicial da dor neuropática envolve antidepressivos (antidepressivos tricíclicos ou inibidores duplos de recaptação de serotonina e norepinefrina) ou ligantes alfa 2-delta do canal de cálcio (gabapentina e pregabalina), com terapia tópica quando a dor é localizada. Os opioides devem ser considerados uma opção de segunda linha. Eles podem ser considerados mais precocemente no tratamento de pacientes selecionados, como aqueles com dor intratável grave, exacerbações episódicas de dor intensa ou dor neuropática do câncer.

A terapia combinada é frequentemente necessária, porque menos da metade dos pacientes com dor neuropática responderão a um único agente. No entanto, as evidências são escassas quanto à eficácia e segurança do tratamento combinado.

Recomendações:

1. Oferecer como primeira linha amitriptilina, duloxetina, gabapentina ou pregabalina como tratamento inicial para dor neuropática (exceto neuralgia trigeminal). Se o tratamento inicial não for eficaz ou não for tolerado, ofereça um dos restantes 3 fármacos, e considerar a mudança de novo se o segundo e os terceiros fármacos experimentados também não forem eficazes ou não são tolerados.



2. Considere o tramadol apenas se for necessária uma terapia de resgate aguda
3. Considere creme de capsaicina ou lidocaína tópica para pessoas com neuropatia localizada que desejam evitar, ou que não podem tolerar, tratamentos orais.
4. Oferecer carbamazepina como tratamento inicial para a neuralgia do trigêmeo. Se o tratamento inicial com carbamazepina não for eficaz, não tolerado ou contraindicado, considere procurar o encaminhamento precoce para o grupo de dor Hcor.
5. Em casos de ineficácia analgésica considerar injeção de toxina botulínica.

Abaixo, segue tabela de recomendação de acordo com a classificação do GRADE para o tratamento da dor neuropática:

GRADE CLASSIFICAÇÃO	MEDICAÇÕES	DOSAGENS POR DIA E REGIME DE DOSE	RECOMENDAÇÕES
Forte a favor	Gabapentina	1200-3600 mg 3x/dia	Primeira-Linha
	Pregabalina	300-600 mg 2x/dia	Primeira-Linha
	Duloxetina/venlafaxina	60-12 mg 1x/dia (duloxetina); 150-225mg 1x/dia (venlafaxina ER)	Primeira-Linha
	Antidepressivos tricíclicos	25-150 mg 1x/dia ou 2 x/dia	Primeira-Linha
Fraco a favor	Emplasto medicamentoso Lidocaína 5%*	1-3 patches na área dolorosa por até 12 horas	Segunda-Linha (DNP)
	Tramadol	200-400 mg 2x/dia (tramadol ER) ou 3x/dia	Segunda-Linha
	BTX-A (sc)	50-200 unidades na área dolorosa por 3 meses	Terceira-Linha Uso pelo especialista (DNP)
	Opióide Forte	Titulação individual	Terceira-Linha
Inconclusivo	Terapia combinada		
	Creme Capsaicina*		
	Carbamazepina		
	Lacosamina		
	Lamotrigina		
	Antagonista de Oxcarbamazepina		
	Topiramato		
Fraco contra	Valproato		
Forte contra	Levetiracetam		



Protocolo de dor

DNP= dor neuropática periférica. BTX-A = toxina botulínica tipo A. Fonte: Lancet Neurol. 2015 February; 14(2): 162-173.

*Medicamentos não padronizados pela Farmácia Hcor – vide POP 0337 para solicitação.

1- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, clomipramina) não são recomendadas em dosagens > 75 mg/dia em adultos idosos, devido aos seus principais efeitos colaterais anticolinérgicos e sedativos e risco potencial de quedas. Um risco aumentado de morte súbita cardíaca foi relatado para doses > 100 mg por dia.

2- A segurança a longo prazo de aplicações repetidas de adesivos de alta concentração de capsaicina em pacientes não foi claramente estabelecida, particularmente no que diz respeito à degeneração das fibras nervosas epidérmicas, o que pode ser uma preocupação na neuropatia progressiva.

Bloqueio da Transmissão Nervosa

A) Reversível

Anestesia Local:

- Corticoesteróides
- Opióide

Neuromodulação:

- Estimulação elétrica
- Bomba de Infusão: medicações por via intratecal

B) Irreversível

Cirurgia Ablativa (Neurólise):

•Física: radiofrequência, compressão (Fogarty), DREZ, cordotomia/ mielotomia

- Química: glicerol, álcool, fenol

Cirurgia Descompressão

- Infiltração Tumoral
- Instabilidade (coluna): fixação, vertebroplastia
- Neuralgia Trigeminal
- Neuropatias compressivas
- Canal Estreito Lombar / compressão medular

Como alternativa ao tratamento ainda podemos acrescentar:



Adjuvantes:

- TENS
- Acupuntura
- Hipnose
- Termoterapia
- Massoterapia
- Psicoterapia breve comportamental

3.3.2 Dor oncológica

A dor de origem oncológica pode ser amplamente dividida em aguda ou crônica. As síndromes de dor aguda geralmente acompanham intervenções diagnósticas ou terapêuticas, enquanto as síndromes de dor crônica geralmente estão diretamente relacionadas à própria neoplasia ou a uma terapia antineoplásica.

As síndromes de dor aguda que estão diretamente relacionadas ao tumor podem necessitar de tratamento urgente da lesão subjacente, além do controle agressivo da dor e envolvem:

- Hemorragia intratumoral – ruptura de carcinoma hepatocelular: necessita de intervenção urgente para controle de sangramento, transfusão e controle da dor.

- Fratura patológica: ocorre em uma lesão pré-existente como metástase esquelética ou de tumor ósseo primário. Paciente refere dor aguda nas costas ou membros com ou sem trauma pré-existente. A estabilização cirúrgica das fraturas de ossos longos, se possível e consistente com os objetivos gerais do tratamento, pode aliviar a dor e deve ser considerada. O colapso vertebral pode ser tratado conservadoramente com analgésicos ou com intervenção; a cirurgia é tipicamente considerada apenas raramente e tipicamente para tratar o comprometimento neurológico associado. A radioterapia é geralmente considerada para todas as fraturas patológicas e, muitas



Protocolo de dor

vezes, aumenta o controle da dor.

- Obstrução / perfuração de uma cavidade - Obstrução de um ducto biliar, ureter ou luz intestinal por um câncer intra-abdominal ou pélvico ou fibrose retroperitoneal também pode se apresentar como dor aguda. O alívio pode ser obtido com urgência por meio de descompressão percutânea, implante de stent ou, ocasionalmente, cirurgia.

A dor aguda pode estar associada a todos os tipos de terapia antineoplásica, incluindo quimioterapia, terapia hormonal, imunoterapia e radioterapia (RT). As figuras 7 e 8 apresentam o manejo na dor oncológica.

3.3.3 Manejo da dor pós-operatória

Para o tratamento da dor no pós-operatório, recomenda-se o uso variado de analgésicos e técnicas com diferentes mecanismos de ação no sistema nervoso central e periférico e combinação com intervenções não-farmacológicas, o que pode oferecer efeitos aditivos ou sinérgicos e mais efetivos no alívio da dor comparado com intervenções isoladas.

Como parte da abordagem multimodal para o tratamento da dor no pós-operatório, pode-se utilizar técnicas analgésicas baseadas em anestesia local (periférico e neuroaxial) combinados com opioides sistêmicos e outras analgesias. Devido à disponibilidade de analgésicos não-opioides eficazes e terapias não-farmacológicas para o manejo da dor no pós-operatório, a tabela abaixo sugere que os médicos incorporem analgésicos não-opioides de uso contínuo e terapias não-farmacológicas na rotina de analgesia multimodal.

Opioides sistêmicos podem não ser necessários em todos os pacientes e deve ser evitado quando não necessário, porque evidências limitadas sugerem que a terapia com opióides no pós-operatório se associa com o aumento da probabilidade do uso a longo prazo deste tipo de medicamento, com seus riscos inerentes.



TIPOS DE CIRURGIA	FARMACOLOGICO/TERAPIA SISTÊMICA	LOCAL, INTRA-ARTICULAR OU TÉCNICAS TÓPICAS	TÉCNICAS ANESTÉSICAS POR REGIÕES	TÉCNICAS ANESTÉSICAS NEUROAXIAL	TERAPIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS
Toracotomia	Opióides AINES e/ou Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV		Bloqueio Parevertebral	Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Laparotomia Aberta	Opióides AINES e/ou Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV / Lidocaína IV	Anestesia local na incisão / Infusão IV Lidocaína	Bloqueio do plano transverso abdominal	Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Artroplastia total de quadril	Opióides AINES e/ou Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV	Anestesia Intra-articular local e/ou opióide	Técnica de anestesia regional local-específico com anestesia local	Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Artroplastia total de joelho	Opióides AINES e/ou Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV	Anestesia Intra-articular local e/ou opióide	Técnica de anestesia regional local-específico com anestesia local	Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Fúlio espinal	Opióides Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV	Anestesia local ou na incisão		Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Cesariana	Opióides AINES e/ou Acetaminógeno / Paracetamol	Anestesia local ou na incisão	Bloqueio do plano transverso abdominal	Epidural com anestesia local (com ou sem opióide) ou opióide intratecal	Modalidades cognitivas; TENS
Revascularização do Miocárdio	Opióides Acetaminógeno / Paracetamol / Gabapentina ou Pregabalina / Cetamina IV				Modalidades cognitivas; TENS

Protocolo de dor

Figura 7: Pacientes livres de opióide - Início de tratamento com opióides de ação curta

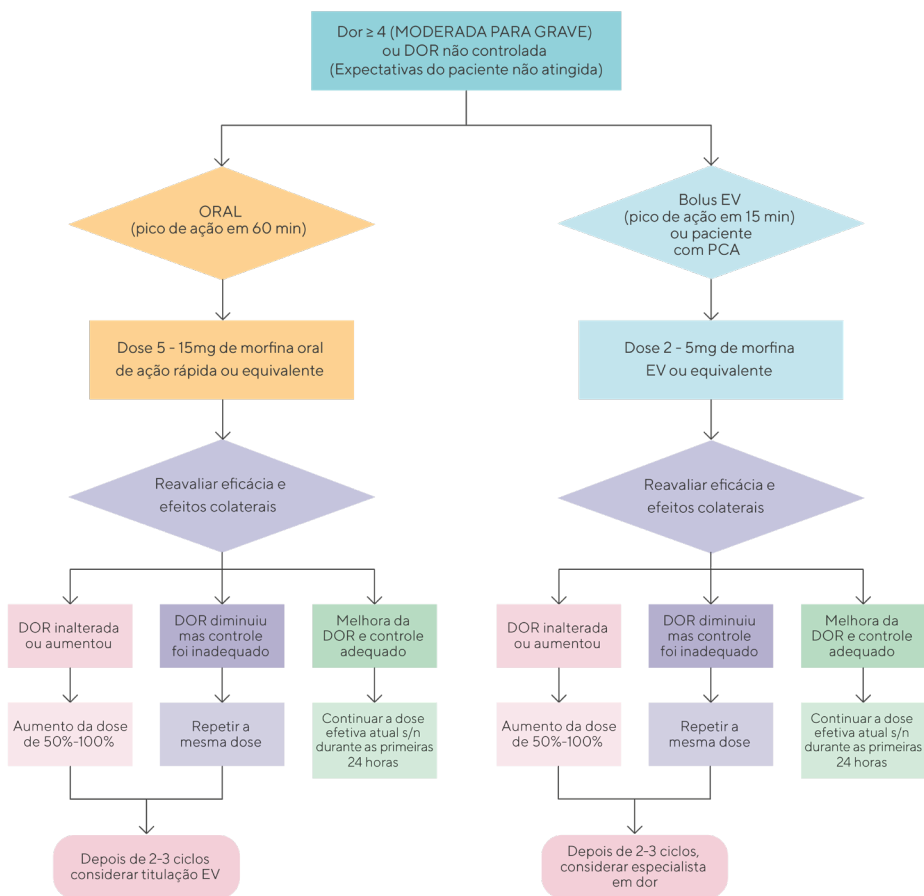
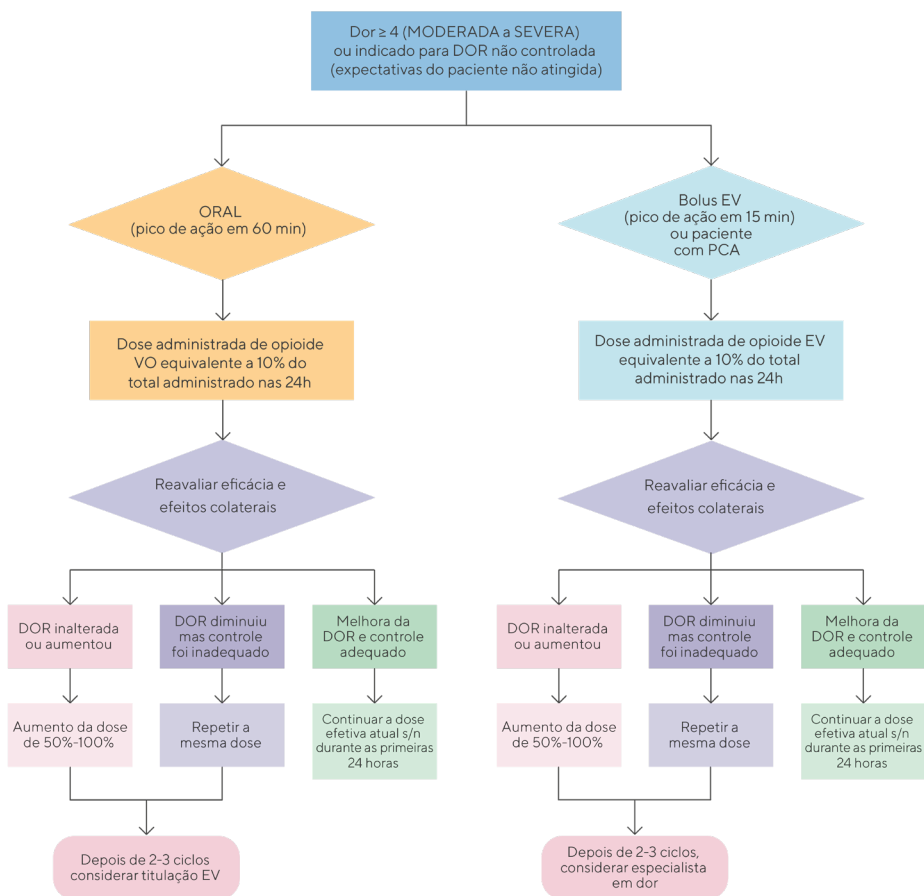




Figura 8: Pacientes tolerantes a opióide - Início de tratamento com opióides de ação curta



Protocolo de dor

3.4 Manejo da Equipe Multiprofissional

3.4.1 Fisioterapia:

Segue abaixo as terapias desenvolvidas pela equipe de fisioterapia para alívio da dor:





3.4.2 Psicologia:

Intervenções psicológicas podem se dar tanto no contexto de dor aguda quanto no de dor crônica, contribuindo diretamente no enfrentamento do processo de adoecimento e hospitalização e reduzindo o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos.

Alguns quadros frequentes durante a internação que podem se beneficiar do acompanhamento psicológico incluem:

- dor de difícil controle, uma vez que quadros emocionais podem estar interferindo/exacerbando a experiência de dor (por. ex. catastrofização da dor);
- dor psicogênica, em que a experiência dolorosa vivenciada pelo paciente não corresponde à alguma condição somática;
- dificuldades na receptividade e adesão ao tratamento algico, sensibilizando o paciente para sinalização e manejo da dor, seja com medidas farmacológicas ou não.

3.4.3 Nutrição:

As intervenções da Equipe da Nutrição têm como objetivos nutricionais do paciente com dor: manter ou adequar estado nutricional do paciente com dor, minimizar o desconforto deste paciente, no momento de se alimentar, adequar à consistência da dieta de acordo com a aceitação do paciente, acompanhar a aceitação alimentar de pacientes com dor crônica, garantir aporte calórico/proteico do paciente e auxiliar na prevenção e tratamento dos efeitos adversos dos fármacos utilizados.

A intervenção nutricional está pautada na aceitação alimentar, onde os pacientes cuja dor seja fator determinante para a baixa aceitação alimentar (aceitação igual ou menor que 50%) recebem opção do pocket de receita-



Protocolo de dor

as com suplementos alimentares. Essas preparações serão servidas geladas e em consistência de fácil mastigação e deglutição, tais como: pudim, flans, sorvetes, mousses, shakes, gelatinas, salada de frutas. As receitas são elaboradas utilizando-se os suplementos alimentares hipercalóricos e hiperproteicos, a fim de suprir às necessidades nutricionais do paciente. Em casos específicos, no qual o paciente não consiga atingir suas necessidades estimadas, através da terapia nutricional oral, será avaliada a necessidade de TNE.

Pacientes com dor crônica ou aguda, em geral, utilizam inúmeras medicações, os quais incluem, em sua grande maioria, os opióides, que ocasionam diversos efeitos colaterais, tais como: xerostomia, disgeusia, náuseas, e principalmente constipação intestinal. (Controle dos sintomas e intervenção nutricional 2010).

Constipação

A ação constipante dos opióides acontece devido a um bloqueio no peristaltismo do trato intestinal, inibição de secreção de fluidos, aumento da reabsorção intestinal de fluidos e dano ao reflexo de defecação.

Tratamento:

- Incluir dieta laxativa, quando nível de potássio estiver dentro da normalidade.
- Orientar paciente sobre o aumento do consumo de fibras.
- Orientar quanto à ingestão hídrica adequada, respeitando em casos de restrição hídrica.
- Quando necessário, incluir o uso de probióticos ou simbióticos.

Xerostomia

A xerostomia é um sintoma que ocorre pela diminuição na produção de saliva, resultando na sensação de boca seca.

Tratamento:

- Orientar quanto à ingestão hídrica adequada, respeitando em casos de restrição hídrica.



- Indicar utilização de sachês flavorizantes (Quench®), que auxiliam na diminuição da sensação de sede.

Disgeusia

É a distorção ou diminuição do senso do paladar, causada pela deficiência de zinco, que decorre da utilização de alguns medicamentos, como os opióides.

Tratamento:

- Recomendada a oferta de alimentos frios ou em temperatura ambiente.
- Realizar a adequação do fracionamento das refeições, em menores porções e mais vezes ao dia.
- Orientar o paciente quanto a redução do consumo de alimentos com sabor amargo, como, o café.

Náuseas

- Recomenda-se o fracionamento das refeições.
- Evitar refeições excessivamente condimentadas.
- Orientar pacientes a não consumir líquidos durante as principais refeições principais.

3.4.4 Enfermagem:

A dor pode, comumente, fazer parte da experiência do paciente. A dor sem alívio tem efeitos físicos e psicológicos ruins. A enfermagem tem processos estabelecidos para gerenciar adequadamente a dor, descritas em detalhes no POP1279

1. Identificação do paciente com dor;
2. Seleção e aplicação da escala de avaliação da dor (padronizadas na instituição);



Protocolo de dor

3. Estabelecer medidas/ ações para o controle da dor;
4. Reavaliação da dor;
5. Registro adequado;
6. Orientação do paciente e família sobre o gerenciamento da dor no Hcor;
7. Setores com critérios diferenciados de Avaliação da dor;
8. Pacientes em uso de PCA;
9. Fluxograma Gerenciamento da Dor.

A identificação do paciente com dor pode ser realizada por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento da dor sejam desencadeadas e que o paciente seja adequadamente assistido. O gerenciamento será realizado pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (escalas unidirecionais) conforme parecer COREN-SP 024/2013 CT.



4. Legislação e Normas

Roll ANS Janeiro de 2016 / DUT (ANS)

5. Referências Bibliográficas

1. McQuay H: **Drug treatment of chronic pain**. Em: C. F. Stannard, E. Kalso, J Ballantyne. Evidence-Based Chronic Pain Management. Pp 424-433, Wiley-Blackwell, West Sussex, UK 2012.
2. Prager JP, Stanton-Hicks M: **Neurostimulation** Em: M.J. Cousins, D.B.Carr, T.T. Horlocker, P.O.Bridenbaugh. Neural Blockade In clinical anesthesia and pain medicine. Pp 948-990, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia -USA, 2009.
3. Connoly ME, Prager JP, De Salles AAF: **Management of Cancer Pain**. Em: **Haskell Cancer Treatment**. Pp360-381, WB Saunders Company, Philadelphia-USA 2005.
4. **Tratado de Anestesiologia Clínica** – Paul G. Barash.
5. **Management of Acute Pain: A Pratical Guide**. IASP 1995.
6. **Dor Pós-Operatória**. Sociedade Brasileira de Anestesiologia 2004.
7. **Anestesia no Trauma**. Sociedade Mineira de Anestesiologia 2006.
8. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. **Opióides**. **Anestesia clínica**. 4ª edição. Barueri – SP: Ed. Manole, 2004;14:345-376.
9. Miller RD, Miller I. **Anesthesia**. In Wu CL. **Acute postoperative pain**. Elsevier Churchil Livingstone 2004;(72):2737-2742.



Protocolo de dor

10. Stoelting RK. **Opioid agonists and antagonists. Pharmacology and physiology in anesthetic practice**, third edition. Philadelphia: Ed. Lippincott Williams & Wilkins 1999; 3:77-112.

11. **The Management of Pain**, Michael A. ASHBURN, Linda J. Rice, editora ChurchillLivingstone, 1998.

12. **Pain Medicine**, P. Prithvi Raj, M.D., editora Mosby, 1996.

13. **Thoracic Epidural versus Intravenous Patient controlled Analgesia after Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial on Length of Stay and Patient perceived Quality of Recovered** Anesthesiology, 2006; 104(1): 142-151.

14. DUTANS - Rol de Procedimentos e eventos em saúde 2016 – Anexo II, Diretrizes de utilização para cobertura de procedimentos na saúde Suplementar. http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/rol2016_diretrizes_utilizacao.pdf.

15. G. Cruccu L. Garcia-Larrea P. Hansson M. Keindl J.P. Lefaucheur W. Paulus R. Taylor V. Tronier A. Truini N. Attal. **EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions**. 11 August 2016.

16. POSSO, I. de P. et al. **Dor o 5º sinal vital no Controle da Dor pós operatória aguda e na assistência de enfermagem ao paciente internado**. Disciplina de Anestesiologia e Cirurgia da USP. Solução e Marketing, São Paulo, 2012.

17. PINTO, M. C. M. et al. **Adaptação cultural e validação da reprodutividade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD em pacientes adultos não comunicantes**.

18. **Diretrizes assistenciais, Medical Suite: Gerenciamento da Dor no SBIBAE**, consulta na internet: <http://medicalsuite.einstein.br/praticamedica/Paginas/diretrizes-assistencias.aspx>. Consulta em 19/02/2018.



19. MORETE, M.C; BRANDÃO, E. **Gerenciamento da Dor e a Enfermagem**. Casa do novo autor, São Paulo, 2017.

20. NAIME, F. F. **Manual de Tratamento da Dor**. 2ed. Ed. Manole, Barueri, SP, 2013.

21. Stein C, Eibel B, Sbruzzi G, Lago PD, Plentz RDM **Electrical stimulation and electromagnetic field use in patients with diabetic neuropathy: systematic review and meta-analysis**. Brazilian Journal of Physical Therapy 2013 Mar-Apr;17(2):93-104.

22. Espi-Lopez GV, Arnal-Gomez A, Arbos-Berenguer T, Gonzalez AAL, Vicente-Herrero T **Effectiveness of physical therapy in patients with tension-type headache: literature review** Journal of the Japanese Physical Therapy Association 2014;17(1):31-38.

23. Macdonald AJR, Coates TW **The discovery of transcutaneous spinal electroanalgesia and its relief of chronic pain**. Physiotherapy 1995 Nov;81(11):653-661.

24. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, Lui A, Ermann J, Gensler LS, Smith JA, Borenstein D, Hiratzka J, Weiss PF, Inman RD, Majithia V, Haroon N, Maksymowych WP, Joyce J, Clark BM, Colbert RA, Figgie MP, Hallegua DS, Prete PE, Rosenbaum JT, Stebulis JA, van den Bosch F, Yu DT, Miller AS, Reveille JD, Caplan L **American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis**. Arthritis & Rheumatology 2016 Feb;68(2):282-298.

25. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P. **American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee**. Arthritis Care & Research 2012 Apr;64(4):465-474.



Protocolo de dor

26. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, Imoto AM, Toupin-April K, Westby M, Gallardo ICA, Gifford W, Laferriere L, Rahman P, Loew L, de Angelis G, Cavallo S, Shallwani SM, Aburub A, Bennell KL, van der Esch M, Simic M, McConnell S, Harmer A, Kenny GP, Paterson G, Regnaud J-P, Lefevre-Colau M-M, McLean L [Ottawa Panel] **The Ottawa Panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part one: introduction, and mind-body exercise programs [with consumer summary]** Clinical Rehabilitation 2017 May;31(5):582-595.

27. Peters; Heijden; Ekhardt et al. **Metamizole (Dipyrone) as an Alternative Agent in Postoperative Analgesia inpatients with contraindications for Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs.** Pain Practice. 2016.

28. **The Journal of Pain.** Vol.17, n. 2 february, 2016: pp131-157



Anexos

ANEXO 1. Fatores de conversão de opióides

DE	PARA	REGRA
Codeína oral	Morfina oral	dividir por 10
Tramadol oral	Morfina oral	dividir por 5
Tramadol parenteral	Morfina parenteral	dividir por 10
Tramadol oral	Bupremorfina	dividir por 5
Morfina oral	Morfina subcutânea	dividir por 2
Morfina oral	Morfina endovenosa	dividir por 3
Morfina oral	Fentanil TD	dividir por 3
(dose de fentanil inferior)		

ANEXO 2. Equivalência de Doses de Opióides

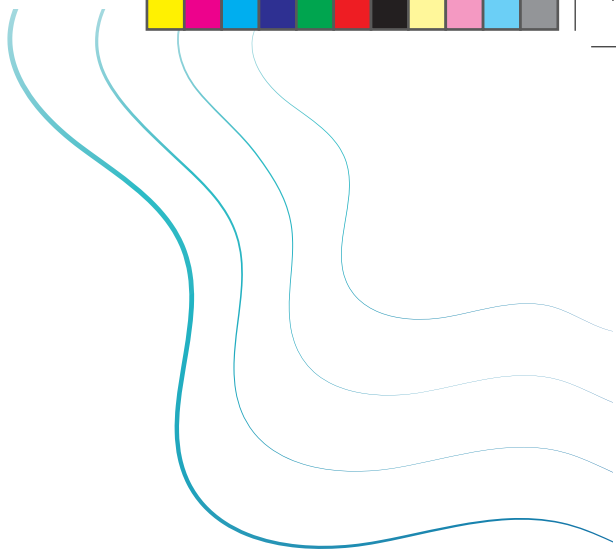
PRINCÍPIO ATIVO	VIA	DOSES EQUIANALGESICAS DIÁRIAS							
Codeína, mg	oral	120	240						
Tramadol, mg	oral	75	150	300	400				
Morfina, mg	oral	15	30	60	80	120	180	240	360
Bupremorfina, µg/h	TD				35	52,5	70	105	
Fentanil, µg/h	TD		12,5	25		50	75	100	







Responsável Técnico
Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962



hcor
ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

V2108

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica – Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP
Hcor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP
Hcor Medicina Diagnóstica – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP
Hcor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP
Hcor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-Socorro: (11) 3889-9944
hcor.com.br