

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE DOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Percília Augusta Santana da Silva Campelo¹; Kecyani Lima dos Reis¹; Cesar Mendel Fernandes Ferreira²; Bruno Antunes Cardoso³; Hugo Santana dos Santos Júnior³; Wanderson Thiago Santos Noletto³; Keise Helaine Moreira da Silva Pinto³; Francisco Alves Lima Júnior³; Anderson Bentes de Lima³; Vania Maria de Araújo Giaretta¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n6p470-487>

Artigo recebido em 11 de Junho e publicado em 11 de Agosto de 2026

REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Introdução: A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, multifatorial e complexa, cuja abordagem demanda intervenções interprofissionais contínuas. Embora os protocolos clínicos de dor padronizem rotinas de avaliação e tratamento, sua eficácia depende intrinsecamente do engajamento, da articulação e da sinergia da equipe multiprofissional. **Objetivo:** Analisar e sintetizar as evidências científicas acerca da atuação da equipe multiprofissional na implementação, adesão e impacto clínico de protocolos estruturados de manejo da dor em serviços de saúde. **Metodologia:** Revisão sistemática conduzida segundo as diretrizes do PRISMA 2020. A busca bibliográfica foi executada nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, BVS/LILACS, SciELO e CINAHL, compreendendo estudos primários publicados entre 2014 e 2024. A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés foi efetuada mediante as ferramentas do Joanna Briggs Institute (JBI). **Resultados e discussão:** Foram incluídos 14 estudos primários (ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais do tipo antes e depois, coortes prospectivas e retrospectivas e estudos de caso-controle), conduzidos em nove países, incluindo o Brasil. A implementação de protocolos operados por equipes interprofissionais associou-se à redução dos escores de dor e do consumo de opioides, à diminuição do tempo até a primeira analgesia, à redução do tempo de permanência hospitalar e da duração da ventilação mecânica, à menor incidência de eventos adversos gastrointestinais relacionados a opioides e ao aumento da satisfação dos usuários. As contribuições das disciplinas destacam-se na triagem e reavaliação sistemática conduzida pela enfermagem, na individualização farmacoterapêutica pela medicina e pela farmácia clínica e nas intervenções não farmacológicas conduzidas por fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia. **Considerações Finais:** A consolidação da

abordagem multiprofissional em protocolos de dor otimiza os desfechos assistenciais e fortalece a cultura de segurança do paciente, dependendo criticamente do suporte institucional e da educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Manejo da dor. Equipe multiprofissional. Protocolos clínicos. Assistência à saúde. Revisão sistemática. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a complex, multifactorial, and unpleasant sensory and emotional experience that requires continuous interprofessional interventions for its management. Although clinical pain protocols standardize assessment and treatment routines, their effectiveness intrinsically depends on the engagement, coordination, and synergy of the multiprofessional team. **Objective:** To analyze and synthesize scientific evidence regarding the role of the multiprofessional team in the implementation, adherence, and clinical impact of structured pain management protocols in healthcare settings. **Methodology:** A systematic review conducted in accordance with PRISMA 2020 guidelines. The literature search was performed across PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, BVS/LILACS, SciELO, and CINAHL databases, covering primary studies published between 2014 and 2024. Methodological quality and risk of bias were assessed using Joanna Briggs Institute (JBI) tools. **Results and discussion:** Fourteen primary studies were included (randomized clinical trials, quasi-experimental before-and-after studies, prospective and retrospective cohorts, and case-control studies), conducted in nine countries, including Brazil. The implementation of protocols managed by interprofessional teams was associated with reduced pain scores and opioid consumption, shorter time to initial analgesia, reduced hospital length of stay and duration of mechanical ventilation, lower incidence of opioid-related gastrointestinal adverse events, and increased patient satisfaction. Key disciplinary contributions include systematic screening and reassessment by nursing staff, individualized pharmacotherapy by physicians and clinical pharmacists, and non-pharmacological interventions delivered by physical therapists, occupational therapists, and psychologists. **Final Considerations:** Consolidating a multidisciplinary approach within pain protocols optimizes care outcomes and strengthens the patient safety culture, while critically depending on institutional support and continuing health education.

Keywords: Pain management. Multiprofessional team. Clinical protocols. Healthcare. Systematic review. Patient safety.

Instituição afiliada: 1 – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté-SP.

2 – Faculdade dos Carajás, Marabá-PA.

3 – Programa de Pós-graduação em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) – Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém-PA.

Autor correspondente: *Percília Augusta Santana da Silva Campelo*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

A dor representa uma das manifestações mais subjetivas, complexas e desafiadoras na prática clínica contemporânea. A definição revisada pela *International Association for the Study of Pain* conceitua a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a dano tecidual real ou potencial. Essa conceituação reforça a natureza multidimensional do fenômeno doloroso, suplantando vertentes puramente biológicas e incorporando dimensões psicológicas, sociais e funcionais que demandam abordagens diagnósticas e terapêuticas igualmente abrangentes (RAJA et al., 2020).

No ambiente hospitalar e ambulatorial, a dor não tratada ou subtratada deflagra reações fisiológicas adversas em cascata e associa-se a desfechos desfavoráveis, incluindo maior consumo de analgésicos opioides, prolongamento da ventilação mecânica e aumento do tempo de internação (BESEN et al., 2019; OLSEN et al., 2016). Tais complicações elevam a morbidade, retardam a reabilitação funcional e incrementam substancialmente os custos para as instituições de saúde (DING et al., 2020).

Para mitigar a variabilidade no atendimento e assegurar condutas baseadas em evidências, a implementação de protocolos clínicos de manejo da dor, frequentemente estruturados sob a premissa da dor como o "quinto sinal vital", tornou-se um padrão recomendado por órgãos internacionais de referência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Contudo, a simples codificação formal de diretrizes e fluxogramas não garante a sua efetividade assistencial. A literatura evidencia que falhas no registro de escores, hesitação na titulação de analgésicos e falta de acompanhamento contínuo resultam comumente da fragmentação do cuidado e da falta de alinhamento interprofissional (CHEN et al., 2014; TAVARES et al., 2023).

A superação do paradigma cartesiano e uniprofissional requer a transição para um modelo colaborativo interprofissional. A atuação da equipe multiprofissional composto por médicos, enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas, promove a convergência de competências complementares (ZHANG et al., 2025).

Enquanto a enfermagem atua na linha de frente da triagem e do monitoramento

sistemático (OLSEN et al., 2016; KEFYALEW et al., 2024), a equipe médica estrutura a prescrição analgésica multimodal (YEO et al., 2022); o farmacêutico garante a segurança posológica e previne interações (CHEN et al., 2014; DING et al., 2020); a fisioterapia aplica intervenções de mobilização precoce e recursos não farmacológicos (AUYONG et al., 2015); e a psicologia aborda o sofrimento psíquico, a ansiedade e a catastrofização da dor (GOLD; MAHRER, 2018; SKÚLADÓTTIR et al., 2021).

Apesar da robusta fundamentação teórica acerca dos benefícios do cuidado integrado, lacunas persistem no tocante à síntese quantitativa e qualitativa dos impactos clínicos, operacionais e de satisfação do paciente diretamente atribuíveis ao trabalho em equipe no contexto dos protocolos formais de dor.

Diante deste panorama, esta revisão sistemática justifica-se pela necessidade de reunir, avaliar criticamente e sistematizar as evidências científicas disponíveis, fornecendo subsídios consistentes para orientar políticas institucionais, tomadas de decisão clínica e estratégias de gestão em saúde no âmbito acadêmico e assistencial.

O objetivo deste estudo foi sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura internacional sobre o papel e o impacto da atuação da equipe multiprofissional no processo de implementação, adesão e efetividade clínica de protocolos de manejo da dor. Quanto aos objetivos específicos foram: mapear as competências e atribuições específicas das diferentes categorias profissionais no contexto de fluxos e protocolos assistenciais de dor; analisar a influência da abordagem interprofissional sobre os desfechos clínicos, tais como alívio da dor, tempo para analgesia, taxa de eventos adversos medicamentosos e duração da internação; avaliar os fatores facilitadores e as barreiras metodológicas, estruturais e organizacionais que interferem na consolidação do trabalho em equipe nos protocolos analgésicos; avaliar criticamente o risco de viés e a qualidade metodológica dos estudos primários incluídos sobre o tema.

2 METODOLOGIA

Esta revisão sistemática foi delineada e conduzida em consonância com as recomendações do protocolo PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (PAGE et al., 2021).

2.1 ESTRUTURAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA (ESTRATÉGIA PICO)

A formulação da pergunta orientadora seguiu o acrônimo PICO:

P (População/Problema): pacientes adultos, idosos e pediátricos atendidos em serviços hospitalares ou ambulatoriais submetidos a protocolo de manejo da dor.

I (Intervenção): atuação da equipe multiprofissional/interprofissional integrada no acompanhamento e na aplicação do protocolo.

C (Comparação): cuidado prestado de forma uniprofissional, assistência habitual sem protocolo estruturado ou período anterior à implementação do protocolo.

O (Desfechos/Outcomes): redução dos escores de dor, adesão ao protocolo, consumo de opioides, taxa de eventos adversos, tempo de permanência hospitalar e nível de satisfação do paciente.

Diante disso, surgiu a pergunta condutora: "Qual é o impacto da atuação da equipe multiprofissional na adesão e nos desfechos clínicos decorrentes da implementação de protocolos de manejo da dor em pacientes assistidos em serviços de saúde?"

2.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critérios de inclusão:

- Estudos primários (ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos quase-experimentais do tipo antes e depois, coortes prospectivas e retrospectivas, estudos de caso-controle e transversais analíticos).
- Estudos que investigassem diretamente a atuação articulada de categorias profissionais distintas no cumprimento de protocolos institucionais de dor.
- Publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, compreendidas no recorte temporal de janeiro de 2014 a junho de 2024.

Critérios de exclusão:

- Artigos de revisão (narrativa, integrativa ou sistemática), editoriais, relatos de caso, cartas ao editor, teses, dissertações e resumos publicados em anais de eventos.
- Estudos focados exclusivamente em abordagens uniprofissionais sem articulação multiprofissional descrita.
- Trabalhos com dados incompletos ou cujo texto integral não estivesse acessível.

2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca bibliográfica foi conduzida de forma independente em sete bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Embase, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS), SciELO e CINAHL. As equações de busca foram construídas utilizando descritores controlados (MeSH, DeCS e Emtree) e termos livres, interconectados mediante os operadores booleanos AND e OR.

Sintaxe da estratégia de busca (adaptada para PubMed): ("*Patient Care Team*" [Mesh] OR "*Interprofessional Relations*" [Mesh] OR "*Multidisciplinary Team*" OR "Equipe Multiprofissional") AND ("*Pain Management*" [Mesh] OR "*Pain Measurement*" [Mesh] OR "*Clinical Protocols*" [Mesh] OR "Protocolos Clínicos" OR "Manejo da Dor") AND ("*Treatment Outcome*" [Mesh] OR "*Patient Satisfaction*" [Mesh] OR "Length of Stay" [Mesh] OR "Resultado do Tratamento").

2.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os resultados obtidos nas buscas foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote*® para remoção de duplicatas. A triagem inicial de títulos e resumos foi realizada de modo independente por dois revisores cegados. As divergências foram dirimidas mediante consenso com a participação de um terceiro revisor sênior. Em seguida, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra para aplicação definitiva dos critérios de inclusão e exclusão.

A extração dos dados foi padronizada utilizando uma ficha elaborada pelos autores, contendo: dados de identificação (autores, ano, país), delineamento do estudo, características da amostra, detalhamento das ações da equipe multiprofissional, desfechos clínicos e institucionais avaliados, principais achados e limitações declaradas. Para cada estudo incluído registrou-se também o identificador digital de objeto (DOI), de modo a permitir a rastreabilidade e a verificação independente das fontes.

2.5 AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS E QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos foi realizada por meio das ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*, apropriadas para cada desenho de estudo (AROMATARIS; MUNN, 2020). Os estudos são

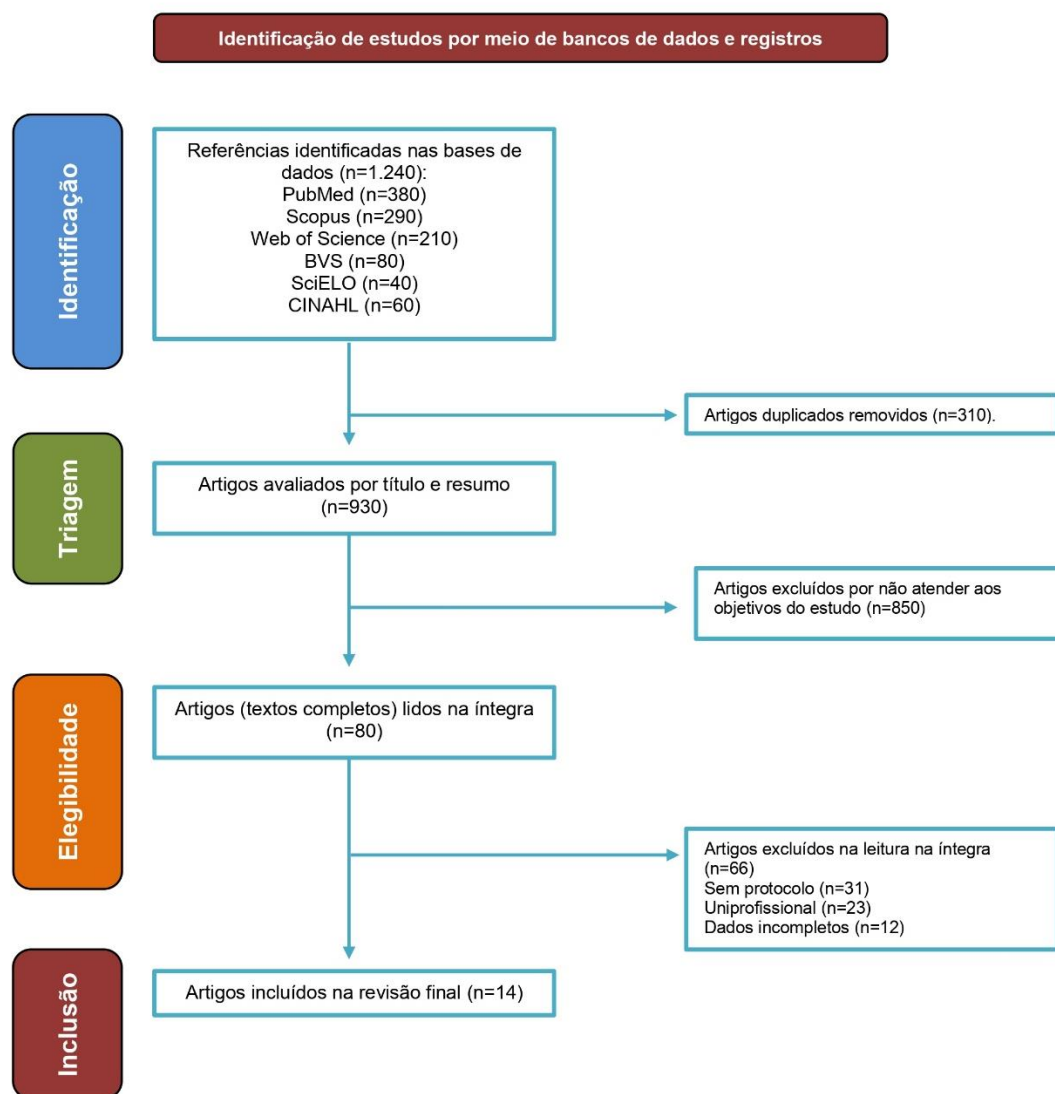
classificados quanto ao risco de viés em baixo (cumprimento superior a 70% dos itens), moderado (50% a 70%) ou alto (inferior a 50%), mediante avaliação independente por dois revisores.

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS (PRISMA 2020)

A busca inicial identificou um total de 1.240 registros nas sete bases de dados consultadas. Após a remoção de 310 duplicatas, 930 estudos tiveram seus títulos e resumos submetidos à triagem. Desses, 850 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Os 80 artigos restantes foram avaliados mediante leitura na íntegra, culminando na exclusão de 66 trabalhos (motivos: ausência de protocolo formal, n = 31; foco uniprofissional isolado, n = 23; dados de desfechos incompletos, n = 12). Ao final, 14 estudos primários preencheram todos os requisitos e foram incluídos na síntese sistemática conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A Tabela 1 apresenta a síntese dos estudos selecionados, contendo informações metodológicas, composição das equipes, intervenções multiprofissionais e principais desfechos relatados pelos autores originais.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Nº	Autor / Ano / País	Delineamento / Amostra	Equipe envolvida	Ações previstas no protocolo	Principais desfechos relatados	Instrumento JBI aplicável
1	Besen et al. (2019) Brasil	Quase-experimental, coortes antes e depois, com série temporal interrompida; n = 988 (pré) e 1.838 (pós)	Medicina, enfermagem e fisioterapia (visitas multidisciplinares diárias)	Protocolo de manejo da dor e de redução do consumo de opioides em UTI, com metas diárias definidas em visita multiprofissional	Queda abrupta no consumo de fentanil após a intervenção ($\beta = -128$; IC95% -195 a -62 ; $p = 0,001$) e tendência decrescente subsequente ($\beta = -24$; IC95% -35 a -13 ; $p < 0,001$); menor duração da ventilação mecânica	Quase-experimental
2	Olsen et al. (2016) Noruega	Quase-experimental, antes e depois; pacientes de três unidades de terapia intensiva de dois hospitais	Enfermagem em articulação com equipe médica intensivista	Algoritmo que orienta a enfermagem na avaliação sistemática da dor e na condução do plano analgésico ao longo da internação	Impacto favorável sobre a frequência de avaliação da dor, o tempo de permanência e a duração da ventilação mecânica	Quase-experimental
3	Kefyalew et al. (2024) Etiópia	Quase-experimental com grupo controle; n = 179 (dois hospitais)	Enfermagem de acolhimento em articulação com equipe médica de emergência	Analgesia iniciada pelo enfermeiro na classificação de risco, antes da avaliação médica	Redução do tempo até a analgesia no grupo intervenção; correlação significativa entre tempo até analgesia e satisfação do paciente ($p < 0,01$)	Quase-experimental
4	Mitra et al. (2020) Índia	Prospectivo, controlado, não randomizado; pacientes de cirurgia de membro inferior	Serviço de Dor Aguda conduzido por anestesiologia com participação da enfermagem assistencial	Acompanhamento estruturado da analgesia pós-operatória pelo Serviço de Dor Aguda	Satisfação mediana superior no grupo acompanhado (9; IIQ 7–10 versus 5; IIQ 3–6; $p < 0,001$) e redução da pior dor nas primeiras 24 horas	Ensaio não randomizado
5	Auyong et	Coorte antes e	Anestesiologia,	Via ERAS atualizada, com analgesia	Redução do tempo médio de	Coorte

	al. (2015) EUA	depois; n = 252 artroplastias totais de joelho	cirurgia ortopédica, enfermagem e fisioterapia	multimodal, bloqueios regionais e mobilização precoce	internação de 76,6 h para 56,1 h ($p < 0,001$)	
6	Yeo et al. (2022) Coreia do Sul	Ensaio clínico randomizado, aberto, de não inferioridade; n = 97 (análise por intenção de tratar)	Anestesiologia e cirurgia colorretal, com aplicação pela equipe assistencial	Protocolo de analgesia multimodal poupadora de opioides (pregabalina, tramadol, infiltração da ferida e bloqueio TAP) versus analgesia controlada pelo paciente com morfina	Não inferioridade da analgesia multimodal (diferença média na END em repouso em 24 h = 0,25; IC95% -0,61 a 1,11); menor dose mediana de remifentanil (654 versus 996 μg ; $p < 0,001$) e menor permanência na sala de recuperação (25 versus 35 min; $p < 0,001$)	Ensaio randomizado
7	Zhang et al. (2025) China	Ensaio clínico randomizado; n = 117 (58 intervenção e 59 controle)	Cirurgia, anestesiologia, enfermagem e nutrição	Modelo ERAS associado à colaboração multidisciplinar no perioperatório de câncer colorretal	Menor tempo de internação, retirada mais precoce de cateter e mobilização antecipada ($p < 0,0001$); menor nível de interleucina-6 no primeiro dia pós- operatório ($p = 0,0247$); melhor qualidade de vida ($p < 0,05$)	Ensaio randomizado
8	Chen et al. (2014) China	Coorte prospectiva, multicêntrica, de dois braços; n = 542 (269 intervenção e 273 controle)	Equipes de orientação lideradas por farmacêuticos clínicos, em articulação com equipe médica	Consultoria pré-terapêutica, educação de prescritores, monitoramento das prescrições e seguimento dos pacientes com dor oncológica	Maior frequência de avaliação da dor e de titulação padronizada ($p < 0,001$); menor prescrição de meperidina ($p < 0,001$); melhora dos escores de dor ($p < 0,05$); menor incidência de constipação ($p = 0,041$), náusea ($p = 0,028$) e vômito ($p = 0,035$); melhora da qualidade de vida ($p = 0,032$)	Coorte
9	Ding et al. (2020) China	Coorte retrospectiva, pré e pós-intervenção; n = 400 (200 por grupo)	Oncologia clínica e farmácia clínica em equipe multidisciplinar	Intervenção de equipe multidisciplinar com incorporação do farmacêutico no manejo de pacientes virgens de opioides com dor oncológica moderada a intensa	Aumento das proporções de avaliação adequada da dor e de titulação apropriada de opioides; efeitos secundários sobre intensidade da dor, tempo de internação e eventos adversos relacionados a opioides	Coorte

10	Chen et al. (2021) Taiwan	Caso-controle retrospectivo (estudo-piloto); n = 148 (71 intervenção e 77 comparação)	Farmacêuticos oncológicos e anestesiológicos	Colaboração estruturada entre farmácia oncológica e anestesiologia para pacientes internados com controle inadequado da dor	Maior proporção de alívio da dor em até sete dias (78,9% versus 72,7%); aumento da taxa de intervenção do médico assistente em até quatro dias e melhora da qualidade do manejo de opioides	Caso-controle
11	Gold; Mahrer (2018) EUA	Ensaio clínico randomizado; n = 143 tríades (paciente, cuidador e profissional), 10 a 21 anos	Enfermagem/flebotomia, psicologia pediátrica e equipe médica	Realidade virtual como intervenção não farmacológica padronizada durante punção venosa, comparada ao cuidado habitual	Avaliação de dor, ansiedade e satisfação associadas ao procedimento, com desempenho favorável à realidade virtual	Ensaio randomizado
12	Neunhoeffer et al. (2015) Alemanha	Quase-experimental, antes e depois; pacientes pediátricos críticos sob ventilação mecânica	Enfermagem intensiva pediátrica, medicina intensiva e farmácia	Protocolo padronizado de analgesia e sedação conduzido pela enfermagem, com escala de observação de sintomas de abstinência	Redução dos sintomas de abstinência em pacientes pediátricos clínicos criticamente enfermos	Quase-experimental
13	Skúladóttir et al. (2021) Islândia	Coorte prospectiva longitudinal; n = 81 adultos (20 a 69 anos) com dor crônica	Equipe multiprofissional de reabilitação da dor (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e terapias complementares)	Programa multidisciplinar de reabilitação da dor de longa duração, com foco em autogestão	Redução significativa da intensidade média da dor em um ano ($p < 0,001$) e da interferência da dor em atividades gerais, humor, capacidade de deambulação, sono e satisfação com a vida	Coorte
14	Schneider et al. (2024)	Coorte prospectiva unicêntrica; pacientes	Medicina física e reumatologia, fisioterapia, terapia	Programa interdisciplinar de internação para redução da atividade da doença, com avaliações	Redução da atividade da doença e manutenção dos ganhos funcionais no seguimento pós-alta	Coorte



Atuação multiprofissional na implementação do protocolo de dor: revisão sistemática das evidências científicas.

Campelo et. al.

	Suíça	internados com síndrome dolorosa regional complexa	ocupacional e psicologia	na admissão, alta, três e seis meses		
--	-------	--	-----------------------------	--------------------------------------	--	--

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

4.3 MATRIZ DE ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROTOCOLO DE DOR

Com base na síntese dos estudos incluídos, a Tabela 2 sumariza as atribuições específicas de cada núcleo profissional no âmbito do protocolo de dor.

Tabela 2 - Atribuições das categorias profissionais nos protocolos de manejo da dor.

Categoria profissional	Ações específicas e atribuições clínicas no protocolo
Enfermagem	Registro sistemático da dor como quinto sinal vital, triagem com escalas validadas, administração e aprazamento rigoroso de analgésicos, reavaliação do alívio após intervenção, condução de algoritmos de analgesia e educação do paciente (OLSEN et al., 2016; KEFYALEW et al., 2024; NEUNHOEFFER et al., 2015).
Equipe médica	Diagnóstico etiológico da dor, prescrição da analgesia multimodal, realização de bloqueios e procedimentos analgésicos, titulação diária das doses e definição de metas terapêuticas em visita multiprofissional (YEO et al., 2022; BESEN et al., 2019; MITRA et al., 2020).
Farmácia clínica	Análise da adequação posológica, consultoria pré-terapêutica, monitoramento de prescrições, prevenção de interações e eventos adversos e suporte à titulação e ao descalonamento de opioides (CHEN et al., 2014; DING et al., 2020; CHEN et al., 2021).
Fisioterapia	Mobilização precoce no pós-operatório, reabilitação motora e aplicação de recursos não farmacológicos integrados às vias de recuperação acelerada e aos programas de dor crônica (AUYONG et al., 2015; SKÚLADÓTTIR et al., 2021; SCHNEIDER et al., 2024).
Terapia ocupacional	Reabilitação funcional orientada ao desempenho ocupacional e ao retorno às atividades cotidianas em programas interdisciplinares de dor persistente (SCHNEIDER et al., 2024).
Psicologia	Avaliação dos componentes afetivo-emocionais, aplicação de estratégias cognitivo-comportamentais e de distração, manejo do estresse e da ansiedade e enfrentamento da dor crônica (GOLD; MAHRER, 2018; SKÚLADÓTTIR et al., 2021).
Nutrição	Suporte nutricional perioperatório integrado às vias de recuperação acelerada, com impacto sobre recuperação funcional e qualidade de vida (ZHANG et al., 2025).

Fonte: Elaborado pelos autores.

A presente revisão sistemática evidencia que a implementação de protocolos de manejo da dor estruturados sob a ótica da atuação multiprofissional correlaciona-se com a otimização dos desfechos clínicos e assistenciais. A transição de um modelo meramente prescritivo para um modelo colaborativo e interdisciplinar mostrou-se determinante para a transposição do conhecimento teórico das diretrizes para a prática assistencial diária (BESEN et al., 2019; OLSEN et al., 2016).

Os achados compilados demonstram redução dos escores de dor e diminuição relevante no tempo necessário para o início do tratamento analgésico adequado. No cenário de emergência, a analgesia iniciada pela enfermagem na classificação de risco reduziu o intervalo até a primeira dose e associou-se à satisfação do paciente (KEFYALEW et al., 2024). Em terapia intensiva, algoritmos conduzidos pela enfermagem e pactuados em visita multiprofissional reduziram o consumo de opioides e a duração da ventilação mecânica (BESEN et al., 2019; OLSEN et al., 2016).

A presença da farmácia clínica na verificação de interações e posologias mostrou-se especialmente relevante para a segurança do paciente. A atuação de equipes de orientação lideradas por farmacêuticos aumentou a frequência de avaliação da dor e a padronização da titulação, ao mesmo tempo em que reduziu a incidência de constipação, náusea e vômito associados ao uso de opioides (CHEN et al., 2014). Resultados convergentes foram observados quando o farmacêutico foi incorporado formalmente à equipe multidisciplinar (DING et al., 2020; CHEN et al., 2021).

Ademais, a incorporação da analgesia multimodal abrangendo métodos não farmacológicos coordenados pela fisioterapia, pela terapia ocupacional e pela psicologia, evidenciou eficácia na diminuição da dependência exclusiva de fármacos analgésicos potentes. Protocolos de analgesia poupadora de opioides mostraram-se não inferiores à analgesia controlada pelo paciente, com menor consumo intraoperatório de opioides e menor tempo em sala de recuperação (YEO et al., 2022).

Em vias de recuperação acelerada com composição interprofissional, observaram-se redução do tempo de internação e mobilização mais precoce (AUYONG et al., 2015; ZHANG et al., 2025). Esses achados dialogam com as recomendações da Organização Mundial da Saúde para abordagens integrativas do manejo da dor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No campo da dor persistente, programas interdisciplinares que reúnem medicina, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia associaram-se à redução sustentada da intensidade da dor e da sua interferência sobre atividades, humor e sono, com manutenção dos ganhos no seguimento (SKÚLADÓTTIR et al., 2021; SCHNEIDER et al., 2024).

Em populações pediátricas, intervenções não farmacológicas padronizadas e protocolos de analgesia e sedação conduzidos pela enfermagem reduziram o

desconforto associado a procedimentos e os sintomas de abstinência (GOLD; MAHRER, 2018; NEUNHOEFFER et al., 2015).

Apesar dos benefícios observados, é necessário reconhecer as limitações do conjunto de evidências. Predominam delineamentos quase-experimentais e coortes unicêntricas, com heterogeneidade importante quanto à composição das equipes, ao conteúdo dos protocolos e aos instrumentos de mensuração dos desfechos, o que restringe a comparabilidade direta e desaconselha a metanálise.

Persistem, ainda, barreiras organizacionais para a consolidação desses protocolos, entre as quais rotatividade de pessoal, sobrecarga assistencial, déficit de capacitação continuada e falhas de comunicação interprofissional nas passagens de plantão. A superação de tais entraves requer compromisso da gestão institucional por meio de treinamentos regulares, automação dos registros em prontuário eletrônico e incentivo a reuniões clínicas interdisciplinares.

4 CONCLUSÃO

A atuação sinérgica e integrada da equipe multiprofissional é um elemento fundamental para a efetividade e a sustentabilidade dos protocolos clínicos de manejo da dor. A divisão coordenada de atribuições entre enfermagem, equipe médica, farmácia clínica, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição potencializa o alívio analgésico, diminui o tempo de internação, reduz o consumo desnecessário de opioides e eleva os níveis de satisfação e segurança dos pacientes.

Para a consolidação dessa prática nos serviços de saúde, torna-se imperativo que as instituições promovam políticas de educação permanente em saúde, garantam o dimensionamento adequado das equipes e estimulem a liderança colaborativa. Sugere-se a realização de novos ensaios clínicos randomizados multicêntricos, com desfechos padronizados e avaliação de custo-efetividade a longo prazo das intervenções multiprofissionais no controle da dor.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide: JBI,

2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

AUYONG, D. B. et al. Reduced length of hospitalization in primary total knee arthroplasty patients using an updated Enhanced Recovery After Orthopedic Surgery (ERAS) pathway. **The Journal of Arthroplasty**, v. 30, n. 10, p. 1705-1709, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arth.2015.05.007>

BESEN, B. A. M. P. et al. Implantação de um protocolo de manejo de dor e redução do consumo de opioides na unidade de terapia intensiva: análise de série temporal interrompida. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 4, p. 447-455, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190085>

CHEN, J. et al. Impact of a clinical pharmacist-led guidance team on cancer pain therapy in China: a prospective multicenter cohort study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 48, n. 4, p. 500-509, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.015>

CHEN, K.-J. et al. Effectiveness of collaboration between oncology pharmacists and anaesthesiologists for inpatient cancer pain management: a pilot study in Taiwan. **Journal of International Medical Research**, v. 49, n. 11, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/03000605211055415>

DING, H. et al. Multidisciplinary intervention incorporating pharmacists in management of opioid-naïve patients with moderate to severe cancer pain. **European Journal of Cancer Care**, v. 29, n. 3, e13225, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13225>

GOLD, J. I.; MAHRER, N. E. Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 43, n. 3, p. 266-275, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx129>

KEYFALEW, M. et al. Improving the time to pain relief in the emergency department through triage nurse-initiated analgesia: a quasi-experimental study from Ethiopia. **African Journal of Emergency Medicine**, v. 14, n. 3, p. 174-180, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2024.06.004>

MITRA, S. et al. Does an acute pain service improve the perception of postoperative pain management in patients undergoing lower limb surgery? A prospective controlled non-randomized study. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, v. 36, n. 2, p. 187-194, 2020. DOI: https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_104_19

NEUNHOEFFER, F. et al. Nurse-driven pediatric analgesia and sedation protocol reduces withdrawal symptoms in critically ill medical pediatric patients. **Paediatric Anaesthesia**, v. 25, n. 8, p. 786-794, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/pan.12649>

OLSEN, B. F. et al. Results of implementing a pain management algorithm in intensive



care unit patients: the impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. **Journal of Critical Care**, v. 36, p. 207-211, 2016. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.011>

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

SCHNEIDER, S. et al. Effect of an interdisciplinary inpatient program for patients with complex regional pain syndrome in reducing disease activity: a single-center prospective cohort study. **Pain Medicine**, v. 25, n. 7, p. 452-461, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/pm/pnae021>

SKÚLADÓTTIR, H. et al. Pain rehabilitation's effect on people in chronic pain: a prospective cohort study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, 10306, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910306>

TAVARES, L. R. et al. Is the symptom of pain adequately addressed in hospitalization at Internal Medicine? Cross-sectional study. **BrJP**, v. 6, n. 3, p. 260-265, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230072-en>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents**. Genebra: WHO, 2018. ISBN 978-92-4-155039-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>. Acesso em: 2 ago. 2026.

YEO, J. et al. Comparison of the analgesic efficacy of opioid-sparing multimodal analgesia and morphine-based patient-controlled analgesia in minimally invasive surgery for colorectal cancer. **World Journal of Surgery**, v. 46, n. 7, p. 1788-1795, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06473-5>

ZHANG, Q. et al. The impact of ERAS and multidisciplinary teams on perioperative management in colorectal cancer. **Pain and Therapy**, v. 14, n. 1, p. 201-215, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40122-024-00667-6>