

Assunto: Programa Nacional de Controlo da Dor

Nº:11/DSCS/DPCD
DATA:18/06/08

Para: Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde

Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Doença

I – NORMA

A Direcção-Geral de Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, emite o novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR), anexo à presente Circular e que dela faz parte integrante, o qual foi aprovado por Despacho de Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde de 8 de Maio de 2008 e visa dar continuidade, numa versão actualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que tem estado em vigor até à presente data.

O presente Programa pretende normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

O investimento a fazer no âmbito do referido Programa impõe um apelo especial à congregação de esforços interdisciplinares e, principalmente, dos hospitais, no sentido de se obterem, da forma mais rápida possível, evidentes ganhos em qualidade de vida junto da população que sofre com dor.

II – FUNDAMENTAÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo.

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral.

Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Assim, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters (EFIC)*¹.

¹ Disponível em www.efic.org/declarationonpain.html

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

O presente Programa Nacional de Controlo da Dor, que se insere no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e conta com o aval científico da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, resultou da necessidade de, dando sequência ao primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor e tirando partido da experiência adquirida, definir novos objectivos e novas estratégias operacionais.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George



Programa Nacional de Controlo da Dor

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Índice

1. Introdução	3
2. Contexto	4
3. Princípios Orientadores	7
4. Objectivos Gerais	7
5. Objectivos Específicos	8
6. População Alvo	8
7. Horizonte Temporal	8
8. Estratégias de Intervenção	8
9. Estratégias de Formação	9
10. Estratégias de Colheita e Análise de Informação	10
11. Cronograma	11
12. Acompanhamento e Avaliação	12
13. Bibliografia	12

Anexo

Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica	13
---	----

Introdução

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura.

A importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Igualmente, a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correcto.

Porém, cumprida esta função vital de sinal de alarme, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Por outro lado, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC)².

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) por ocasião da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor³.

Para além do enorme impacto que a dor tem sobre o indivíduo, a dor constitui, frequentemente, um fardo para os familiares e/ou cuidadores do doente e representa uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral. Refira-se, a este propósito, que as repercussões sócio-económicas da dor foram equiparadas pela EFIC às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro.

Reconhecendo a importância do controlo da dor, a Direcção-Geral da Saúde criou, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, com a estreita colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001. Este plano, inovador a nível nacional e internacional (na Europa apenas a França possui igualmente um plano governamental de combate à dor), descreve os modelos organizacionais para a abordagem da dor em meio hospitalar e contém, ainda, diversas orientações genéricas para o controlo da dor. Ainda neste âmbito, o Governo Português foi pioneiro ao criar, em 1999, o Dia Nacional de Luta Contra a Dor.

Os objectivos e as metas do PNLCD têm como horizonte temporal o ano de 2007, constatando-se que, apesar da evolução positiva no sentido de se atingirem alguns dos seus objectivos, as metas propostas não serão atingidas. Por outro lado, após a elaboração e publicação do PNLCD, ocorreram diversas alterações na estrutura hospitalar com implicações na sua aplicação, nomeadamente no que se refere ao alcance das referidas metas. Entre elas, salienta-se a reformulação da carta hospitalar, com a agregação de alguns hospitais em centros hospitalares, a reclassificação dos hospitais em 4 plataformas, hospitais polivalentes (plataforma A), médico-cirúrgicos (plataforma B), locais (plataforma C) e especializados (plataforma E), a conversão de alguns hospitais em sociedades anónimas e, posteriormente, em entidades públicas empresariais e a publicação do estatuto do hospital universitário. Constatou-se, também, que os critérios definidos no PNLCD para a classificação das Unidades de Dor Crónica, que

² Disponível em www.efic.org/declarationonpain.html

³ Mais informação disponível em www.iasp-pain.org.

tiveram como base a classificação estabelecida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) segundo o modelo americano, não são os mais adequados à realidade actual, tanto mais quanto eles são, em alguns aspectos, mais exigentes do que os critérios estabelecidos pela IASP. A recente criação da competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos, como forma de promover e reconhecer a diferenciação dos médicos que se dedicam a esta área, veio igualmente acentuar a necessidade da reformulação daqueles critérios.

O presente Programa Nacional de Controlo da Dor resultou da necessidade de, dando sequência ao PNLCD e tirando partido da experiência adquirida, definir novos objectivos e novas estratégias operacionais. Assim, para se obter o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, para ser reforçada a capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e serem melhorados os modelos de boas práticas na abordagem da dor, o novo Programa Nacional de Controlo da Dor deve ser desenvolvido através da implementação, a nível nacional, regional e local, de novas estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação.

O Programa Nacional de Controlo da Dor insere-se no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em intercepção e complementaridade com outros programas nacionais, nomeadamente na área do cancro, das doenças reumáticas e dos cuidados paliativos.

A implementação do Programa Nacional de Controlo da Dor pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao sector da saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares, a Rede de Cuidados Continuados Integrados, Instituições do Ensino Superior, Ordens Profissionais e Sociedades Científicas, sem prejuízo da inclusão de outras entidades públicas ou privadas cuja cooperação se venha a revelar necessária no decurso da implementação do mesmo. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor constitui o interlocutor científico permanente da Direcção-Geral de Saúde no que respeita à elaboração, implementação e avaliação do presente programa.

2. Contexto

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”⁴. Esta definição tem como corolário a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

A prevalência da dor em Portugal foi estudada pelo Observatório Nacional de Saúde, em 2002, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíam a amostra ECOS⁵. Neste estudo concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica. O estudo revelou, ainda, que as lombalgias, as dores osteoarticulares e as cefaleias eram os tipos de dor mais referidos.

O reduzido número da amostra naquele estudo, bem como a dificuldade em determinar a intensidade da dor e a sua importância clínica, não permitem estabelecer a prevalência da dor em Portugal, nomeadamente no que respeita à dor aguda pós-operatória ou à dor crónica, dois dos tipos de dor de maior relevância clínica.

Diversos estudos realizados em países europeus, com um nível de desenvolvimento superior ao que se observa em Portugal, no âmbito da dor aguda pós-operatória, demonstraram a existência de deficiências no controlo deste tipo de dor. Este facto é difícil de compreender e aceitar, pois trata-se de um tipo de dor provocada pelo próprio médico no decurso da sua intervenção terapêutica, pelo que

⁴ H. Merskey e N. Bogduk, 1994

⁵ S. Rabiais *et al.*, 2004

tem causas bem conhecidas. O seu controlo depende, fundamentalmente, da existência e adequada aplicação de protocolos de actuação no período peri-operatório. O mesmo se aplica à dor provocada por outros processos terapêuticos ou em exames complementares de diagnóstico. Por outro lado, está bem estabelecido que, para além de evitar um sofrimento desnecessário, uma analgesia adequada no período peri-operatório contribui para a redução da morbilidade e para o encurtamento do tempo de internamento, pelo que representa, também, uma vantagem do ponto de vista económico.

A dor crónica é, habitualmente, definida como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem. Foi determinado num estudo europeu recente⁶), que não incluiu Portugal, que a prevalência média da dor crónica na Europa é de cerca de 20%. Dado que neste estudo se observaram diferenças significativas entre os diversos países (a prevalência da dor crónica na Noruega foi de 30%, enquanto em Espanha foi de 11%) não é possível fazer estimativas seguras para Portugal. De qualquer forma, o aumento da esperança média de vida com o consequente envelhecimento da população, bem como o aumento da longevidade de doentes padecendo de patologias que se acompanham de dor, faz prever um aumento da prevalência da dor crónica no futuro.

Desconhecem-se, igualmente, quais as principais causas da dor crónica em Portugal, mas os vários estudos internacionais coincidem na atribuição do primeiro lugar à lombalgia. As patologias do foro osteoarticular e musculoesquelético, para além da lombalgia, constituem outras causas de elevada prevalência de dor crónica, bem como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática. A dor oncológica, frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem dos doentes que padecem de dor crónica. No entanto, tem uma importância especial pela patologia referida representar a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal.

Do mesmo modo, o impacto socio-económico da dor não está estudado em Portugal. A título de exemplo, num estudo realizado no Reino Unido⁷ estimou-se que a despesa de saúde relativa à lombalgia, que constituem, como se referiu, a patologia dolorosa crónica mais frequente, foi de 2,5 mil milhões € só no ano de 1998. Mas adicionando a esta despesa os custos indirectos, em consequência, nomeadamente, das perdas de produtividade, do absentismo e das reformas antecipadas, esse número sobe para quase 20 mil milhões €.

Salvo casos particulares como, por exemplo, a dor aguda pós-operatória ou a dor associada ao trabalho de parto, o controlo da dor deve iniciar-se e na maioria dos casos restringir-se aos Cuidados de Saúde Primários. Estes estão, necessariamente, na base de qualquer estratégia conducente à melhoria do controlo da dor na população em geral, tanto mais quanto a dor constitui um dos principais motivos de consulta dos médicos de família. Para além dos conhecimentos técnicos adequados, o médico de família deverá estar habilitado para avaliar os componentes sociais e culturais do meio em que se insere o doente e que poderão ser relevantes para o controlo da dor.

Porém, a complexidade do diagnóstico, a necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou a dificuldade no controlo da dor, são factores que podem conduzir à necessidade de referência do doente para uma estrutura de saúde mais diferenciada, constituída por profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor.

É neste contexto que surgem as Unidades de Dor nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme a equipa que as constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas. As Unidades de Dor mais diferenciadas devem constituir o topo de um sistema de referência, baseado na complexidade crescente da situação clínica e/ou da estratégia terapêutica.

De acordo com um inquérito realizado pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, em 2003, 53 hospitais do Serviço Nacional de Saúde possuíam estruturas dedicadas especificamente à dor crónica. Este número representa um aumento de 40% relativamente a um

⁶ Breivik *et al.*, 2006

⁷ N. Maniadakis e A. Gray, 2000

inquérito semelhante efectuado em 1999, antes da implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Contudo, e à semelhança do que sucedia em 1999, a maioria das estruturas não possuía o grau de diferenciação e especialização recomendados, particularmente por serem unidades monodisciplinares devido à ausência de psiquiatra e/ou psicólogo clínico ou médicos de outras especialidades, reduzida actividade semanal e ausência de investigação clínica. Refira-se, também, que é possível que os dados obtidos estejam sobrevalorizados, face à inexistência de uma avaliação independente.

No mesmo inquérito verificou-se que existiam apenas 22 Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória, o que representa uma diminuição de 4 unidades relativamente ao inquérito de 1999. As razões para esta diminuição são pouco compreensíveis, pois as Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória são apenas unidades funcionais que promovem programas de actuação organizada e protocolada em analgesia pós-operatória, que devem incluir todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados peri-operatórios, nomeadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros.

Relativamente à analgesia durante o trabalho de parto, verificou-se que existia actividade organizada em 31 dos 53 hospitais que responderam ao inquérito específico sobre esta matéria. As maternidades de Júlio Diniz (Porto), Bissaya Barreto (Coimbra) e Alfredo da Costa (Lisboa) possuem analgesia obstétrica 24 horas por dia e nos 7 dias da semana. Existem mais 15 hospitais com analgesia obstétrica durante 24 horas por dia e 9 durante 12 horas por dia. Destes hospitais, 16 têm analgesia obstétrica 7 dias por semana. Verificou-se, ainda, que a intensidade da dor só é registada em 24% dos hospitais com analgesia obstétrica.

A Direcção-Geral de Saúde emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que equipara a dor a 5º sinal vital. Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatórios, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais “clássicos” (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal). A referida Circular Normativa, indica, ainda, as escalas que poderão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, dando algumas instruções básicas sobre a sua utilização. Constata-se, porém, que a Norma ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, dos profissionais de saúde e da população em geral, respectivamente. A generalização da avaliação e registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados.

3. Princípios Orientadores

O Programa Nacional de Controlo da Dor baseia-se nos seguintes princípios orientadores:

- 3.1. Subjectividade da dor – No estado actual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;
- 3.2. A dor como 5º sinal vital – A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como manda a referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde;
- 3.3. Direito ao controlo da dor - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;
- 3.4. Dever do controlo da dor – Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica;

- 3.5. Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve ser efectuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

4. Objectivos Gerais

O Programa Nacional de Controlo da Dor tem três objectivos gerais:

- 4.1. Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa;
- 4.2. Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor;
- 4.3. Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

5. Objectivos Específicos

Para atingir os objectivos gerais, acima mencionados, será necessário atingir os seguintes objectivos específicos:

- 5.1. Conhecer a prevalência da dor crónica na população portuguesa;
- 5.2. Conhecer a prevalência da dor aguda pós-operatória na população portuguesa;
- 5.3. Conhecer a prevalência dos partos realizados sem possibilidade de recurso à analgesia epidural;
- 5.4. Melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico e controlo da dor;
- 5.5. Estabelecer uma rede de estruturas hospitalares diferenciadas para o diagnóstico e controlo de todos os tipos de dor;
- 5.6. Reduzir a prevalência da dor crónica não controlada;
- 5.7. Reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada;
- 5.8. Aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto;
- 5.9. Melhorar o acesso e racionalizar a prescrição e consumo dos medicamentos analgésicos.

6. População Alvo

Deve considerar-se como população alvo a atingir pela acção do presente programa toda a população portuguesa. Deve ser dada particular atenção aos doentes que recorrem às unidades de saúde.

7. Horizonte Temporal

O presente programa estende-se por um período de 10 anos, sendo alvo de uma avaliação estratégica intercalar no final de 2010. Desta avaliação poderá resultar a necessidade de se introduzirem medidas correctoras.

8. Estratégias de Intervenção

As seguintes estratégias de intervenção visam o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão da abordagem da dor:

- 8.1. Reforço da informação sobre a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital;
- 8.2. Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Crónica que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor (ver anexo);
- 8.3. Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
- 8.4. Revisão das normas de organização para a analgesia em Obstetrícia que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor;

- 8.5.Criação e/ou desenvolvimento de estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor;
- 8.6.Avaliação das estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor;
- 8.7.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de um circuito de referência hospitalar para os doentes com dor crónica;
- 8.8.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a referência dos doentes com dor crónica;
- 8.9.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor na criança;
- 8.10. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor na pessoa idosa;
- 8.11. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor no toxicodependente;
- 8.12. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a utilização de opióides na dor não-oncológica;
- 8.13. Elaboração de uma lista dos GDH's relativos às actividades das Unidades de Dor
- 8.14. Elaboração de proposta de norma técnica sobre terapêutica com opióides e condução automóvel;
- 8.15. Revisão das regras de prescrição dos medicamentos opióides, designadamente no que se refere ao receituário especial;
- 8.16. Elaboração de proposta de revisão do regime de comparticipação dos medicamentos opióides.

9. Estratégias de Formação

As seguintes estratégias de formação são dirigidas aos profissionais de saúde e, em termos de comunicação, à população em geral:

- 9.1.Sensibilização das Faculdades de Medicina para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.2.Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.3.Sensibilização das Faculdades de Psicologia para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.4.Elaboração de proposta de formação obrigatória em abordagem da dor no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar;
- 9.5.Elaboração de proposta de formação obrigatória em abordagem da dor nos Internatos Complementares de Cirurgia, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oncologia, Reumatologia, Ortopedia e Traumatologia e Psiquiatria;
- 9.6.Elaboração de proposta de criação de um Ciclo de Estudos Especiais em Dor;
- 9.7.Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a criação de instrumentos pedagógicos de formação básica sobre dor;
- 9.8.Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a realização de acções de formação médica sobre dor, com particular ênfase nos médicos de família;

- 9.9. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação da enfermagem sobre dor;
- 9.10. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação, junto da população em geral, de informação sobre dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor.

10. Estratégias de Colheita e Análise de Informação

As seguintes estratégias de colheita e análise de informação visam o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, assim como a medição de ganhos de saúde obtidos com o tratamento da dor:

- 10.1. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de um estudo epidemiológico sobre a prevalência da dor crónica e o seu impacto individual, social e económico;
- 10.2. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de um estudo epidemiológico sobre a prevalência da dor aguda pós-operatória;
- 10.3. Avaliação quantitativa e qualitativa da implementação, no Serviço Nacional de Saúde, da Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital;
- 10.4. Realização de um inquérito de avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor crónica
- 10.5. Realização de um inquérito de avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor aguda pós-operatória;
- 10.6. Realização de um inquérito de avaliação das condições para a realização de analgesia do trabalho de parto
- 10.7. Avaliação dos ganhos de saúde obtidos através da implementação do Programa.

11. Cronograma

	1º ano trimestres				2º ano trimestres				3º ano trimestres				4º ano trimestres				5º ano trimestres			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
8.1																				
8.2																				
8.3																				
8.4																				
8.5																				
8.6																				
8.7																				
8.8																				
8.9																				
8.10																				
8.11																				
8.12																				
8.13																				
8.14																				
8.15																				
8.16																				
9.1																				
9.2																				
9.3																				
9.4																				
9.5																				
9.6																				
9.7																				
9.8																				
9.9																				
9.10																				
10.1																				
10.2																				
10.3																				
10.4																				
10.5																				
10.6																				
10.7																				

12. Acompanhamento e Avaliação

A coordenação, monitorização e avaliação do Programa Nacional de Controlo da Dor é da responsabilidade da Direcção-Geral de Saúde, através de uma Comissão Nacional para o Controlo da Dor, a designar por despacho do Ministro da Saúde.

Com o objectivo de proceder à colheita e análise continuada e sistemática de informação sobre Dor, a fornecer à acima referida Comissão, será estimulada a criação de um Centro de Observação em Dor, de acordo com as orientações expressas na Circular Informativa da Direcção-Geral de Saúde nº 46/DSPCS, de 13 de Outubro de 2006.

A avaliação do Programa Nacional de Controlo da Dor é efectuada através dos seguintes indicadores:

12.1 Avaliação do impacto

1. Prevalência da dor crónica moderada ou forte;
2. Prevalência da dor aguda pós-operatória moderada ou forte;
3. Percentagem de partos realizados com analgesia epidural;
4. Número de primeiras consultas nas Unidades de Dor Crónica por milhão de habitantes;
5. Consumo de medicamentos opióides *per capita*.

12.2 Monitorização da implementação

1. Número de Unidades de Dor Crónica dos vários tipos por milhão de habitantes
2. Número de Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória por milhão de habitantes
3. Número de médicos com a competência em Medicina da Dor por milhão de habitantes
4. "Prevalência" da avaliação e registo regular da intensidade da dor nas unidades de saúde nacionais (dor como 5º Sinal Vital)
5. Demora média para obter primeira consulta em Unidade de Dor Crónica

13. Bibliografia

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (2006) 287-333

H. Merskey e N. Bogduk. Classification of chronic pain. 2nd Edition. IASP Press, Seattle, 1994, pp 209-214

Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK *Pain* 84 (2000) 95-103

Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira e José Marinho Falcão. A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002). *Dor*, 12 (2004) 6-39

Anexo

Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica

1. Consulta de Dor Crónica

Toda a forma organizada de diagnóstico e tratamento da dor crónica que não possua as características próprias das Unidades de Dor. Neste sentido, poderá funcionar com um número mínimo de médicos (no limite, apenas 1), não ter outros profissionais de saúde especificamente adstritos à Consulta de Dor, nem possuir instalações próprias. Contudo, deve realizar actividade regular (no mínimo semanal) e proceder ao registo dos doentes. O(s) médico(s) que as integram devem ter treino adequado em tratamento da dor, devendo existir, pelo menos, um médico com a Competência em Medicina da Dor atribuída pela Ordem dos Médicos. Deve estabelecer protocolo de colaboração com uma Unidade de Dor para referência dos doentes.

2. Unidade Terapêutica de Dor

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica e a executar alguns tratamentos e referenciar os doentes para especialidades complementares quando necessário, preferencialmente ao abrigo de protocolos estabelecidos com outros serviços hospitalares. Deve estar dotada com, pelo menos, 2 médicos treinados em terapêutica da dor e um Psiquiatra ou Psicólogo Clínico. Em alternativa, pode estabelecer um protocolo que permita a colaboração regular destes. Um dos médicos, possuidor da Competência em Medicina da Dor, exercerá as funções de coordenador da unidade. A equipa assistencial deve, ainda, integrar pelo menos um enfermeiro. Deve funcionar em instalações próprias, ainda que possam ser partilhadas, ter actividade regular (pelo menos 3 vezes por semana), e possuir registo de doentes. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista e ser gerida através de um centro de custos independente.

3. Unidade Multidisciplinar de Dor

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica, dotada de uma equipa multidisciplinar. Deverá integrar no mínimo um médico com a competência em Medicina da Dor, que coordena a unidade e médicos de, pelo menos, 3 especialidades diferentes, incluindo Psiquiatria, ou, em alternativa, duas especialidades e um Psicólogo Clínico. A equipa deverá contar, ainda, com enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e técnico administrativo. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista, ser gerida através de um centro de custos independente, funcionar em espaço próprio e ter actividade diária, incluindo atendimento telefónico. Deve estar capacitada para o tratamento de doentes no ambulatório, internamento (colaborando com os restantes serviços hospitalares) ou em situações de urgência. A Unidade deve funcionar com protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular e poderá estabelecer protocolos de colaboração com especialidades complementares. Pode estar envolvida no tratamento da dor aguda através de uma Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória. Deverá, ainda, participar em projectos de investigação clínica e na formação pós-graduada de profissionais de saúde.

4. Centro Multidisciplinar de Dor

Possui as mesmas características das Unidades Multidisciplinares de Dor mas deverá ter, pelo menos, dois médicos com a competência em Medicina da Dor e deverá estar integrada num Hospital Universitário ou num Hospital com Ensino Universitário, de acordo com a definição adoptada pelo Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto. Além disso, deve realizar investigação clínica e/ou básica através de projectos de investigação dotados de financiamento próprio e publicar regularmente os resultados dessa investigação. Deverá, ainda, promover regularmente a formação pós-graduada de profissionais de saúde e participar no ensino pré-graduado, sempre que para tal for solicitada.

Notas sobre a classificação das Unidades de Dor

- I. Os requisitos acima discriminados devem ser entendidos como requisitos mínimos. A título de exemplo, refere-se que qualquer Unidade de Dor poderá desenvolver ou participar em projectos de investigação clínica, independentemente do seu grau de diferenciação. Igualmente, as equipas

que constituem as Unidades de Dor poderão ter mais elementos técnicos do que os mencionados acima ou de outro tipo como, por exemplo, terapeuta ocupacional.

- II. Dado que os critérios para a atribuição da competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos foram definidos muito recentemente, admite-se, num período transitório, a possibilidade de as Unidades de Dor funcionarem sem qualquer médico detentor daquela competência, recomendando-se, no entanto, que todos os actuais coordenadores das Unidades de Dor tomem as iniciativas necessárias à sua obtenção.
- III. A organização e diferenciação das estruturas diferenciadas para o tratamento especializado da dor deverá ser adequada aos hospitais em que se integram, devendo ter, pelo menos, as características de:
 - (i) Consultas de Dor nos Hospitais Locais (plataforma C)
 - (ii) Unidades Terapêuticas de Dor nos Hospitais Médico-Cirúrgicos (plataforma B)
 - (iii) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Polivalentes (plataforma A)
 - (iv) Centros Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Universitários
 - (v) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Especializados Oncológicos (plataforma E)

Documento elaborado na Direcção-Geral da Saúde, no âmbito da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

Coordenação científica
José M. Castro Lopes

Coordenação executiva
Alexandre Dimiz