

Programa Regional de Controlo da Dor

Índice

Siglas e Acrónimos.....	2
1. Introdução	3
2. Contexto	4
2.1. Prevalência.....	4
2.2. Dor Aguda Pós-Operatória	5
2.3. Analgesia no Trabalho de Parto	6
2.4. Dor Crónica.....	6
2.5. Dor equiparada a 5.º Sinal Vital.....	6
2.6. Resumo	7
3. Princípios Orientadores.....	7
4. População Alvo.....	8
5. Objectivos.....	8
6. Estratégias de Intervenção.....	9
7. Estratégias de Formação	10
8. Estratégias de Colheita e Análise de Informação.....	11
9. Avaliação	12
9.1. Avaliação do Impacto	12
9.2. Monitorização da Implementação.....	12
10. Estrutura de Gestão e Operacionalização.....	12
Anexo I	13
Normas de Organização e Classificação das Unidades de Dor Crónica.....	13
11. Bibliografia.....	15

Siglas e Acrónimos

CNCD	Comissão Nacional de Controlo da Dor
DGS	Direcção Geral de Saúde
EFIC	<i>European Federation of IASP Chapters</i>
GDH's	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HDES, EPE	Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
HH, EPE	Hospital da Horta, EPE
HSEAH, EPE	Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo, EPE
IASP	International Association for the Study of Pain
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
OBSERVDOR	Observatório Nacional em Dor
PNCD	Programa Nacional de Controlo da Dor
PNLCD	Plano Nacional de Luta Contra a Dor
PRCD	Programa Regional de Controlo da Dor
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira

1. Introdução

A dor¹ é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como um fenómeno subjectivo, uma experiência multidimensional e desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão; deste modo, é de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, já que a dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população e é um dos sintomas mais relevantes para o diagnóstico da maioria das doenças.

A dor crónica, para além do sofrimento concomitante, reduz a qualidade de vida, não só por permanecer mais tempo, para lá da cura de uma lesão, mas pelas consequências (psicológicas, sociais e culturais, para o indivíduo, os familiares, os cuidadores e os sistemas de saúde) e pelas alterações fisiopatológicas de diversos sistemas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e para a perpetuação do fenómeno doloroso, fazendo a dor tornar-se numa doença por si só².

Segundo a Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde (DGS), de 2008, que define o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD)³, “a dor deve ser encarada 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” e o seu tratamento deve ser organizado nas vertentes da dor aguda pós-operatória, da analgesia de parto e da dor crónica. Além disso, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais⁴.

O governo português elaborou outros documentos importantes e pioneiros: Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001; Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14 de Junho de 2003, que equipara a dor ao 5º Sinal Vital; Dia Nacional de Luta Contra a Dor, comemorado anualmente, desde 2003.

A necessidade da elaboração de um Programa Regional de Controlo da Dor (PRCD) decorre de: adaptação à Região Autónoma dos Açores (RAA) das orientações da Comissão Nacional de Controlo da Dor (CNCD) - Unidades de Dor Aguda, Analgesia de Parto e critérios da classificação das Unidades de Dor Crónica; criação da

¹ H. Merskey e N. Bogduk. Classification of chronic pain. 2nd Edition. IASP Press, Seattle, 1994, pp 209-214, referido no PNCD.

² Declaração emitida no Parlamento Europeu, em 2001, pela EFIC, *European Federation of IASP Chapters* (disponível em www.efic.org/declarationonpain.html).

³ Disponível em <http://www.dgs.pt/>.

⁴ Proposta apresentada pela IASP, no 1º Dia Mundial Contra a Dor (mais informação disponível em www.iasp-pain.org) e em outras declarações mais recentes, assinadas por organizações internacionais:

- Human Rights Watch, 3 de Março de 2009 (<http://www.hrw.org/en/node/81080/>).

- <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=6776>.

- <http://www.hrw.org/en/news/2008/10/09/governments-should-improve-access-pain-treatment>.

Competência da Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos; monitorização da adaptação à RAA da Circular Normativa que equipara a intensidade da dor ao 5.º Sinal Vital pela Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro e conhecimento da realidade actual.

2. Contexto

2.1. Prevalência

Foi determinado num estudo europeu⁵, 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% e em Espanha de 11%), não é possível fazer estimativas seguras para o nosso país.

Em Portugal, foi publicado um estudo do Observatório Nacional de Saúde, em 2002, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíam a amostra ECOS⁶. 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 que são os tipos de dor de maior relevância clínica.

Os dados estatísticos, em percentagem, referidos na proposta do Plano Regional de Saúde, extraídos do Quarto Inquérito Nacional de Saúde (INSA/INE) reportam-se a 2005-2006, foram baseados em registos anteriores àquele período, não reflectem o estado actual real da população: Dor crónica 16,3 (Continente), 10,0 (RAA), 7,2 (Região Autónoma da Madeira - RAM). Há que considerar outras doenças crónicas e outras patologias que se acompanham, frequentemente, de dor - doenças reumáticas (12.9%), osteoporose (5.6%), doenças oncológicas (1.4%) – para se obterem dados mais próximos da realidade.

Segundo dados divulgados⁷ pelo Presidente da CNCD e do OBSERVDOR (Observatório Nacional em Dor), foram entrevistados em todo o país mais de 5.000 indivíduos maiores de 18 anos para avaliar a prevalência da dor crónica e o seu impacto individual, social e económico. Concluiu-se que cerca de 30% dos Portugueses sofrem de dor crónica, definida como uma dor presente várias vezes por mês, nos últimos 6 meses. Em quase metade destes

⁵ Breivik et al. 2006, referido no PNCD.

⁶ S. Rabiais et al., 2004, referido no PNCD.

⁷ De um estudo de 2007, concluído e a aguardar publicação, feito por um grupo de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, referido na revista DOR da APED, vol.15, n.º4/2007.

indivíduos, a intensidade média da dor é moderada ou intensa (igual ou superior a 5 numa escala de 0 a 10). A dor crónica atinge significativamente mais as mulheres e os indivíduos mais idosos, sendo a sua principal causa as patologias osteoarticulares (lombalgias em primeiro lugar).

Verificou-se, também, que a dor crónica interfere de forma moderada ou grave com as actividades domésticas e laborais em quase 50% dos casos, motivou a reforma antecipada de 13% dos doentes e provocou depressão clinicamente demonstrada em 17%. Saliente-se que 28% dos doentes medicados referiram que sentem dores muito frequentemente ou sempre, mesmo sob o efeito da medicação, e 35% dos doentes considera que a sua dor não está a ser bem tratada ou controlada, na maior parte, devido à ineficácia dos medicamentos, mas também porque os profissionais de saúde não valorizavam o controlo da dor.

Relativamente à RAA, o estudo permitiu concluir que a prevalência da dor crónica é aproximadamente 40%, sendo moderada ou intensa em quase 19%, ou seja, em ambos os casos, superior à média nacional, números que carecem de estudos mais aprofundados e relacionados com a realidade local.

A patologia 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, pelo sofrimento simultâneo, por representar a segunda causa de morte em Portugal, por ter uma elevada incidência na RAA 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 Portugal⁸.

Em conclusão, deve ser dado particular interesse às doenças osteoarticulares (havendo concordância nos vários estudos), bem como às cefaleias e, em menor escala, à dor de origem neuropática e às doenças oncológicas.

2.2. Dor Aguda Pós-Operatória

A dor aguda pós-operatória é um caso particular de um tipo de dor provocada pelo próprio médico no decurso da sua intervenção, pelo que tem causas bem conhecidas e é facilmente tratável; apesar disso, continua a ser negligenciada e 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.

⁸ Como referido no PNCD e de acordo com a EFIC, as repercussões sócio-económicas da dor foram equiparadas às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro. Neste Plano alude-se, também, a um estudo realizado no Reino Unido (N. Maniadakis e A. Gray, 2000) onde se estimou que a despesa de saúde relativa às lombalgias, que constituem a patologia dolorosa crónica mais frequente, foi de 2,5 biliões de euros só no ano de 1998 e que associando a esta despesa os custos indirectos, em consequência das perdas de produtividade, do absentismo, das reformas antecipadas, entre outros, esse número sobe para quase 20 biliões de euros.

O seu controlo depende fundamentalmente da existência e adequada aplicação de protocolos de actuação no período peri-operatório - Unidades de Dor Aguda⁹.

2.3. Analgesia no Trabalho de Parto

Relativamente à analgesia durante o trabalho de parto, é considerada um direito de todas as parturientes, desde que manifestem essa vontade, sejam devidamente informadas, dêem o seu consentimento e que não tenham contra-indicação de ordem clínica. Tem-se verificado que foi sendo melhor organizada, desde que se aplicam as orientações do PNLCD de 2001, sendo já uma preocupação nos Hospitais da RAA.

2.4. Dor Crónica

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. De acordo com os estudos referidos e com o aumento da esperança média de vida (com o conseqüente envelhecimento da população), bem como o aumento de doentes padecendo de patologias que se acompanham de dor (doença osteoarticular, cancro) é previsível um aumento da prevalência da dor crónica no futuro, na RAA, como em Portugal continental.

As estratégias a desenvolver na RAA assentam na organização de estruturas hospitalares, na sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática da dor e, ao mesmo tempo, na sensibilização da população para manifestar este fenómeno subjectivo, não tornando a dor e o sofrimento que decorre da dor-doença como uma fatalidade.

2.5. Dor equiparada a 5.º Sinal Vital

A DGS emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que equipara a dor ao 5º Sinal Vital e que foi adaptada à RAA pela Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro. Deste modo, passou a ser obrigatória e considerada como boa prática clínica a avaliação (e registo) regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece para os 4 sinais vitais “clássicos” (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal); a referida circular normativa refere, ainda, quatro escalas para ser seleccionada uma na avaliação da intensidade da dor, de acordo com cada doente e divulga instruções básicas sobre a sua utilização. Para os doentes com dificuldade de comunicação, aguardam-se orientações da CNCD.

⁹ Segundo o PNLCD, 2001, Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória são unidades funcionais que promovem programas de actuação organizada e protocolizada em analgesia pós-operatória, que devem incluir todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados peri-operatórios, nomeadamente anesthesiologistas, cirurgiões e enfermeiros.

2.6. Resumo

O controlo da dor deve iniciar-se nos Cuidados de Saúde Primários, excepto para a dor aguda pós-operatória ou a dor associada ao trabalho de parto que se confinam ao ambiente hospitalar. A formação específica em medicina geral e familiar deve estar 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 da procura de consultas.

Porém, a complexidade do diagnóstico, a necessidade de realizar exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas, e/ou a dificuldade no controlo da dor e no manuseamento de fármacos específicos, são factores que podem conduzir à necessidade de referenciação do doente para estruturas de saúde mais diferenciadas, com apoio de profissionais especializados.

É neste contexto que surgem, nos hospitais, as Unidades de Dor Crónica e que, há uma década, foi criada a primeira Unidade de Dor Crónica da RAA, segundo as orientações do PNLCD de 2001.

Desde 2004 que a RAA integra as diversas Comissões Nacionais criadas no âmbito do Programa Nacional de Luta contra a Dor.

O PRCDor insere-se no âmbito do *Programa Regional de Saúde 2009-2012*, devendo ter intercepção e complementaridade com outros programas regionais, entre os quais na área das doenças oncológicas e das doenças reumáticas ¹⁰ e pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao sector da saúde, nomeadamente a rede dos Centros de Saúde, a Rede de Cuidados Continuados Integrados, instituições do Ensino Superior, Ordens Profissionais e Sociedades Científicas, sem prejuízo da cooperação das associações de doentes e a inclusão de outras entidades públicas ou privadas cuja cooperação, assistencial ou na formação dos profissionais, se venha a revelar importante no decurso da implementação do programa.

3. Princípios Orientadores

Um Programa de Controlo da Dor deve basear-se nos seguintes princípios orientadores:

- 3.1. Subjectividade da dor – a Intensidade da dor é necessariamente aquela que o doente refere e deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;

¹⁰ Segundo a circular normativa de 2008, pág. 5: "O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) 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".

- 3.2. Direito ao controlo da dor - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, de forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;
- 3.3. Dever do controlo da dor – Todos os profissionais de saúde devem ter as condições necessárias para adoptar estratégias de diagnóstico, prevenção e controlo da dor, ou referência dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde;
- 3.4. A dor como 5º Sinal Vital – A avaliação e registo regulares da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser praticada em todas as instituições de saúde, nomeadamente em todas as consultas e serviços;
- 3.5. Tratamento multidisciplinar – A forma mais correcta da avaliação e tratamento da pessoa com dor centra-se na abordagem biopsicossocial por equipas multidisciplinares com formação específica e devidamente treinadas para o atendimento dos casos mais complexos;
- 3.6. Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve ser efectuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, recorrendo-se a níveis crescentes de diferenciação e de especialização, sempre que necessário.

4. População Alvo

Deve considerar-se como população alvo a atingir pela acção do PRCDor toda a população que recorre aos Serviços de Saúde da RAA¹¹.

5. Objectivos

O PRC Dor adapta à RAA as linhas gerais do PNCD e permitir a normalização de atitudes e orientações que os profissionais e os serviços prestadores de cuidados de saúde adoptam junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

¹¹ Segundo a circular normativa de 2008, pág. 9: "Deve considerar-se como população alvo a atingir pela acção do PNCD toda a população portuguesa e deve ser dada particular atenção aos doentes que recorrem às unidades de saúde".

São três os objectivos gerais:

- 5.1. Reduzir a prevalência da dor não controlada na população da RAA;
- 5.2. Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor;
- 5.3. Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

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

- a) Conhecer a prevalência da dor crónica na população açoriana;
- b) Conhecer a prevalência da dor aguda pós-operatória na população açoriana;
- c) Conhecer a prevalência dos partos realizados com e sem possibilidade de recurso à analgesia epidural;
- d) Melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico e controlo da dor;
- e) Melhorar a aplicação da Circular Normativa que equipara a intensidade da dor ao 5.º Sinal Vital;
- f) Organizar as estruturas hospitalares diferenciadas para o diagnóstico e controlo de todos os tipos de dor e definir uma rede regional em articulação com uma rede nacional;
- g) Reduzir a prevalência da dor crónica não controlada;
- h) Reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada;
- i) Aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto;
- j) Melhorar o acesso e racionalizar a prescrição e consumo dos medicamentos analgésicos.

6. Estratégias de Intervenção

- 6.1. Reforço da informação, junto de todos os profissionais de saúde, sobre a norma da DGS nº 09/DGCG de 14/06/2003 e da Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro da DRS que equipara a intensidade da Dor ao 5º Sinal Vital;
- 6.2. Adaptação dos registos do 5.º Sinal Vital ao Sistema de Informação da Saúde/Açores Regional Digital (SIS-ARD);

- 6.3 Reorganização da Unidade Multidisciplinar de Dor no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, orientada para o tratamento especializado da dor e divulgação do seu Regulamento a nível regional;
- 6.4. Organização das Consultas de Dor Crónica no Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo, EPE e no Hospital da Horta, EPE, segundo as normas que constam no PNCD¹² e divulgação dos seus Regulamentos aos profissionais das respectivas áreas de influência;
- 6.5. Adaptação das Unidades de Dor Aguda do Pós-Operatório, nos três Hospitais da RAA, às orientações do PNLCD e às determinações técnicas que venham a ser divulgadas pela CNCD;
- 6.6. Adaptação das normas de organização para a Analgesia em Obstetrícia, nos três Hospitais da RAA, segundo as orientações do PNLCD e as determinações técnicas que venham a ser divulgadas pela CNCD;
- 6.7. Articulação das três Unidades de Dor Crónica com as Equipas Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos dos respectivos hospitais e com a Rede de Cuidados Continuados Integrados;
- 6.8. Divulgação da Rede Regional de Tratamento da Dor para os doentes com dor crónica e respectivas normas de referenciação junto dos profissionais de saúde;
- 6.9. Divulgação, junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a dor na criança, a dor no idoso e outras orientações técnicas que emanem da CNCD;
- 6.10. Divulgação junto dos profissionais de saúde, de orientações técnicas sobre a utilização de opióides na dor crónica não-oncológica, de acordo com a Circular Informativa da DGS Nº: 09/DSCS/DP/DSQC, 24/03/08;
- 6.11. Aplicação à RAA do regime de comparticipação dos medicamentos opióides;
- 6.12. Parcerias com a Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores ou outras congéneres.

7. Estratégias de Formação

- 7.1. Parcerias com Instituições Universitárias para aquisição da Competência em Medicina da Dor;
- 7.2. Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em dor e para estabelecer um programa integrado ao longo do curso de licenciatura;

¹² Ver anexo 1 - Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica, PNCD, 2008.

- 7.3. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a criação de instrumentos pedagógicos de formação básica sobre diagnóstico e tratamento da pessoa com dor;
- 7.4. Promoção de formação teórica e prática (estágios opcionais) em dor nos Internatos Médicos, com prioridade para o Internato de Medicina Geral e Familiar;
- 7.5. Promoção de acções de formação em Dor, via articulação entre as várias Instituições, com particular ênfase para os especialistas de Medicina Geral e Familiar, abrangendo várias ilhas;
- 7.6. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação da enfermagem sobre dor, abrangendo várias ilhas;
- 7.7. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação junto da população em geral de informação sobre a dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor, na Semana Europeia de Luta contra a Dor e das orientações específicas divulgadas pela International Association for the Study of Pain (IASP) nos Dias Mundiais e ao longo dos Anos Internacionais de Luta contra a Dor.

8. Estratégias de Colheita e Análise de Informação

- 8.1. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais, em particular com o OBSERVDOR e instituições universitárias para a realização de estudos de interesse regional;
- 8.2. Avaliação quantitativa e qualitativa da implementação das normas da DGS e da DRS e nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital e a Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro da DRS;
- 8.3. Análise das respostas aos inquéritos da CNCD de avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento:
 - da dor crónica,
 - da dor aguda no pós-operatório;
 - de avaliação das condições para a realização de analgesia do trabalho de parto;
- 8.4. Avaliação dos ganhos em saúde e da melhoria da qualidade de vida, obtidos através da implementação do PRCD.

9. Avaliação

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

9.1. Avaliação do Impacto

- a) Prevalência da dor crónica moderada ou intensa;
- b) Prevalência da dor aguda pós-operatória moderada ou intensa;
- c) Percentagem de partos realizados com analgesia epidural;
- d) Número de primeiras consultas nas Unidades de Dor Crónica;
- e) Consumo de medicamentos opióides *per capita*.

9.2. Monitorização da Implementação

- a) Regularidade da avaliação e registo da intensidade da dor, como 5º Sinal Vital, nas unidades de saúde;
- b) Número de profissionais que frequentaram acções de formação específicas sobre dor;
- c) N.º de estágios frequentados por médicos internos de Especialidade;
- d) Número de médicos com a Competência em Medicina da Dor;
- e) Demora média para obter primeiras consultas em Unidades de Dor Crónica;
- f) Grau de satisfação dos utentes.

10. Estrutura de Gestão e Operacionalização

A coordenação, monitorização e avaliação do PRCD é da responsabilidade da Secretaria Regional da Saúde, através da nomeação da Estrutura de Gestão do Programa.

Anexo I

Normas de Organização e Classificação das Unidades de Dor Crónica¹³

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 referenciação 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.

¹³ Programa Nacional de Controlo da Dor, pag.14 e 15.

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)

11. Bibliografia

- Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira e José Marinho Falcão. A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002). Dor, 12 (2004) 6-39; citado no PNCD;
- 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;
- Plano Nacional de Luta contra a Dor, DGS, 2001;
- Programa Nacional de Controlo da Dor, Circular Normativa da DGS Nº 11/DSCS/DPCD, 18/06/08;
- Despacho n.º 24480/2008, de 30 de Setembro – nomeia a Comissão Nacional de Controlo da Dor e define as regras do seu funcionamento;
- Despacho n.º 25788/2008, de 15 de Outubro – define o regime de encargos a suportar com as deslocações dos membros da Comissão instituída;
- Despacho nº 10279/2008, de 11 de Março – Comparticipação de medicamentos opióides, o tratamento da dor oncológica;
(Alterado o Anexo pelo Despacho nº 30995/2008, de 21 de Novembro);
- Despacho nº 10280/2008, de 11 de Março – Comparticipação de medicamentos opióides, na dor crónica não oncológica;
(Alterado o Anexo pelo Despacho nº 30993/2008, de 21 de Novembro);
- Despacho nº 12220/2009, 21 de Maio – Alteração do anexo do despacho n.º 10 280/2008, de 11 de Março - medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor crónica não oncológica;
- Despacho nº 12221/2009, 21 de Maio – Alteração ao anexo do despacho n.º 10 279/2008, de 11 de Março - medicamentos opióides prescritos para o tratamento da dor oncológica;
- Circular Normativa nº 12/2008, de 10 de Julho – Comparticipação de medicamentos opióides para tratamento da dor crónica não oncológica;
- Circular Normativa DGS nº 09/DGCG de 14/06/2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor;
- Circular Normativa nº 24/2003, de 22 de Outubro – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor;
- Despacho D/SSRAS/1999/14, de 27 de Julho – Aplica ao SRS as medidas respeitantes a comparticipações de medicamentos a doentes possuidores de doenças crónicas consideradas especiais;
- Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, 12 de Junho – Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores.