

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012  
112 anos

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 003/2012

DATA: 19/10/2012

---

<b>ASSUNTO:</b>	<b>Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda</b>
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	<b>Dor Aguda</b>
<b>PARA:</b>	<b>Hospitais do Sistema de Saúde Português</b>
<b>CONTACTOS:</b>	<b>Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (<a href="mailto:dspdps@dgs.pt">dspdps@dgs.pt</a>) e Departamento da Qualidade na Saúde (<a href="mailto:dqs@dgs.pt">dqs@dgs.pt</a>)</b>

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde e do Departamento da Qualidade na Saúde emite-se a seguinte:

### I – NORMA

1. Nos hospitais do sistema de saúde português tem de existir uma Unidade Funcional de Dor Aguda (Nível de evidência II)<sup>10</sup>.
2. Nos centros hospitalares tem de existir, em cada unidade hospitalar que os integra, um elemento de ligação com a Unidade de Dor Aguda.
3. A Unidade Funcional de Dor Aguda promove a prestação de cuidados individualizados, no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes da unidade hospitalar que deles necessitem.
4. A Unidade Funcional de Dor Aguda:
  - a) é constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde com formação e experiência na abordagem da dor aguda;
  - b) integra, no mínimo, três profissionais de saúde, obrigatoriamente dois médicos, um dos quais anestesiológista;
  - c) é coordenada por um médico designado pela direção do hospital para o efeito e que a integra.
5. A Unidade Funcional de Dor Aguda cumpre os seguintes requisitos:
  - a) implementação do uso de escalas de avaliação da intensidade da dor e métodos adequados ao seu registo no processo clínico, bem como dos efeitos secundários e complicações relacionados com a terapêutica da dor aguda;
  - b) elaboração de protocolos de atuação clínica (Nível de evidência III-3)<sup>10</sup>, em respeito pelo consignado nas normas clínicas da Direção-Geral da Saúde, relativos, entre outros, a:
    - i. abordagem da dor aguda;

- ii. prevenção e tratamento dos efeitos secundários mais frequentemente associados à terapêutica farmacológica da dor aguda;
  - iii. abordagem de complicações relacionadas com as técnicas e os fármacos usados na abordagem da dor aguda.
- c) formalização de acordos com outros serviços da unidade hospitalar, de modo a garantir a capacidade de orientação e intervenção terapêutica permanentes (24h/24h) para a abordagem de situações de dor aguda não controlada, efeitos secundários e complicações da terapêutica analgésica (Nível de evidência III-3)<sup>10</sup>;
- d) definição e realização de programas de formação dirigidos a todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem da dor aguda (Nível de evidência III-3)<sup>10</sup>;
- e) informação aos doentes e/ou cuidadores relativamente à dor e seu tratamento e obtenção de consentimento informado nos casos em que haja necessidade de técnicas especiais (Nível de evidência II)<sup>10</sup>.

## II – CRITÉRIOS

- a) A Unidade Funcional de Dor Aguda (UDA) é um modelo organizativo de natureza funcional e, portanto, não orgânico.
- b) A ação da UDA visa melhorar a qualidade do controlo da dor, promover o recobro e a reabilitação funcional dos doentes e contribuir para a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como para o controlo dos seus custos.
- c) O maior obstáculo ao alívio adequado da dor não está na insuficiência de métodos analgésicos eficazes, mas na ausência de organização<sup>36</sup>.
- d) A UDA tem como objetivo incentivar a cooperação interprofissional e entre os serviços assistenciais da unidade hospitalar, coordenando os profissionais envolvidos no processo global de gestão da dor aguda, de modo a reduzir a prevalência de dor não controlada, a prevenir a ocorrência de morbilidade, a curto e longo prazo, relacionada com a sua abordagem inadequada, bem como das respetivas repercussões sociais e económicas.
- e) Constituição e organização da equipa:
- i. O número e a especialização dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar da UDA, bem como a sua organização interna, devem ser adaptados às características da unidade hospitalar onde esta se insere, nomeadamente, a sua dimensão, grau de diferenciação e especificidades dos doentes que cuida.
  - ii. A coordenação da UDA é assumida por um médico, preferencialmente anestesiologista. O coordenador da unidade é responsável pela gestão funcional da equipa multidisciplinar.
  - iii. Entende-se como coordenação da UDA:
    - (i) organização da unidade;
    - (ii) supervisão da elaboração e aplicação dos protocolos de atuação clínica;

- (iii) monitorização e avaliação da atividade assistencial de acordo com critérios de eficácia e de segurança;
    - (iv) articulação da unidade com os serviços envolvidos na prestação de cuidados ao doente, de modo a promover a abordagem da dor aguda de modo eficaz e seguro.
  - iv. Em cada serviço hospitalar devem ser nomeados um médico e um enfermeiro, “médico e enfermeiro de ligação”, com as seguintes funções:
    - (i) consultoria e articulação com a UDA;
    - (ii) implementação dos protocolos de abordagem da dor aguda;
    - (iii) identificação das necessidades de formação dos profissionais e colaboração com a UDA na organização e realização das atividades formativas;
    - (iv) difusão da informação e ensino dos doentes e/ou seus cuidadores sobre a dor e o seu tratamento;
    - (v) cooperação com a UDA na avaliação dos resultados.
  - v. A equipa da UDA deve integrar, sempre que possível, um farmacêutico em representação dos serviços farmacêuticos da unidade hospitalar. Este profissional colabora com a UDA na elaboração de metodologias promotoras de segurança e eficiência na utilização dos fármacos analgésicos e controlo dos seus custos.
  - vi. Nas áreas assistenciais sem internamento (áreas da medicina de emergência e radiologia de intervenção, por exemplo) devem existir profissionais de saúde com conhecimentos adequados à abordagem da dor aguda de modo eficaz e seguro, segundo os protocolos de atuação clínica.
- f) Funcionamento da UDA

A UDA é responsável pela implementação do uso de escalas de avaliação da intensidade da dor adaptadas à idade e condição clínica dos doentes<sup>1,2,3</sup>, bem como das seguintes recomendações relativas à sua utilização:

  - i. A avaliação da intensidade da dor deve ser realizada, à semelhança dos sinais vitais, de forma regular e sistemática, com registo no processo clínico.
  - ii. A utilização, sempre que possível, de uma escala de autoavaliação de dor adequada à idade e condição clínica do doente.
  - iii. A frequência de avaliação da dor deve ser adaptada ao estado clínico do doente, realizando-se, no mínimo, uma vez em cada 8h.
  - iv. A avaliação da intensidade da dor é realizada em repouso e em associação com o movimento (respiração profunda, tosse, mobilização, deambulação, exercícios de fisioterapia), de modo a assegurar que o seu controlo é adequado, não só ao conforto do doente, mas, também, à sua participação em atividades de recuperação funcional.

- v. A intensidade da dor, as intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, a resposta ao tratamento e a ocorrência de efeitos secundários, devem ser sistematicamente registados, de forma clara e visível, em local próprio do registo clínico do doente.

g) Avaliação da eficácia e tolerabilidade do plano terapêutico:

- i. No contexto da abordagem individualizada da dor, a eficácia e a tolerabilidade da terapêutica analgésica dos doentes com dor aguda devem ser regularmente avaliadas.

- ii. Avaliação pelo médico responsável pelo doente:

- (i) nos doentes medicados com analgésicos administrados por técnicas convencionais<sup>4</sup> (métodos tradicionais de administração de analgésicos – oral, retal, sublingual, subcutânea, intramuscular ou endovenosa) a revisão regular da terapêutica instituída, bem como a sua alteração de acordo com os protocolos previamente estabelecidos, sempre que esta se manifeste insuficiente ou inadequada, compete ao médico responsável pelo doente;

- (ii) se necessário, a UDA colaborará com estes profissionais na resolução de problemas.

- iii. Avaliação pelo anestesiológista da UDA

Os doentes sob terapêutica analgésica administrada por técnicas não convencionais<sup>4</sup> (analgesia por via epidural, subaracnoideia, perineural ou peripléxica e técnicas de analgesia controlada pelo doente) devem ser observados diariamente por um médico anestesiológista (anestesiológista da UDA ou outro, de acordo com a organização interna da unidade hospitalar) especialmente designado para essa tarefa.

- iv. Definição de estratégias para abordagem de complicações relacionadas com as técnicas analgésicas:

- (i) a UDA é responsável pela elaboração dos protocolos de abordagem de complicações relacionadas com as técnicas analgésicas;

- (ii) a abordagem das complicações relacionadas com as técnicas analgésicas que envolvem o neuro-eixo, nomeadamente lesão neurológica, hematoma e/ou infeção, implica a existência de disponibilidade de apoio de outras especialidades médicas (microbiologia, imagiologia, neurologia, neurocirurgia) ou, no caso de hospitais onde estas condições não se verifiquem, o estabelecimento de protocolos com outras unidades hospitalares que permitam a avaliação do doente, realização de exames complementares de diagnóstico e intervenção terapêutica precoces.

- v. Acessibilidade da informação relacionada com a abordagem da dor aguda

A UDA deve providenciar para que a informação relevante, nomeadamente escalas de avaliação da intensidade da dor, protocolos de atuação clínica na dor aguda e das complicações relacionadas com as técnicas analgésicas e com o processo de referência de doentes com dor aguda não controlada, seja divulgada e facilmente acessível para consulta.

- vi. Implementação de metodologias para a utilização dos equipamentos destinados à abordagem da dor aguda:
  - (i) a unidade hospitalar, de acordo com as suas características e com as especificidades dos doentes que cuida, deve dispor de equipamento apropriado e em quantidade adequada para garantir a abordagem segura e eficaz da dor aguda. Este equipamento inclui dispositivos de atuação terapêutica (utilizados na administração de fármacos por via endovenosa, epidural, subaracnoideia, peripléxica ou perineural e sistemas de Analgesia Controlada pelo Doente (*Patient Controlled Analgesia* -PCA) e de monitorização clínica;
  - (ii) a UDA deve propor políticas para aquisição e manutenção dos equipamentos necessários ao tratamento da dor aguda e é responsável pela organização e implementação de estratégias de formação que permitam o desenvolvimento de competências pelos profissionais que os manuseiam.
- vii. Implementação de metodologias de utilização de fármacos analgésicos:
  - (i) os serviços farmacêuticos da unidade hospitalar devem promover a implementação de metodologias que garantam a segurança e a eficiência na utilização dos fármacos analgésicos e o controlo dos seus custos;
  - (ii) a preparação dos fármacos para administração por via endovenosa, epidural, subaracnoideia, peripléxica ou perinervosa, em perfusão contínua e/ou utilizando equipamentos de analgesia controlada pelo doente, deve ser realizada em condições controladas, de acordo com as recomendações dos serviços farmacêuticos da unidade hospitalar;
  - (iii) devem ser desenvolvidas medidas que assegurem que os fármacos destinados à administração neuroaxial (epidural ou subaracnoideia), perinervosa ou peripléxica não sejam inadvertidamente administrados por outras vias.
- h) Formação e treino dos profissionais de saúde:
  - i. No contexto da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, a UDA é responsável pela programação regular e supervisão das atividades de formação relacionadas com a abordagem da dor aguda, cuja realização deve ser apoiada pelas estruturas de gestão da unidade hospitalar.
  - ii. Os profissionais de saúde envolvidos na abordagem da dor aguda devem receber formação relativa à prestação de cuidados eficazes e seguros.
  - iii. De modo a manter competências e a assegurar a qualidade dos cuidados é imprescindível que esta formação seja atualizada periodicamente. Esta formação deve incluir:
    - (i) treino da capacidade de comunicação;
    - (ii) métodos de avaliação da dor;
    - (iii) opções de tratamento analgésico;
    - (iv) reconhecimento dos riscos inerentes a tipos particulares de terapêuticas;

- (v) manuseamento de equipamentos relevantes;
  - (vi) diagnóstico/abordagem precoce de complicações;
  - (vii) auditoria clínica.
- i) Informação ao doente:
- i. A UDA é responsável pelo desenvolvimento e implementação de estratégias de informação ao doente e/ou ao cuidador, de modo a assegurar níveis de conhecimentos adequados à sua participação ativa no processo terapêutico, que lhes permita tomar decisões e dar o seu consentimento informado relativo ao método de abordagem da dor. Esta informação deve contemplar os seguintes aspetos<sup>5</sup>:
    - (i) formas e métodos de avaliação da dor;
    - (ii) objetivos e benefícios do tratamento;
    - (iii) opções terapêuticas analgésicas disponíveis, sua eficácia e potenciais efeitos secundários e complicações.
  - ii. A informação deve ser transmitida verbalmente, em linguagem simples e facilmente compreensível e, sempre que possível, ser reforçada através de informação escrita. Devem ser garantidas disposições especiais que permitam o acesso dos doentes com dificuldades de comunicação (visual e/ou auditiva) ou de linguagem a esta mesma informação.
- j) Avaliação da qualidade dos serviços:
- i. A UDA deve avaliar a qualidade dos serviços prestados através da implementação de programas de auditoria regulares e sistemáticos, utilizando indicadores representativos da atividade assistencial (eficácia, efeitos secundários e complicações relacionadas com os fármacos e as técnicas utilizadas na abordagem da dor e grau de satisfação dos doentes) bem como da atividade formativa/informativa desenvolvida junto de profissionais de saúde e doentes<sup>6</sup>, tais como:
    - (i) eficácia da abordagem da dor aguda pós-operatória:
      - (1) % de doentes sem dor ou com dor ligeira em repouso (intensidade inferior a 3 na escala numérica 0-10);
      - (2) % de doentes com dor associada ao movimento (respiração profunda, tosse eficaz, mudança de posição no leito, deambulação) de intensidade inferior a 3 (escala numérica 0-10).
    - (ii) abordagem da dor aguda não relacionada com a cirurgia:
      - (1) % de doentes com dor aguda que têm registos da intensidade da dor;
      - (2) % de doentes com registos de dor moderada ou severa em avaliações consecutivas;
      - (3) % de doentes com dor moderada a severa que receberam tratamento analgésico nos 15 minutos seguintes à avaliação.

- (iii) formação dos profissionais de saúde promovida pela Unidade de Dor Aguda:
    - (1) % de médicos que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos;
    - (2) % de enfermeiros que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos.
  - (iv) informação do doente relativamente à abordagem da dor:
    - (1) % de doentes admitidos para procedimentos cirúrgicos eletivos que receberam informação pré-operatória relativa à abordagem da dor;
    - (2) % de doentes admitidos na unidade hospitalar de forma não programada que receberam informação relativa à abordagem da dor.
  - (v) satisfação do doente:
    - (1) % de doentes satisfeitos com a informação fornecida relativamente à dor e aos métodos para o seu controlo;
    - (2) % de doentes que sentem que os profissionais de saúde fizeram tudo o que era possível para controlar a sua dor;
    - (3) % de doentes que escolheriam um método alternativo para controlo da dor, caso necessitem de um outro procedimento cirúrgico.
  - ii. É da responsabilidade da UDA o relato e análise de incidentes críticos relacionados com a abordagem da dor aguda.
- k) Investigação clínica em dor
- A UDA deve, sempre que possível, incentivar e apoiar os profissionais no desenvolvimento de atividades de investigação.

### III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:



- i. % de doentes com registos regulares, no processo clínico, de intensidade da dor
- ii. % de doentes com registo de intensidade de dor moderada ou severa (superior a 4 na escala numérica 0-10) em dois ou mais registos consecutivos do processo clínico

#### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Dor aguda é, segundo a definição da IASP (*International Association for the Study of Pain*), a dor de início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida<sup>7</sup>.
- b) Nas unidades hospitalares, a dor pós-operatória representa a principal causa de dor aguda. No entanto, a dor associada ao trauma, queimados, realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não cirúrgicos como cateterismos vasculares, biópsias ou pensos, entre outros e algumas patologias médicas como, por exemplo, pancreatite aguda ou cólica renal, são, também, uma causa comum de sofrimento.
- c) O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização e melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde, conforme citado pela Direção-Geral da Saúde na Circular Normativa nº 9/DGCG emitida a 14 de junho de 2003.
- d) A Carta dos Direitos do Doente Internado publicada pelo Ministério da Saúde em 12 de maio de 2005 e, posteriormente, pela Direção-Geral da Saúde em 1 de junho de 2011, assinala igualmente o direito do doente ao tratamento da dor.
- e) As consequências fisiológicas, psicológicas e socioeconómicas deletérias do controlo inadequado da dor aguda<sup>8,9,10</sup>, bem como o seu contributo potencial para o desenvolvimento de dor crónica<sup>10,11,12,13,14,15,16,17,18</sup>, são amplamente reconhecidas.
- f) A dor aguda não controlada, bem como a resposta de *stress* associada, têm consequências fisiológicas e psicológicas importantes, que podem ser responsáveis por disfunção orgânica e aumento da morbidade e da mortalidade.
- g) A dor aguda é, tal como o trauma ou a cirurgia, um dos principais fatores desencadeantes da resposta de *stress*, também conhecida como resposta orgânica à lesão. Os componentes neuroendócrino, metabólico, humoral e imune desta resposta desencadeiam múltiplas alterações (inflamação, hiperalgesia, hiperglicemia, catabolismo proteico, lipólise e modificação dos fluxos de água e eletrólitos), que têm como objetivo final manter e/ou restaurar o equilíbrio interno do organismo<sup>19</sup>. Contudo, esta resposta, sobretudo quando intensa e prolongada, torna-se contraproducente afetando negativamente a recuperação do doente<sup>15,20</sup>.
- h) A magnitude da resposta orgânica à lesão está diretamente relacionada com a intensidade e a duração do estímulo desencadeante, e embora a dor seja apenas um dos estímulos capazes de a desencadear, o seu tratamento eficaz pode ter impacte significativo na resposta à lesão<sup>19</sup>.
- i) A dor aguda é responsável pela ativação do sistema nervoso simpático. A hiperatividade simpática agrava o risco de isquemia miocárdica, particularmente em doentes com patologia



cardíaca preexistente e reduz a mobilidade gastrointestinal, contribuindo para o desenvolvimento de íleo paralítico<sup>21</sup>.

- j) A ocorrência de dor pós-operatória severa, após cirurgia torácica ou do andar superior do abdómen, dificulta a tosse e contribui para a redução de fluxos e volumes pulmonares, podendo ser responsável pelo aumento da incidência de complicações respiratórias<sup>22</sup>.
- k) O controlo inadequado da dor aguda pode ser responsável por ansiedade, perturbações do sono, desmotivação e, em situações mais extremas, incapacidade de interagir com os outros<sup>23</sup>.
- l) Os doentes mais jovens, as pessoas idosas, aqueles que possuem comorbilidades e os submetidos a cirurgia *major*, são os que apresentam maior risco de resultados adversos relacionados com o alívio inadequado da dor aguda<sup>21</sup>.
- m) O controlo inadequado da dor aguda reduz a capacidade do doente participar em programas de reabilitação e é responsável pelo atraso do recobro e recuperação funcional e pelo aumento da duração do internamento hospitalar<sup>24,25,26</sup>.
- n) Os resultados de alguns estudos permitiram concluir que o controlo adequado da dor aguda foi responsável por:
  - i. redução significativa da morbilidade perioperatória, bem como da duração e dos custos do internamento hospitalar, em doentes de alto risco submetidos a cirurgia *major* e internados em unidades de cuidados intensivos<sup>27,28</sup>;
  - ii. melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, encurtamento do período de recobro funcional e aumento da satisfação dos doentes<sup>29</sup>.
- o) Existe evidência crescente que suporta a associação entre a intensidade da dor aguda e o risco de desenvolvimento de dor crónica observada em vários grupos de doentes, nomeadamente os submetidos a procedimentos cirúrgicos, os que apresentam traumatismos múltiplos e os queimados<sup>18</sup>.
- p) A intensidade da dor pós-operatória é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica<sup>12,13,18</sup> (Nível de evidência IV)<sup>10</sup>.
- q) A dor crónica após cirurgia é comum, representando uma causa importante de incapacidade, frequentemente com consequências económicas significativas (Nível de evidência IV)<sup>10</sup>. Estima-se que 20 a 50% dos doentes sujeitos a grande cirurgia e cerca de 10% dos submetidos a procedimentos cirúrgicos menos invasivos desenvolvam dor crónica<sup>13</sup>. A incidência global estimada de dor crónica de intensidade severa, após cirurgia, situa-se entre 2 a 10%<sup>18</sup>.
- r) Publicações recentes salientam o papel do tratamento eficaz da dor pós-operatória<sup>18</sup>, bem como a utilização precoce de técnicas analgésicas específicas – uso de analgesia epidural após toracotomia,<sup>30</sup> (Nível de evidência II)<sup>10</sup> colectomia<sup>31</sup> (Nível de evidência II)<sup>10</sup>, amputação<sup>32</sup> (Nível de evidência II)<sup>10</sup> e bloqueio paravertebral após mastectomia<sup>33</sup> (Nível de evidência II)<sup>10</sup>, na redução da incidência de dor crónica como complicação da dor pós-operatória.
- s) Apesar dos avanços observados nas últimas décadas no conhecimento científico relativo à fisiopatologia e farmacologia da dor, os resultados de diversos estudos comprovam a existência de deficiências no controlo da dor aguda<sup>34,35</sup>.

- t) Em Portugal, os resultados de um estudo recente, envolvendo 1351 doentes de 12 hospitais, mostram que a prevalência de dor no 2º dia pós-operatório é de 71%, sendo de intensidade moderada a severa em 25% dos doentes<sup>35</sup>.
- u) Vários autores são unânimes em concluir que o maior obstáculo ao alívio adequado da dor não foi a insuficiência de métodos analgésicos eficazes, mas a ausência de organização<sup>36</sup>.
- v) O conceito de estrutura multidisciplinar organizada dedicada à abordagem da dor aguda pós-operatória surge nos Estados Unidos da América (E.U.A) em 1976. Na década seguinte são criadas as primeiras unidades com estas características nos E.U.A e na Alemanha. O apoio imediato e robusto dado por várias sociedades científicas (norte-americanas<sup>37</sup>, europeias<sup>38,39</sup> e australianas<sup>10</sup>) que nas suas recomendações para a abordagem da dor aguda, salientando a importância destas estruturas na implementação de boas práticas, promoveram a sua disseminação, embora com modelos de organização muito diversos.
- w) Em Portugal, o problema do tratamento inadequado da dor pós-operatória foi abordado em 2001 pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor<sup>4</sup>. Neste documento, recomendava-se a criação de Unidades Funcionais de Dor Aguda com características semelhantes às existentes na Europa, como meio de melhorar a eficácia e a segurança da abordagem da dor pós-operatória. Contudo, estas recomendações não se traduziram no aumento substancial do número de UDA existentes no país<sup>40</sup>.
- x) A grande heterogeneidade de modelos organizativos adotados pelos serviços de abordagem da dor aguda dificulta a análise global dos resultados da sua atuação, em termos da abordagem da dor e da recuperação dos doentes. No entanto, a evidência acumulada suporta a existência de uma associação entre a melhoria da qualidade de tratamento da dor aguda e os serviços prestados por uma equipa multidisciplinar dedicada à sua abordagem:
- os resultados de múltiplos estudos demonstram que a existência de uma UDA é responsável pela redução dos níveis de intensidade da dor e da incidência de efeitos secundários, nomeadamente náuseas e vômitos<sup>41,42</sup> (Nível de evidência III-3)<sup>10</sup>;
  - os cuidados prestados pelo serviço de abordagem de dor aguda a doentes de alto risco submetidos a cirurgia foram responsáveis pela redução significativa da morbilidade e da mortalidade pós-operatória<sup>28</sup> (Nível de evidência III-2)<sup>10</sup>;
  - o aparecimento de serviços especializados de abordagem da dor aguda levou ao aumento da utilização de técnicas analgésicas especializadas, tais como a analgesia controlada pelo doente e as perfusões epidurais de anestésicos locais e opióides. A implementação destes métodos de administração de analgésicos foi responsável, segundo alguns autores, pela melhoria do bem-estar do doente, redução da morbilidade pós-operatória<sup>43</sup> e, no caso da analgesia epidural, pela diminuição da incidência de dor crónica após cirurgia<sup>30,31</sup>.
- y) Em países como o Reino Unido, a Austrália e a Nova Zelândia, a existência de uma UDA na unidade hospitalar é considerada um dos requisitos para a sua acreditação na formação pós-graduada em anestesiologia<sup>36,44</sup>.
- z) No Reino Unido, o reconhecimento da importância dos serviços de abordagem da dor aguda capazes de assegurar cuidados de alta qualidade, eficazes e seguros e a formação contínua dos

profissionais de saúde, fazem com que a sua existência seja considerada um critério de boa prática da unidade hospitalar<sup>8</sup>.

## V – APOIO CIENTÍFICO

- a) Graça Dores e Comissão Nacional de Controlo da Dor (coordenação científica), Ana Leça e Helena Monteiro (coordenação executiva), Catarina Sampaio, Clara Lobo, Isabel Aguiar, Isabel Bastardo, João Brasil, Rui Costa, Rui Valente, Sandra Santos Favas.
- b) Estiveram representadas na elaboração da presente Norma a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, o Clube de Anestesia Regional e a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- c) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
UDA	Unidade Funcional de Dor Aguda

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003 - A Dor como 5.º sinal vital: Registo Sistemático da Intensidade da Dor [internet]. Direção Geral da Saúde [acesso em 2 de fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
2. Orientação nº 14/2010 de 14/12/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças [internet]. Direção Geral da Saúde [acesso em 11 de fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
3. Orientação nº 15/2010 de 14/12/2010 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa [internet]. Direção Geral da Saúde [acesso em 11 de fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
4. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direção Geral da Saúde, Lisboa 2001.
5. Allvin R, Bresseur L, Crul B, *et al.* European minimum standards for the management of post-operative pain. EuroPain Task Force. Pegasus Healthcare Intl, UK, 1998.
6. Raising the Standard: A compendium of audit recipes (Second edition) [internet]. The Royal College of Anaesthetists 2006 [acesso em 12 de agosto de 2011]. Disponível em <http://www.rco>.
7. Ready LB, Edwards WT (eds): Management of Acute Pain: A practical guide. Seattle: IASP Publications 1992.
8. Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services. Guidance on the provision of anaesthesia services for Acute Pain Management. RCoA [internet]. London 2010 [acesso em 21 fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.rcoa.ac.uk/docs/GPAS-AcutePain.pdf>.
9. IASP. Global Year Against Acute Pain – Facts Sheets [internet]. 2010 [acesso em 10 de novembro 2010]. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstAcutePain/FactSheets/default.htm>.
10. Macintyre PE, Scott DA, Schug SA, *et al.* Acute pain management: scientific evidence, 3rd edition. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [internet]. 2010 [acesso em 10 abril 2011]. Disponível em <http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/books-and-publications>.
11. IASP. Global Year Against Acute Pain – Resources [internet]. 2010 [acesso em 10 de novembro 2010]. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstCancerPain/GlobalYearAgainstAcutePain/Resources/default.htm>.
12. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 Years on. Br J Anaesth. 2008;101:77-86.
13. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ Persistent surgical pain: risk factors and prevention. Lancet. 2006;367:1618–1625.

14. Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, *et al.* Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP): a systematic review. *Eur J Pain.* 2009;13:719–730.
15. Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *J Pain.* 2008;9:122-145.
16. Schug SA. Editorial - 2011- The Global Year Against Acute Pain. *Anaesth Intensive Care.* 2011;39:11-14.
17. Yarnitsky D, Crispel Y, Eisenberg E, *et al.* Prediction of chronic post-operative pain: preoperative DNIC testing identifies patients at risk. *Pain.* 2008;138:22-28.
18. Schug SA, Pogatzki-Zahn EM. Chronic Pain after surgery or injury. *Pain: Clinical Updates* [internet]. 2011;xix(1). [acesso em 5 de maio 2011]. Disponível em [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Clinical\\_Updates&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=5&ContentID=1566](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Clinical_Updates&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=5&ContentID=1566).
19. Carli F, Schrickler T. Modification of Metabolic Response to Surgery by Neural Blockade. In: *Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Pain Medicine 4<sup>th</sup> edn.* Cousins MJ, Bridenbaugh PO, Carr D and Horlocker T (eds). Philadelphia, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
20. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet.* 2003;362(9399):1921–1928.
21. Liu SS, Wu CL. Neural blockade: impact on outcome. In: *Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Pain Medicine 4<sup>th</sup> edn.* Cousins MJ, Bridenbaugh PO, Carr D and Horlocker T (eds). Philadelphia, Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
22. Joshi GP. Intraoperative fluid restriction improves outcome after major elective gastrointestinal surgery. *Anesth Analg.* 2005; 101(2): 601–605.
23. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain.* 2004;112(1-2): 1–4.
24. Sinatra R. Causes and Consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine.* 2010;11:1859-1871
25. Strassels SA, McNicol E, Wagner AK, *et al.* Persistent postoperative pain, health-related quality of life and functioning 1 month after hospital discharge. *Acute Pain.* 2004;6:95-104.
26. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, *et al.* The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesth Analg* 2003;97(4):1078-1085.
27. Savoia G, Alampi D, Amantea B, *et al.* Postoperative pain treatment: SIAARTI Recommendations 2010 (Short version). *Minerva Anestesiol* 2010;76:657-667.
28. Story DA, Shelton AC, Poustie SJ *et al.* Effect of an anaesthesia department led critical care outreach and acute pain service on postoperative serious adverse events. *Anaesthesia* 2006; 61(1): 24–28.
29. Morrison RS, Flanagan S, Fischberg D, *et al.* A novel interdisciplinary analgesic program reduces pain and improves function in older adults after orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1–10.
30. Sentürk M, Ozcan PE, Talu GK, *et al.* The effects of three different analgesia techniques on long-term postthoracotomy pain. *Anesth Analg.* 2002;94:11–15.
31. Lavand'homme P, De Kock M, Waterloos H. Intraoperative epidural analgesia combined with ketamine provides effective preventive analgesia in patients undergoing major digestive surgery. *Anesthesiology.* 2005;103:813–820.
32. Gehling M, Tryba M. [Prophylaxis of phantom pain: is regional analgesia ineffective?] *Schmerz.* 2003;17:11–19.
33. Kairaluoma PM, Bachmann MS, Rosenberg PH, Pere PJ. Preincisional paravertebral block reduces the prevalence of chronic pain after breast surgery. *Anesth Analg* 2006;103:703–708.
34. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anesth.* 2002;89: 409-423.

35. Pozza DH, Caseiro JM, Azevedo LF, *et al.* Estudo epidemiológico prospetivo e multicêntrico sobre dor aguda pós-operatória em Portugal – resultados preliminares [internet]. Outubro de 2010. [acesso em 15 de março 2011]. Disponível em [http://www.google.pt/#hl=pt-PT&xhr=t&q=Estudo+epidemiol%C3%B3gico+prospetivo+e+multic%C3%AAntrico&cp=49&pf=p&sdient=psy&site=&source=hp&rtz=1R2SUNC\\_pt-PTPT368&aq=f&aqj=&aql=&oq=Estudo+epidemiol%C3%B3gico+prospetivo+e+multic%C3%AAntrico&pbx=1&fp=683fc96](http://www.google.pt/#hl=pt-PT&xhr=t&q=Estudo+epidemiol%C3%B3gico+prospetivo+e+multic%C3%AAntrico&cp=49&pf=p&sdient=psy&site=&source=hp&rtz=1R2SUNC_pt-PTPT368&aq=f&aqj=&aql=&oq=Estudo+epidemiol%C3%B3gico+prospetivo+e+multic%C3%AAntrico&pbx=1&fp=683fc96).
36. Rawal N. Organization, function and implementation of Acute Pain service. *Anesthesiol Clin N Am.* 2005;23:211-225.
37. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by American Society of Anesthesiologists, task force on acute pain management. *Anesthesiology.* 2004;100:1573-1581.
38. Commission on the Provision of Surgical Services. Report of the Working Party on Pain After Surgery. *RCS Eng and RCoA, London* 1990.
39. Pain management services: Good practice [internet]. The Royal College of Anesthetists and The Pain Society, London 2003 [acesso em 1 de fevereiro de 2010]. Disponível em <http://www.rcoa.ac.uk/docs/painservices.pdf>.
40. Circular Normativa n.º11/DSCS/DPCD de 18/06/2008 – Programa Nacional de Controlo da Dor [internet]. Direção Geral da Saúde [acesso em 2 de fevereiro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
41. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A *et al.* An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg.* 2003; 96(1):179–185.
42. Stadler M, Schlander M, Braeckman M *et al.* A cost-utility and cost-effectiveness analysis of an acute pain service. *J Clin Anesth.* 2004;16(3):159–67.
43. Jack ES, Baggott M. Control of acute pain in postoperative and post-traumatic situations and the role of the acute pain service. *Anesth Int Care Med.* 2010;12(1):1-4
44. Werner UM, Sørholm L, Rotbøll-Nielsen P, *et al.* Does an acute pain service improve postoperative outcome? *Anesth Analg.* 2002;95:1361-1372.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## ANEXO

### Nível e tipo de evidência

Nível	Tipo de Evidência
I	Evidência obtida por revisão sistemática de todos os ensaios aleatórios controlados relevantes
II	Evidência obtida por, pelo menos, um ensaio clínico aleatório controlado
III-1	Evidência obtida por estudos bem desenhados, pseudo-randomizados controlados
III-2	Evidência obtida por estudos comparativos com controlos concorrentes e alocação não randomizada (estudos <i>cohort</i> ), estudos de casos clínicos controlados ou séries interrompidas por tempo, com grupo de controlo
III-3	Evidência obtida por estudos comparativos com controlo histórico, dois ou mais estudos de braço único ou séries interrompidas por tempo, sem grupo de controlo paralelo
IV	Evidência obtida por séries de casos, pós-teste ou pré-teste e pós-teste

Os níveis de evidência presentes no texto foram documentados de acordo com a designação *National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999)*<sup>a</sup>

<sup>a</sup> NHMRC (1999). *A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines*. National Health and Medical Research Council, Canberra NHMRC (1999). <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>