



COLÉGIO DA COMPETÊNCIA EM MEDICINA DA DOR

**RECOMENDAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PADRÕES  
DE QUALIDADE ASSISTENCIAL NAS UNIDADES  
MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA DE DOR**

ABRIL 2020

**OBJETIVO:** PROMOVER PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL  
NAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA DE DOR (UMD2) EM PORTUGAL



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SEÇÃO I – PADRÕES GERAIS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. PADRÕES ESTRUTURAIS</b> .....	<b>5</b>
1.1.1. Instalações, materiais e equipamentos .....	5
1.1.2. Recursos humanos, formação e competência.....	6
<b>1.2. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE PROCESSO</b> .....	<b>7</b>
1.2.1. linhas de orientação de organização .....	7
1.2.2. linhas de orientação de qualidade.....	7
<b>2. SEÇÃO II - LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA AS CONSULTAS EXTERNAS</b> .	<b>9</b>
<b>2.1. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE ESTRUTURA: Instalações e Profissionais</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE PROCESSO</b> .....	<b>9</b>
2.2.1. linhas de orientação de tempo de consulta.....	9
2.2.2. Padrões de qualidade .....	10
<b>3. SEÇÃO III - LINHAS DE ORIENTAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO E HOSPITAL- DE-DIA – INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1. STANDARDS DE ESTRUTURA</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2. STANDARDS DE PROCESSO</b> .....	<b>11</b>
3.2.1. indicadores de organização .....	11
3.2.2. indicadores de tempo .....	11
3.3.3. indicadores de qualidade.....	12
<b>4. SEÇÃO IV – STANDARDS DE ATIVIDADE CIENTÍFICA E DOCÊNCIA</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1. ATIVIDADE CIENTÍFICA</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2. ATIVIDADE DOCENTE</b> .....	<b>13</b>
<b>5. SEÇÃO V – LISTA DE PROCEDIMENTOS E STANDARDS DE TEMPO</b> .....	<b>14</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>16</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>17</b>



## INTRODUÇÃO

Os benefícios de se estabelecerem padrões e critérios de qualidade na atividade clínica assistencial, são cruciais no contexto de uniformização de cuidados de saúde. Pretende-se a equidade na oferta e tratamentos, permitindo a melhoria dos cuidados prestados, normalização processual, partilha de boas práticas, fiabilidade da informação e a melhoria na qualidade da formação e da investigação em saúde. As orientações serão atualizáveis de acordo com a evolução verificada na Medicina de Dor e o patamar civilizacional pretendido; nesta vertente é nosso objetivo analisar e comparar a atividade assistencial prestada em diferentes países nomeadamente da União Europeia, numa lógica de melhoria sustentada e contínua, responsabilizando neste processo os diferentes intervenientes, desde as áreas profissionais aos órgãos de gestão, de todas as Instituições de saúde.

Neste contexto, as Ordens profissionais e as sociedades científicas deverão acompanhar as estruturas e órgãos de gestão na utilização e interpretação adequada dos indicadores selecionados. A sistematização obtida neste ambiente de trabalho em equipa, será a única forma de se criarem estratégias nacionais de qualidade, mensuráveis e ajustáveis de acordo com as necessidades, numa lógica de eficiência dos recursos de saúde existentes.

Sendo a Medicina de Dor uma área de charneira, quer pela possibilidade da reunião dos vários contributos quer pela abrangência de conhecimentos que pode disponibilizar na resposta multimodal, deverá definir os seus critérios de qualidade assistencial de forma a reger a sua atuação na prestação de cuidados de saúde.

Competirá depois aos órgãos de decisão interpretar a evolução sociológica e propor as medidas necessárias para responder aos desafios da atualidade.

Existem elementos que determinam o presente e futuro das diversas formas de prestação de serviços em saúde. Indicadores nacionais têm demonstrado um aumento ao nível da esperança média de vida e envelhecimento da população; por outro lado, tem aumentado a mortalidade por suicídio, consumo de ansiolíticos,



antidepressivos e de fármacos opióides. Parece consensual que, neste momento, temos necessidades acrescidas em saúde pelo aumento crescente da demanda, perante recursos sanitários limitados.

Atravessamos um período longo em que medidas quantitativas em saúde estão sobrevalorizadas, importando evoluir para uma análise mais qualitativa. Para tal, é necessário maior envolvimento dos profissionais no terreno, melhor monitorização do percurso do doente quando este acede aos cuidados de saúde, reconhecendo em simultâneo as tendências naturais da civilização moderna, os padrões de doença, valorizando novos conhecimentos e tecnologias. Ao tipificarmos melhor as necessidades e nível de cuidados pretendidos identificamos necessidades de recursos diferenciados, instalações, equipamentos e edifícios com arquiteturas capazes de responder a crescentes padrões de exigência, visando objetivos realistas de eficiência e qualidade sem descurar os valores da ética, deontologia e humanismo.

Interessará abordar as situações clínicas mais complexas multidisciplinarmente, envolvendo os diversos intervenientes, moderando racionalmente os contributos, efetuando a necessária reconciliação terapêutica combatendo interações medicamentosas e o status de poli medicação, num adequado plano de gestão de dor e reabilitação global no modelo biopsicossocial.



## 1. SEÇÃO I – PADRÕES GERAIS

### 1.1. PADRÕES ESTRUTURAIS

#### 1.1.1. INSTALAÇÕES, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

As UMD2 devem dispor de espaço físico próprio com:

- Sala de espera para os utentes
- Área administrativa com secretariado e apoio direto
- Consultórios apropriados à realização de consulta médica
- Sala de sessões clínicas / reuniões
- Instalações sanitárias e vestiários para profissionais e utentes
- Armazém de material consumível
- Sala(s) para realização de procedimentos em ambulatório que cumpram as normas e recomendações técnicas da ACSS <http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/instalacoes-e-equipamentos/>
- Disponibilidade de sala para realização de técnicas de intervenção, com possibilidade de efetuar sedo analgesia <https://ordemosmedicos.pt/sedacao-e-anestesia-fora-do-bloco-operatorio/>
- Acesso a intensificador de imagem, ecografia, tratamento por radiofrequência por agulha entre outros
- Estrutura organizacional de conceito e caracterização de tratamento em hospital-de-dia, [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Hospital\\_Dia\\_04\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Hospital_Dia_04_2010.pdf)

As UMD2 devem ter contacto telefónico direto, correio eletrónico disponível e acesso à internet e a sistemas informatizados para registo padronizado da atividade.

As salas de procedimentos e Bloco operatório devem ser dotados de:

- Monitorização básica, que inclui, ECG, oximetria de pulso, e pressão arterial não invasiva, e todo o material necessário para a realização de manobras de reanimação cardiorrespiratória e suporte avançado de vida



- Material necessário para a realização de bloqueios nervosos (estimuladores de nervo periférico e agulhas específicas), técnicas de radiofrequência (Gerador de radiofrequência e agulhas específicas), sistemas de estimulação elétrica transcutânea, bombas de PCA (*Patient Controlled Analgesia*), programador de bombas de infusão implantáveis e de neuro estimuladores e instrumentos de exploração neurológica
- Ecógrafo e fluoroscopia com intensificador de imagem e todos os sistemas de proteção radiológica estabelecidos pela regulamentação vigente.

### 1.1.2. RECURSOS HUMANOS, FORMAÇÃO E COMPETÊNCIA

As UMD2, de acordo com o organograma, devem estar na dependência direta da Direção Clínica. Têm um Diretor ou Coordenador, com a categoria de Assistente Graduado Sénior ou na impossibilidade e devidamente justificado, um Assistente Graduado com a competência em Medicina de Dor e uma equipa multiprofissional. Deve ser composta por médicos com diferentes especialidades clínicas, com qualificação, treino e experiência adequados á prática da Medicina de Dor em conformidade com as recomendações estabelecidas pelo Colégio de Competência de Medicina de Dor da Ordem dos Médicos; é fortemente recomendável que a maior parte dos profissionais esteja em regime de dedicação à UMD2.

As UMD2 devem ter outros médicos especialistas em regime de consultoria de forma estável, com dedicação parcial a esta atividade, de acordo com a estrutura de cada unidade hospitalar.

Os recursos humanos não médicos necessários e adequados para o funcionamento das UMD2 devem incluir Psicologia Clínica, Enfermagem, Assistentes Operacionais, Assistente Técnico e Administrativo em exclusividade. Poderão englobar, em tempo parcial, entre outros, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, Terapeutas Ocupacionais, e Técnicos Superiores de Serviço Social. O número necessário dos recursos humanos deve ser calculado de acordo com a atividade da Unidade. Os rácios de Enfermeiros, Assistentes Técnicos e Técnicos Superiores de



Radiodiagnóstico são os mesmos de uma sala operatória comum, providos de formação, treino e experiência em Medicina de Dor.

## 1.2. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE PROCESSO

### 1.2.1. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO

Recomenda-se a existência de um sistema informático integrado para as UMD2 a nível Nacional. A existência de um sistema informático partilhado com os cuidados de saúde primários e as UMD2, assim como um acesso telefónico direto, poderão contribuir para melhorar ou solucionar questões decorrentes de situações clínicas e tratamento dos utentes.

Todos os profissionais devem de ter acesso on-line a uma biblioteca médica e ter um e-mail institucional.

A tabela mostra a percentagem de tempo que os médicos das UMD2 devem de dedicar a nível assistencial, gestão, docência, pesquisa e formação continuada, segundo a categoria profissional.

ATIVIDADE	DIRETOR UMD	ASSISTENTE	INTERNO
Assistencial	40	60	70
Gestão	30	10	0
Docência	10	10	10
Investigação	10	10	10
Formação continuada	10	10	10

### 1.2.2. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE QUALIDADE

Nas UMD2, a auditoria processual regular deve ser implementada e devem existir protocolos clínicos para os procedimentos mais frequentes. Os protocolos devem



ter o suporte documental regulamentado. Os protocolos de atendimento devem basear-se na legislação vigente, nas recomendações, normas, diretrizes da prática clínica de acordo com a *legis artis*.

É recomendável que sejam distribuídos questionários de qualidade e documentos informativos sobre as entidades nosológicas e procedimentos clínicos mais prevalentes. Devem existir documentos com recomendações para o utente relativo ao pós-operatório, atividade física, cuidados posturais e de ergonomia, aconselhamento nutricional e estabelecimento de protocolo de referenciação com organizações de reabilitação profissional entre outras.

Os procedimentos que exigem intervenção invasiva são precedidos de consentimento informado, assinado pelo doente e pelo médico. Sugere-se que exista consentimento informado para prescrição de fármacos opióides fortes em dor crónica não oncológica.



## 2. SEÇÃO II - LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA AS CONSULTAS EXTERNAS

### 2.1. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE ESTRUTURA: INSTALAÇÕES E PROFISSIONAIS

O tamanho mínimo de cada consultório deve ser aproximadamente de 12 m<sup>2</sup> e ter mobiliário standard necessário à consulta.

<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/04/RETEH-20181219-COM-CAPA.pdf>

### 2.2. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE PROCESSO

#### 2.2.1. LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE TEMPO DE CONSULTA

O tempo necessário para concluir a primeira consulta é de 60 minutos e 30 minutos para as consultas subsequentes.

Recomenda-se que o tempo máximo em lista de espera para 1ª consulta e restantes, estejam de acordo com a legislação em vigor e com as recomendações existentes da IASP.

O tempo de marcação entre a 1ª e a 2ª consulta pode variar entre 2 e 8 semanas.

A marcação para a realização de procedimento invasivo é recomendável não ultrapassar as 4 semanas após o estabelecimento da sua indicação.

É recomendável a realização consulta de seguimento após realização de procedimento invasivo, até ao primeiro mês, e posteriormente de acordo com a situação clínica e tratamento efetuado (ex. um, três, seis e dozes meses após procedimento).

[https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP\\_Wait\\_Times.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf)



Os procedimentos invasivos ou minimamente invasivos quaisquer que sejam, devem ser realizados e avaliados por profissionais médicos com responsabilidade técnica com treino apropriado e que façam o seguimento clínico dos doentes intervencionados.

### 2.2.2. PADRÕES DE QUALIDADE

Na primeira consulta, (ver doc. anexo – Norma de consenso relativa á metodologia a implementar na atividade assistencial em Medicina de Dor) deve ser realizada história e exame clínico completos e avaliação biopsicossocial, solicitar os exames complementares de diagnóstico, formuladas as hipóteses diagnósticas e instituído um plano terapêutico. Nas consultas subsequentes serão observados os exames efetuados, estabelecido o diagnóstico e reavaliado o plano de tratamento.

O relatório de alta médica deve incluir pelo menos as seguintes secções: motivo da consulta, antecedentes pessoais e familiares, história atual, exame físico, exames complementares, diagnóstico e tratamento (s) efetuados e em curso à data de alta.

As UMD2 devem ter protocolos de encaminhamento e acompanhamento com a comunidade, MGF, e participar juntamente com outros serviços, departamentos ou unidades, em consultas multiprofissionais e interdisciplinares sobre doenças crónicas relevantes que sejam ou estejam constituídas nos serviços de saúde de que fazem parte ou para as quais sejam solicitadas.



### 3. SEÇÃO III - LINHAS DE ORIENTAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO E HOSPITAL-DE-DIA – INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO

#### 3.1. STANDARDS DE ESTRUTURA

O hospital-de-dia das UMD deve ter, no mínimo 1 cama e 1 poltrona de transição, para cada 100.000 habitantes da área de referenciação. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Hospital\\_Dia\\_04\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Hospital_Dia_04_2010.pdf)

Considera-se que para cada 10 procedimentos de intervenção realizados em ambulatório, devem de existir pelo menos 4 camas e cadeiras de reconversão. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Bloco\\_Operatorio\\_05\\_2011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Bloco_Operatorio_05_2011.pdf)

#### 3.2. STANDARDS DE PROCESSO

##### 3.2.1. INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO

O número máximo de utentes hospitalizados que deve ser atribuído a um especialista no tratamento da dor é de 4 se a UMD2 for o Serviço responsável pela admissão, e 6 se internados noutros serviços hospitalares (pedidos de consultas internas).

No caso do hospital-de-dia da UMD, o número máximo de utentes designados por especialista não deve exceder os 8.

##### 3.2.2. INDICADORES DE TEMPO

O tempo necessário para completar a 1ª visita de um utente hospitalizado é de 60 minutos. Considera-se que o tempo necessário para completar a visita diária (sucessiva) do utente hospitalizado a cargo de outros Serviços deverá ser de 20 minutos.



De acordo com os procedimentos realizados os tempos mínimos praconizados para estes tratamentos (ver doc. Anexo) são determinados de acordo com a sua complexidade e diferenciação acrescentando o tempo de monitorização e recobro após os mesmos.

No caso do hospital-de-dia da UMD2, o tempo mínimo necessário para avaliar um utente e prescrever o tratamento é de 20 minutos e 30 minutos para a monitorização após o tratamento.

O tempo necessário para completar a visita de alta hospitalar, incluindo a conclusão do relatório clínico e informações para o doente e seus familiares, deverá se 45 minutos.

Finalmente, considera-se que 50 minutos o tempo necessário, por dia útil, para comunicação com outros especialistas.

### 3.3.3. INDICADORES DE QUALIDADE

Na 1ª consulta dos doentes hospitalizados a cargo da UMD2, ou de outros Serviços (pedidos de Consultas Internas), deve ser feita uma história clínica, biopsicossocial e exame físico. Nas visitas diárias sucessivas dos doentes internados, a evolução os resultados e a avaliação dos exames complementares, as reavaliações do tratamento e as informações para o utente e seus familiares devem de ser registados. O relatório de alta do utente hospitalizado deve incluir, além das epígrafes descritas para as Consultas Externas, uma epígrafe que reflita a evolução durante o internamento, incluindo os procedimentos e ou ações realizadas.



## 4. SEÇÃO IV – STANDARDS DE ATIVIDADE CIENTÍFICA E DOCÊNCIA

### 4.1. ATIVIDADE CIENTÍFICA

A equipa da UMD2 devem participar regularmente em atividades científicas: comunicações em congressos nacionais e internacionais, publicações em revistas nacionais e internacionais e projetos de pesquisa com subsídios públicos ou privados. A frequência mínima com que uma comunicação deve ser apresentada em congressos nacionais é anual ou trienal no caso de comunicações internacionais; a cada 2 anos deve ser feita uma publicação nacional, e a cada 3 anos, uma internacional. No caso de projetos de investigação, considera-se geralmente que a frequência aconselhada é de participação num projeto por cada dois anos.

### 4.2. ATIVIDADE DOCENTE

As UMD2 devem participar em atividades de formação especializada (recebendo Médicos Internos de formação específica em períodos de rotação regulamentados) e em atividades de educação continuada (cursos para outros Serviços, estágios para formação de outros especialistas e ou estudantes).

Todos os médicos das UMD devem apresentar sessões clínicas, com uma frequência mínima de 6 meses.

Sugere-se sempre que possível o exercício de atividade docente pré e pós-graduada.



## 5. SEÇÃO V – LISTA DE PROCEDIMENTOS E STANDARDS DE TEMPO

A realização de procedimentos constantes na Tabela de Medicina de Dor (portaria 20/2014 de 29 de Janeiro),

<https://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Portaria-n.%C2%BA-20-2014-de-20-de-janeiro-%E2%80%93-Tabela-de-pre%C3%A7os-a-praticar-pelo-Servi%C3%A7o-Nacional-de-Sa%C3%BAde1.pdf>, devem ser

especificados como parte da carteira de Serviços das UMD2. Estes podem ser realizados no hospital-de-dia, nas salas de procedimentos ou em ambiente de bloco operatório.

Dos procedimentos propostos para o hospital-de-dia é considerada baixa prioridade a estimulação elétrica percutânea (PNT ou PEN) e Acupuntura, Mesoterapia; de prioridade intermédia o uso de bloqueios regionais endovenosos; os demais procedimentos serão de alta prioridade.

Para os tratamentos propostos para realização em salas de procedimentos, a sua prioridade tem sido considerada intermédia para o bloqueio do gânglio eseno palatino, bloqueio do gânglio estrelado e bloqueio espinhal diferencial, embora o primeiro procedimento esteja muito próximo da prioridade baixa, enquanto que os dois últimos estão mais próximos da prioridade alta. Os outros procedimentos foram considerados de prioridade alta.

Para os procedimentos a serem realizados no bloco operatório, os bloqueios de ramos mediais (facetar articulares cervicais, dorsais, lombares) foram consideradas de baixa prioridade; prioridade intermédia o bloqueio epidural, a discografia, o tratamento intervertebral a vertebroplastia, cifoplastia e a radiofrequência intra-articular do joelho e da articulação coxofemoral. Todos os outros procedimentos foram considerados de alta prioridade.



O controlo de qualidade da assistência médica deve analisar os componentes da atenção à saúde preconizados, estrutura, processo e resultado a saber:

- a) Análise da qualidade dos meios: avaliação da estrutura que permite identificar deficiências nas instalações, equipamentos, organização e pessoal disponível para prestar assistência.
- b) Análise da qualidade dos métodos: avaliação do processo que permite conhecer a qualidade do desempenho profissional em relação à norma técnico-científica estabelecida.
- c) Análise das realizações de qualidade do cuidado: avaliação dos resultados que permite identificar se os resultados esperados estão a ser obtidos no nível de saúde do utente, de acordo com as suas necessidades e expectativas.

Deve-se estabelecer uma relação funcional entre estes 3 níveis, considerando que uma estrutura adequada aumenta as possibilidades de um bom processo e ótimo resultado.

Este documento foi elaborado com base em contributos da ACSS, (recomendações e especificações técnicas da ACSS) e da Sociedade Espanhola de Dor através dos Standards apresentados em 2010.



## BIBLIOGRAFIA

- <http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/instalacoes-e-equipamentos/>
- [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Internamento\\_07\\_2011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Internamento_07_2011.pdf)
- [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Hospital\\_Dia\\_04\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Hospital_Dia_04_2010.pdf)
- [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Equipamento\\_Sanitarios\\_03\\_2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Equipamento_Sanitarios_03_2010.pdf)
- <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/04/RETEH-20181219-COM-CAPA.pdf>
- [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR\\_org.htm](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm)
- [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad\\_de\\_tratamiento\\_del\\_dolor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf)
- [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad\\_de\\_tratamiento\\_del\\_dolor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf)
- <https://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Portaria-n.%C2%BA-20-2014-de-20-de-janeiro-%E2%80%93-Tabela-de-pre%C3%A7os-a-praticar-pelo-Servi%C3%A7o-Nacional-de-Sa%C3%BAde1.pdf>
- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papr.12786>



## ANEXO I

TEMPOS DE ESPERA PARA PRIMEIRA CONSULTA*		
PRIORIDADE	TEMPO DE ESPERA	EXEMPLOS DE QUADROS ÁLGICOS
<b>Emergente</b>	Imediatamente	Algia nas crises de drepanocitose; Dor aguda relacionada com trauma ou cirurgia
<b>Muito Urgente</b>	até 1 semana	Dor oncológica; dor isquémica aguda
<b>Urgente</b>	até 1 mês	Dor neuropática aguda: NPH, nevralgia do trigêmeo; CRPS
<b>Não Urgente</b>	8 semanas	Dor crónica persistente sem progressão significativa

a) Herpes zoster agudo deve ser tratado logo que possível para prevenir a nevralgia pós herpética

\*Tempo de espera corresponde ao tempo entre a data da referenciação e a data da primeira consulta

**Fonte:** *International Association for the Study of Pain: Task Force on Wait-Times: summary and recommendations; 2009.*



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
Competência em Medicina da Dor

**Recomendação para Norma de Consenso**

**Atividade Assistencial**

**Tempo mínimo para 1ª Consulta de Medicina da Dor (60 minutos)**

**Tempo mínimo para Consultas Subsequentes de Medicina da Dor (30 minutos)**

*Devido à complexidade biopsicossocial que advém da avaliação do Doente com Dor Crónica, a primeira consulta deverá ter um período mínimo de 60 minutos e para as consultas subsequentes um período mínimo de 30 minutos.*

**INDICE:**

- A) Identificação
- B) Anamnese
- C) Avaliação Psicossocial
- D) Exame Físico
- E) Plano Terapêutico



## ORDEM DOS MÉDICOS

### Competência em Medicina da Dor

#### A) IDENTIFICAÇÃO

Do doente e cuidadores, se aplicável.

Contactos

Avaliação da referenciação clínica

#### B) ANAMNESE

##### 1) História Clínica

- a) A dor no contexto da patologia do doente
- b) História clínica, medicação em curso (incluindo fitoterapia e outros suplementos) e percurso clínico do doente
- c) Medicação analgésica ou procedimentos específicos (efetuados e em curso): respostas e reações adversas
- d) Exames complementares de diagnóstico relevantes
- e) Necessidades de otimização de patologia clínica

##### 2) Caracterização da dor

- a) Intensidade, valorizando a atual, máxima e mínima
- b) Localização e distribuição
- c) Padrão temporal da dor
- d) Descritores (nociceptivos, neuropáticos e outros)
- e) Fatores de alívio e de agravamento.
- f) Avaliação da sua repercussão nas AVD, atividade laboral e sono.
- g) Avaliação da sua repercussão no relacionamento familiar e social

##### 3) Diagrama Corporal

Autorrepresentação gráfica da dor/ dores.

##### 4) Instrumentos de avaliação por Escalas /Questionários

- a) Ensino e autoavaliação da intensidade da dor, relacionada com repouso, movimento e fatores de exacerbação, por uma das escalas unidimensionais:
  - Escala Numérica, Escala Visual Analógica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces
- b) No doente não comunicante selecionar escala adequada.
- c) Para rastreio de dor neuropática utilizar DN4 e na lombalgia o Pain Detect
- d) Avaliar repercussão da dor nas AVD, por escalas multidimensionais: Inventário Resumido da Dor e/ou McGill Pain Questionnaire (SF)
- e) Utilizar outros instrumentos de acordo com critérios clínicos individualizados



## ORDEM DOS MÉDICOS

### Competência em Medicina da Dor

#### 5) Avaliação de Comorbilidades

- a) Comorbilidades que possam representar dificuldades acrescidas:
- Depressão, Ansiedade e/ou outras Psicopatologias
  - Perturbações do Sono
  - Deficits Cognitivos e/ ou Demências
  - Obesidade
  - Doenças endócrino-metabólicas (diabetes, tiroide, outras...)
  - Doenças neurológicas e/ou alterações do aparelho locomotor
  - DPOC, Insuficiência Hepática ou Renal
- b) Outras patologias crónicas associadas, especialmente as que cursam com surtos ou deterioração progressiva
- c) Polimedicação e eventual risco de interações farmacológicas, reações e eventos adversos, e incumprimento terapêutico

#### C) AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Esta avaliação contribui para estabelecer segurança na prescrição e permite identificação de grupos de risco e de prognóstico.

##### COGNIÇÃO

- a) Deficits cognitivos ligeiros/ graves
- b) Alterações na capacidade de concentração ou memorização
- c) Associação de medicação psicofarmacológica
- d) Iliteracia

##### PSICOLÓGICA

- a) Relações interpessoais do doente e família com a equipa clínica
- b) Identificação de pessoa significativa
- c) Perceção de depressão, ansiedade, medo, revolta e agressividade
- d) Perceção de personalidades limite ou psicopatologias
- e) Tentativas anteriores ou ideação de suicídio.
- f) Despiste atual ou passado de comportamentos aditivos ou adição
- g) História familiar próxima de adição
- h) Perceção de ganhos secundários laborais.
- i) Despiste de “malingering”
- j) Despiste de síndromes somatomórficos
- k) **Testes psicológicos** que permitam referenciação para consulta de psicologia – ex. Hospital Anxiety Depression

##### SOCIAL

- a) Situação laboral ativa, incapacidade laboral temporária ou definitiva e reforma
- b) Impacto da dor na vida pessoal e laboral
- c) Isolamento familiar ou social
- d) Condições de habitabilidade
- e) Competência e envolvimento do(s) cuidador(es)



## ORDEM DOS MÉDICOS

### Competência em Medicina da Dor

- f) Condições económicas para cumprimento terapêutico e deslocação a consultas
- g) Necessidade de apoio de serviço social

#### D) EXAME FÍSICO

- 1) Exame físico geral
- 2) Contemplar os componentes somáticos e viscerais em dor nociceptiva
- 3) Contemplar testes de cabeceira e exame neurológico em dor neuropática
- 4) Avaliação da capacidade funcional
- 5) Outras avaliações de acordo com o quadro clínico

#### E) PLANO TERAPEUTICO

O médico deverá:

- 1) Estabelecer objetivos realistas e gerir expectativas do doente
- 2) Identificar as prioridades do doente no controlo da dor
- 3) Obter a concordância/consentimento informado nos tratamentos propostos.
- 4) Alertar possíveis efeitos secundários e instituir profilaxia
- 5) Fornecer **plano terapêutico** explícito
- 6) Obter concordância em abordagens multidisciplinares.
- 7) Informar do âmbito clínico da **Consulta Telefónica**

O doente deverá:

- 8) Cumprir o esquema terapêutico
- 9) Comprometer-se no auto-registo da dor no “ **Diário da Dor** ”
- 10) Recorrer a Consulta Telefónica sempre que clinicamente justificado
- 11) Envolver-se ativamente nas abordagens multidisciplinares propostas

## TABELA DE MEDICINA DA DOR

<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Tempo* de Duração Previsível** do Procedimento*** /Consulta</b>
<b>1. Procedimentos Gerais em Medicina da Dor</b>		
	<i>Sempre que aplicável podem ser usados outros códigos constantes da tabela de Serviços e técnicas gerais</i>	
<b>32235</b>	Preparação de bomba infusora portátil (por exemplo "PCA")	30
<b>32220</b>	Preparação de seringa infusora	30
<b>32222</b>	Preparação de dispositivos infusores (elastómeros)	25
<b>32205</b>	Consulta multidisciplinar de Medicina da Dor	60
<b>2. Procedimentos analgésicos/anestésicos diagnósticos ou terapêuticos</b>		
	<i>Se necessário, no caso de procedimentos sob controlo imagiológico, acrescem os códigos da tabela de Radiologia. Sempre que necessário acresce o código da técnica anestésica constante na tabela de Anestesiologia. Podem ser usados outros códigos constantes nas tabelas de Reumatologia, Ortopedia, Radiologia ou outras.</i>	
<b>2.1. Procedimentos no Sistema Nervoso Periférico</b>		
	Todos os códigos abaixo são referentes a bloqueios únicos. Em caso de bloqueios contínuos acresce ao código base o código 32415.	
<b>32300</b>	Bloqueio do simpático torácico e lombar	90
<b>32305</b>	Bloqueio da raiz ganglionar sagrada	45
<b>32310</b>	Bloqueio das raízes articulares do nervo obturador e nervo femoral	45
<b>32315</b>	Bloqueio de gânglio cervico-torácico (gânglio estrelado)	30
<b>32320</b>	Bloqueio de nervo e gânglio de C1, C2 ou C3	60
<b>32325</b>	Bloqueio de nervos periféricos da cabeça (por exemplo ramos periféricos do trigémio, occipital, etc.)	60
<b>32330</b>	Bloqueio do gânglio de Gasser	60
<b>32335</b>	Bloqueio do gânglio esfenopalatino	60
<b>32340</b>	Bloqueio do gânglio impar	50
<b>32345</b>	Bloqueio do nervo ilioinguinal, femurocutâneo e genitourinário	40
<b>32350</b>	Bloqueio do plexo braquial	40
<b>32230</b>	Bloqueio do plexo celíaco/hipogástro	90
<b>32355</b>	Bloqueio do plexo lombar	45
<b>32360</b>	Bloqueio do ramo lateral medial lombar	80
<b>32370</b>	Bloqueio dos ramos comunicantes de Gray	80
<b>32375</b>	Bloqueio intercostal	25
<b>32380</b>	Bloqueio interpleural	30
<b>32385</b>	Bloqueio intravenoso regional	120
<b>32390</b>	Bloqueio paravertebral	30

<b>32395</b>	Bloqueio do nervo ciático e/ou femoral	40
<b>32400</b>	Bloqueio somático do braço, antebraço e mão	30
<b>32405</b>	Bloqueio somático da extremidade inferior (perna e pé)	30
<b>32410</b>	Bloqueio supra-escapular	30
<b>32415</b>	Bloqueio, acréscimo se técnica contínua	30
<b>32420</b>	Outros bloqueios (glossofaríngeo, etc...)	
<b>2.2. Procedimentos do neuroeixo</b>		
	Os códigos 32505, 32510 e 32513 são referentes a procedimentos únicos. Em caso de procedimentos contínuos acresce ao código base o código 32550.	
<b>32505</b>	Procedimentos epidurais para tratamento da dor crónica	30
<b>32510</b>	Procedimentos subaracnoideus para tratamento da dor crónica	30
<b>32513</b>	Técnica sequencial para tratamento da dor crónica (por exemplo dor isquémica de membros inferiores)	45
<b>32520</b>	Colocação de bomba infusora programável epidural/intratecal (acresce custo dos fármacos)	120
<b>32511</b>	Preenchimento de bomba implantada (acresce custo dos fármacos)	30
<b>32521</b>	Programação bomba infusora implantada	20
	Preenchimento bomba infusora implantada com baclofeno (ver tabela de MFR, código 61168 - Preenchimento)	
<b>32523</b>	Substituição de cateter conectado a bomba implantada	120
<b>32524</b>	Substituição bomba implantada (acresce custo dos fármacos)	90
<b>32525</b>	Colocação de cateter e reservatório subcutâneo epidural/intratecal	60
<b>32530</b>	Outros procedimentos no neuroeixo	30
<b>32550</b>	Procedimentos do neuroeixo, acréscimo se técnica contínua	30
<b>2.3. Procedimentos de neuromodulação</b>		
<b>32610</b>	Colocação de dispositivos implantáveis para modulação periférica	90
<b>32630</b>	Avaliação do sistema de estimulação/reprogramação	20
<b>32635</b>	Implantação de eléctrodo único epidural por via percutânea (1º tempo)	90
<b>32640</b>	Implantação de eléctrodos múltiplos epidurais por via percutânea (1º tempo)	120
<b>32645</b>	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) eléctrodo único	90
<b>32647</b>	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) eléctrodo único - gerador recarregável	90
<b>32648</b>	Colocação de gerador de neuroestimulação (2º tempo) eléctrodos múltiplos	90
<b>32649</b>	Colocação de gerador de neuroestimulação (2º tempo) eléctrodos múltiplos - gerador recarregável	90
<b>32650</b>	Implantação de neuroestimulador medular eléctrodo único/múltiplo epidural por via percutânea	120
<b>32670</b>	Revisão/remoção de eléctrodo num nervo periférico	90
<b>32675</b>	Revisão/remoção de eléctrodo único epidural por via percutânea	90
<b>32680</b>	Revisão/remoção de eléctrodos múltiplos epidurais por via percutânea	90
<b>32685</b>	Revisão/substituição de gerador não recarregável	70
<b>32687</b>	Revisão/substituição de gerador recarregável	70
<b>32690</b>	Revisão/remoção de neuroestimulador medular	120

32695	Técnicas de estimulação cerebral profunda	150
32700	Outras técnicas de neuroestimulação	
<b>2.4. Procedimentos em articulações, músculos, tendões e partes moles</b>		
32430	Infiltração atlanto-occipital ou atlanto-axial	60
32445	Infiltração da articulação da ATM	30
32465	Infiltração das articulações inter-apofisárias cervical, dorsal e lombar	75
32435	Infiltração da articulação esterno-clavicular, manúbrio esternal e apêndice xifóide	30
32427	Infiltração articular do membro superior	30
32440	Infiltração da articulação sacroilíaca/cóccix	45
32428	Infiltração articular a nível do membro inferior	30
32470	Infiltração de músculo superficial	20
32475	Infiltração de músculo superficial com toxina botulínica	30
32425	Infiltração/bloqueio do músculo piriforme	30
32480	Infiltração de músculo profundo com toxina botulínica - Psoas, quadrado lombar ou piriforme	30
32485	Infiltração com toxina botulínica para síndromes miofasciais e situações neurológicas	30
32450	Infiltração dos pontos "trigger"/tecidos moles	20
32462	Outros procedimentos	
<b>2.5. Ozonoterapia</b>		
32750	Ozonoterapia intra-articular grandes articulações	30
32755	Ozonoterapia intra-articular pequenas articulações	30
32760	Ozonoterapia intra-discal	60
32765	Ozonoterapia: outras aplicações	
<b>2.6. Procedimentos por Radiofrequência</b>		
	<i>Podem ser utilizadas correntes de radiofrequência monopolar ou bipolar, pulsada ou de lesão, consoante a situação clínica. Acresce apoio de Radiologia e/ou injeção de contraste</i>	
32815	Radiofrequência C1 nervo e gânglio, C2	90
32800	Radiofrequência gânglio de Gasser	120
32805	Radiofrequência gânglio esfenopalatino	90
32810	Radiofrequência gânglio cervicotorácico (Estrelado)	50
32820	Radiofrequência do gânglio da cadeia simpática torácica/lombar	90
32830	Radiofrequência nervos esplâncnicos	105
32835	Radiofrequência ramos comunicantes de Gray	90
32840	Radiofrequência ganglionar das raízes cervicais ou dorsais	90
32845	Radiofrequência ganglionar das raízes lombares/sagrada	75
32860	Radiofrequência do gânglio ímpar	65
32865	Radiofrequência dos plexos ou nervos periféricos (supraescapular, intercostais, occipital...) e outros ramos sensitivos articulares	45
32870	Radiofrequência dos pontos "trigger"	30
32875	Radiofrequência discal	90
32825	Radiofrequência facetas cervicais, dorsais ou lombares (intra articular ou do ramo medial)	90
32855	Radiofrequência da articulação sacroilíaca	90
32880	Radiofrequência para outros procedimentos	
<b>2.7. Outros procedimentos minimamente invasivos</b>		

	<i>Inclui procedimentos reconstrutivos, terapêuticas complementares como laser, Radiofrequência, fármacos, etc. Devem ser considerados com ou sem biopsia. A terapêutica de aumento vertebral pode ser a mais de um nível.</i>	
<b>32905</b>	Vertebroplastia, cervical, dorsal , lombar	120
<b>32910</b>	Cifoplastia, cervical, dorsal, lombar	120
<b>32920</b>	Colocação de espaçador interssomático	120
<b>32930</b>	Terapêutica Electrotermal Discal	60
<b>32935</b>	Epiduroscopia/Tecaloscopia	80
<b>32960</b>	Outros procedimentos percutâneos ou minimamente invasivos para tratamento da dor, incluindo endoscópicos	100
<b>2.8. Outras terapêuticas no tratamento da dor</b>		
<b>32965</b>	Electroacupunctura	40
<b>32967</b>	Aplicação de 1 dispositivo transdérmico com capsaisina a 8%, para tratamento local da Dor (incluí 1 "patch"; se forem aplicados mais, até um máximo de 4, acrescem, ao preço de custo para o hospital)	120
<b>32968</b>	Administração de fármacos adjuvantes, para tratamento da dor crónica (código adicional quando aplicável a procedimentos desta tabela; não aplicável a anestésicos locais, opióides, toxina botulínica, ziconotide e baclofeno)	20
<b>32969</b>	Administração de ziconotide para tratamento da dor crónica (código adicional quando aplicável a procedimentos desta tabela)	20
<b>32970</b>	Administração de baclofeno para tratamento da dor crónica (código adicional quando aplicável a procedimentos desta tabela)	20
	Outras técnicas terapêuticas, ver tabela de Medicina Física e de Reabilitação, código 61300	
A tabela da Medicina da Dor aplica-se exclusivamente a procedimentos efetuados no âmbito do tratamento da dor crónica, não sendo permitida a sua utilização noutro contexto. Salvo indicação em contrário, o registo da atividade de Medicina da Dor efetua-se por procedimento (código).		
<i>*Em minutos</i>		
<i>*Não estão incluídos os tempos rotação do doente e de limpeza da sala</i>		
<i>**Poderá existir um aumento da duração do tempo do procedimento até 50% perante a complexidade da situação e/ou do número de níveis/punções a efectuar</i>		
<i>Na formação e ensino deverá ser previsto um aumento do tempo do procedimento até 50%</i>		
<i>Não estão incluídos o período de recobro</i>		