

Organização das Unidades de Dor Aguda: Estado de Arte em Portugal

Organization of the Acute Pain Units: State of Art in Portugal

Sara Rêgo¹, Gisela Lima¹, Rosário Órfão², Lúcia Quadros³, Ana Cristina Ferreira³

Autor Correspondente:

Sara Rego

Morada: Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

Email: sara.faria.rego@gmail.com

¹ Interno de Formação Específica de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Assistente Graduada Sênior de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Assistente Graduada de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Resumo

Introdução: Segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DSG) de 2012, a presença de uma Unidade de Dor Aguda (UDA) é obrigatória nos Hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) com um serviço cirúrgico, no entanto sabe-se que estas não são cumpridas na sua totalidade. Este trabalho tem como objetivo identificar as causas deste incumprimento.

Métodos: Inquérito nacional dirigido a 39 instituições hospitalares.

Resultados: Dos 39 inquiridos, responderam 27. Existe UDA em todas as instituições e todos deram importância máxima à sua existência. Em 7,4% das instituições a UDA é constituída por uma equipa multidisciplinar e em 77,8% existe UDA em todos os serviços cirúrgicos. A maioria tem um responsável e em 55,6% existe um anestesista escalado. Noventa e seis por cento possuem protocolos de atuação, 77% programas de formação e 22,2% afirmam não terem os dispositivos necessários. Verificaram-se algumas instituições hospitalares com múltiplas respostas, discrepantes entre si.

Discussão e Conclusão: A comparação dos resultados com estudos anteriores é limitada. É dada grande importância às UDAs e de acordo com as normas, verifica-se que existe uma UDA em todas as instituições, com um responsável e um anestesista envolvido. No entanto, a obrigatoriedade de uma equipa multidisciplinar, a formação e os registos ainda não são cumpridos na sua totalidade, verificando-se ainda uma elevada taxa de falta de material. Duas razões apontadas para o incumprimento das normas são a crise económica e a falta de organização e comunicação dentro das instituições. Uma das soluções poderá passar por melhorar a comunicação e implementação de novas estratégias.

Palavras-chave: Anestesia; Clínicas de Dor; Portugal

Abstract

Introduction: According to the of the National Health Service National Guidance's of 2012, the presence of an Acute Pain Service (APS) is mandatory in the Hospitals of the National Health System with a surgical service, however it is known that these are not fulfilled in its totality.

Methods: National survey directed to 39 hospital institutions.

Results: Of the 39 respondents, 27 answered. There is an APS in all institutions and everyone gave utmost importance to their existence. In 7.4% of the institutions, the APS is constituted by a multidisciplinary team and in 77.8% there is an APS in all surgical services. Most have one in charge and in 55.6% there is a scaled anaesthetist. Ninety six percent have working protocols, 77% have training programs and 22.2% say they do not have the necessary devices. There were several hospital institutions with multiple answers, differing from each other.

Discussion and Conclusion: Comparison of results with previous studies is limited. The APSs are given great importance and according to the norms, it is verified that there is an APS in all institutions, with a responsible and an anesthesiologist involved. However, the requirement for a multidisciplinary team, training and registers are not yet fully met, and there is still a high rate of lack of material. Two reasons cited for failure to comply with the guidance's are the economic crisis and the lack of organization and communication within the institutions. One of the solutions could be to improve the communication and implementation of new strategies.

Keywords: Anesthesia; Pain Clinics; Portugal

INTRODUÇÃO

Dor aguda é, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor de início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e/ ou causal bem definida.

A Unidade de Dor Aguda (UDA) é um modelo organizativo de natureza funcional e, portanto, não orgânico.¹ 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.

O seu objetivo é 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 e 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. O maior obstáculo ao alívio adequado da dor não está na insuficiência de métodos analgésicos eficazes, mas na ausência de organização.

O conceito de estrutura multidisciplinar organizada dedicada à abordagem da dor aguda pós-operatória surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) em 1976, tendo sido criadas as primeiras unidades com estas características nos EUA e na Alemanha na década seguinte.

Em Portugal, o problema do tratamento inadequado da dor pós-operatória foi abordado de forma incisiva, em 2001, altura em que foi implementado o Plano Nacional da Luta Contra a Dor. Nesse 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 UDAs existentes no país. Em 2008, novas políticas ditaram a necessidade de reduzir a prevalência da dor pós-operatória não tratada, tendo sido revistas as *guidelines* das Unidades de Dor Aguda. Em 2012, as UDAs tornaram-se obrigatórias em todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde com serviços cirúrgicos.

OBJETIVO

Os autores pretendem avaliar o Estado da Arte das Unidades de Dor Aguda em Portugal; e identificar os motivos para o incumprimento das Normas Nacionais da Direção Geral de Saúde de 2012 – Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda.

MÉTODOS

Inquérito Nacional constituído por 14 questões elaborado e enviado de forma eletrónica pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) entre 23 de janeiro e 4 de março de 2016. Enviado para 39 instituições hospitalares, dirigido aos Diretores de Serviço e/ou responsáveis pelas Unidades de Dor Aguda em Portugal.

RESULTADOS

Das 39 Instituições para as quais o Inquérito foi enviado, obtiveram-se respostas de 27, destas em 5 grandes centros hospitalares houve mais que uma resposta, tendo sido considerada apenas uma resposta para cada instituição.

A totalidade dos inquiridos deu importância máxima à existência de uma UDA, e confirmou a existência de uma UDA no seu local de trabalho. Relativamente à constituição da UDA, 44,5% respondeu que é constituída por anestesiólogos e enfermeiros, 37% apenas por anestesiólogos, 11,1% por anestesiólogos, enfermeiros e farmacêuticos, e somente 7,4% respondeu que é constituída por uma equipa multidisciplinar de anestesiólogos, enfermeiros, cirurgiões e farmacêuticos. Existe um responsável pela UDA em 92,6% das instituições. Em 55,6% dos casos existe um anestesiólogo escalado na UDA e nos restantes 44,4 é a equipa de urgência a responsável.

Relativamente à questão sobre a existência de UDA em todos os serviços cirúrgicos, 77,8% respondeu sim, e 22,2% não. Dos que responderam negativamente, o serviço de Urologia foi apontado como sendo o mais deficitário em termos de existência de UDA, seguido dos serviços de Neurocirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, Cirurgia da Cabeça e Pescoço e Cirurgia Pediátrica. Todos os serviços de Cirurgia Geral e Ortopedia são abrangidos pela UDA.

Verifica-se que o recurso à UDA implica que os doentes tenham vaga em Unidades de Cuidados Pós Anestésicos ou Cirúrgicos em 26% dos casos.

Os protocolos de atuação estão definidos em 96%, sendo na sua maioria, referentes a: abordagem da dor aguda, complicações das técnicas e efeitos secundários da terapêutica em 88,5% dos casos, abordagem da dor aguda e complicações das técnicas em 3,8% e apenas abordagem da dor aguda em 7,7% dos casos.

Os protocolos são atualizados anualmente em 52% das instituições, de 5 em 5 anos em 46,2% e a cada 10 anos em 1,8%.

A maioria dos protocolos (65,4%) engloba as vias de administração oral, endovenosa e do neuroeixo; existem quatro vias de administração diferentes em 11,5% dos protocolos e os restantes apenas englobam uma ou duas vias de administração.

Na questão sobre a existência de programas de formação dirigidos a todos os profissionais de saúde envolvidos na UDA, 77,8% respondeu sim e os restantes 22,2% não.

Todos os inquiridos afirmaram que existe articulação da UDA com os profissionais dos serviços envolvidos na prestação de cuidados ao doente. Relativamente aos dispositivos, 77,8% respondeu ter todos os necessários e suficientes para o bom funcionamento da UDA, contra 22,2% que respondeu negativamente.

Existe uma plataforma/diário clínico onde se fazem os registos clínicos em 88,9% das instituições.

Na análise das respostas verificou-se que das 27 instituições

NORMA
DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE
Nº 003/2012 DE 19/10/2012
ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS DE DOR AGUDA

- 1) Nos hospitais do sistema nacional de saúde português tem de existir uma Unidade Funcional de Dor Aguda;
- 2) Nos centros hospitalares têm de existir, em cada unidade hospitalar que os integra, um elemento de ligação com a UDA;
- 3) Prestação de cuidados individualizados no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas;
- 4) Unidade Funcional de Dor Aguda:
 - a. Constituída por equipa multidisciplinar;
 - b. Integra, no mínimo, três profissionais de saúde (obrigatoriamente dois médicos, um dos quais anestesiolista);
 - c. Coordenada por um médico designado pela direção do hospital;
- 5) A UDA cumpre os seguintes requisitos:
 - a. Implementação do uso de escalas de avaliação da intensidade da dor e métodos de registo, efeitos secundários e complicações relacionadas com a terapêutica;
 - b. elaboração de protocolos de atuação clínica, prevenção e tratamento de efeitos secundários associados à terapêutica farmacológica e técnicas;
 - c. formalização de acordos com outros serviços, de modo a garantir a capacidade de orientação e intervenção terapêutica permanentes (24/24h);
 - d. Formação dirigida a todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem da dor aguda;
 - e. Informação aos doentes e/ ou cuidadores relativamente à dor e seu tratamento e obtenção de consentimento informado no caso de necessidade de técnicas especiais.

hospitalares que responderam a este inquérito, cinco tiveram várias respostas. Estas, por sua vez, representam hospitais centrais, nomeadamente o Centro Hospitalar de S. João (com 5 respostas), o Centro Hospitalar do Porto (3 respostas), o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (4 respostas), o Centro Hospitalar de Lisboa Central (3 respostas) e o Hospital Garcia de Horta (2 respostas).

As questões com respostas mais discrepantes na mesma instituição foram, por ordem decrescente, referentes: à constituição da UDA, ao recurso à UDA implicar que os doentes tenham vaga numa Unidade de Cuidados Pós Anestésicos ou Cirúrgicos, à periodicidade de atualização dos protocolos, à existência de programas de formação dirigidos a todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem da dor aguda, e à existência de articulação da Unidade com os profissionais dos serviços envolvidos.

DISCUSSÃO

É sabido que Portugal não cumpre as normas da DGS de 2012 em relação à organização das Unidades Funcionais das UDAs.² A comparação dos resultados com estudos anteriores é limitada porque centros hospitalares (n=39) substituíram hospitais (n=51) e o autor das respostas é diferente (Diretores de Serviço de Anestesiologia versus Diretores de Serviço e Responsáveis das UDA).^{3,4}

A Norma refere que tem de existir uma Unidade Funcional de Dor Aguda nos hospitais do sistema de saúde português. Existe UDA em todas as instituições hospitalares que responderam, no entanto, e apesar de se verificar uma elevada percentagem de respostas (69,2%), salienta-se o facto de nem todos os inquiridos terem respondido a esta questão específica.

Relativamente ao ponto número 3 da norma, concluímos que, em Portugal, a UDA não envolve todos os serviços

cirúrgicos. Para além disso, a sua aplicação depende da existência de vagas em Unidades pós-operatórias em 24% dos casos.

Verifica-se que, contrariamente à exigência da norma (ponto 4), apenas 7,4% é constituída por uma equipa multidisciplinar; com envolvimento de farmacêuticos apenas em 18%. Em 7,4% das instituições, não há coordenador das UDA. No entanto, há sempre um anestesiolista envolvido, como é obrigatório.

No ponto seguinte da norma, salienta-se a necessidade da existência de métodos adequados de registo clínico de avaliação da intensidade da dor, efeitos secundários e complicações relacionadas com a terapêutica da dor aguda. Nos nossos resultados, 11% das instituições não apresentam qualquer plataforma de registos cínicos.

A elaboração de protocolos de atuação exigida pela norma, não é cumprida em 4% das instituições. Das restantes 96%, 46,2% atualiza protocolos de 5 em 5 anos ou mais.

De salientar ainda que 22% refere falta de material.

CONCLUSÃO

O campo de ação da anestesiologia transcendeu o ato cirúrgico propriamente dito e passou a englobar também os períodos pré e pós-operatórios, com grandes ganhos para o doente, nomeadamente no tratamento da dor aguda.

A análise dos dados permite inferir que, de uma forma global e positiva, existe grande consciência da importância da UDA, com implementação da mesma em todas as instituições que responderam, com um responsável e um anestesiolista presente.

No entanto, as UDAs nem sempre são constituídas por uma equipa multidisciplinar, a formação e os registos são deficientes, e a falta de material relatada é considerável.

Todos estes dados devem ser contextualizados na realidade económica e social de Portugal. A crise vivida em toda a Europa, e em Portugal, obrigou a políticas de restrição que limitaram muito os recursos materiais e humanos disponíveis, sendo esta uma das possíveis causas para o incumprimento das normas implementadas em 2012. Outro possível motivo encontrado para o incumprimento das normas prende-se com a falta de organização e comunicação dentro das próprias instituições.

Uma vez conhecida a realidade nacional relativamente a este tema, é importante implementar estratégias para a resolução deste problema. Uma delas passa pela otimização da comunicação a nível nacional, discussão interpares, elaboração de normas clínicas e realização de auditorias. 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.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest: *The authors have no conflicts of interest to declare.*

Suporte financeiro: Não existiram fontes de financiamento externas para a realização deste trabalho.

Financing Support: *This work has not received any contribution, grant or scholarship.*

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação de dados de doentes.

Confidentiality of data: *The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.*

Protecção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da comissão de investigação clínica e ética e de acordo com a declaração de Helsínquia da associação médica mundial.

Protection of human and animal subjects: *The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).*

Data de submissão: 06 de junho, 2016

Submission date: 6th of June, 2016

Data de aceitação: 07 de dezembro, 2017

Acceptance date: 7th of December, 2017

REFERÊNCIAS

1. Direção Geral da Saúde. Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Lisboa: DGS; 2012 [consultado Dez 2017] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx>
2. Castro AC, Martins CS. A survey of acute pain services in Portuguese hospitals. *Eur J Anaesthesiol.*2014;31:1-2.
3. Castro A, Sampaio C. Unidade de Dor Aguda, Realidade do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. *CAR.*2014;72:42.4.
4. Centro Nacional de Observações em Dor. Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da: dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor do parto. Relatório Final, Novembro 2010 [consultado

Dez 2017] Disponível em: <http://1nj5ms2lll5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Inquerito-sobre-as-Condicoes-Hospitalares-existentis-para-o-tratamento-da-dor-cronica-dor-aguda-pos-operatoria-dor-do-parto.pdf>