

ARTIGO DE CONSENSO

# Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o Tratamento da Dor Aguda 2018

## Portuguese Society of Anesthesiology Recommendations for the Treatment of Acute Pain 2018

Rui Valente<sup>1\*</sup>, Cristina Carmona<sup>2</sup>, Isabel Serralheiro<sup>3</sup>, Marlene Monteiro<sup>4</sup>, Piedade Gomes<sup>5</sup>, Rita Santos<sup>6</sup>, Sara Fonseca<sup>7</sup>

### Afilições

<sup>1</sup> Coordenador da Unidade de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal.

<sup>2</sup> Coordenadora da Unidade Funcional de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.

<sup>3</sup> Diretora do Serviço de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.

<sup>4</sup> Assistente Graduada de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Hospital Lusíadas Lisboa, Lisboa, Portugal.

<sup>5</sup> Coordenadora da Unidade de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>6</sup> Coordenadora da Unidade Funcional de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal.

<sup>7</sup> Coordenadora da Unidade Funcional de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal.

### Palavras-chave

Analgesia; Analgesia Controlada pelo Doente; Dor Aguda/tratamento; Dor Pós-Operatória/tratamento; Portugal; Recomendações

### Keywords

Acute Pain/drug therapy; Analgesia; Analgesia, Patient-Controlled; Consensus; Pain, Postoperative/drug therapy; Portugal

## RESUMO

A dor aguda tem sido subtratada desde há décadas. A solução não parece ser o desenvolvimento de novos fármacos ou tecnologias analgésicas, mas sim de uma organização apropriada que utilize os conhecimentos existentes. O papel das unidades de dor aguda na melhoria do tratamento da dor e do resultado final é consensual, mas a sua implementação constitui um desafio. A Direção Geral de Saúde publicou uma norma que tornou obrigatória a existência de Unidade de Dor Aguda em todos os hospitais, regulando todos os aspetos da sua organização e funcionamento e definindo os critérios de avaliação da sua efetiva implementação. A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia criou um grupo de trabalho com o objetivo de procurar respostas para as questões levantadas pela norma e elaborar consensos clínicos práticos.

## ABSTRACT

Acute pain has been undertreated for decades. The solution does not seem to depend on the development of new drugs or analgesic techniques but rather in the standardization of all procedures. The role of acute pain services to improve pain management and outcome is well accepted but its implementation seems challenging. The Ministry of Health has officially published a document that made mandatory the existence of an acute pain service in all hospitals, regulating every aspects of its organization and defining the criteria for evaluating its implementation. The Portuguese Society of Anaesthesiology has

set up a working group to approach these questions and produce practical clinical consensus.

## INTRODUÇÃO

O tratamento eficaz da dor aguda continua a ser um problema não resolvido, apesar dos avanços no conhecimento da fisiopatologia e farmacologia da dor. A falta de organização parece ser o maior obstáculo ao alívio adequado da dor.<sup>1-3</sup>

O reconhecimento da importância e complexidade da dor aguda levou ao envolvimento da Direção Geral de Saúde. Em 2001, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor definia objetivos a atingir em termos de implementação de Unidades de Dor Aguda (UDA), objetivos esses reforçados pela revisão do plano de 2008.<sup>1</sup> Em 2012, foi publicada Norma que torna obrigatória a existência de UDAs.<sup>3</sup>

Entendeu a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) que a referida Norma merecia um aprofundamento das questões levantadas, numa perspetiva mais clínica. Assim, reuniu-se um grupo de anestesiólogos experientes nesta área, e que representam centros nacionais, com o objetivo de elaborar recomendações para o tratamento da dor aguda, que se possam aplicar na generalidade das realidades hospitalares. Estas recomendações deverão contribuir para a uniformização da abordagem da dor aguda, de modo a ser possível auditar resultados a nível nacional.

Foram definidos 5 capítulos (organização da unidade de dor aguda, formas de atuação, registo e análise de resultados, auditoria e formação), distribuídos por subgrupos. Cada

Autor Correspondente/Corresponding Author\*:

Rui Valente

Morada: Serviço de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, Rua António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal.

E-mail: rui.valente@ipoporto.min-saude.pt

subgrupo elaborou proposta do respetivo capítulo, tendo por base a revisão das *guidelines* e recomendações internacionais para o tratamento da dor aguda e dos artigos mais relevantes aí referenciados. Foram também revistos todos os diplomas legais nacionais relacionados com o funcionamento das UDAs. Todos as propostas foram discutidas, alteradas e aprovadas em reunião geral do grupo. As Recomendações estiveram em apreciação pública no *site* oficial da SPA e foram apresentadas publicamente no congresso da SPA 2018. Assim, as Recomendações agora publicadas, resultam das conclusões, por consenso.

## CAPÍTULO 1: A UNIDADE DE DOR CRÓNICA

### Fundamentos

1. A dor é uma experiência angustiante para qualquer doente<sup>1,2</sup>;
2. O tratamento eficaz da dor aguda reduz o risco de complicações, facilita a recuperação/reabilitação, permite reduzir o tempo de internamento hospitalar, aumenta a satisfação e melhora a qualidade de vida dos doentes<sup>1-5</sup>;
3. A dor aguda pós-operatória não controlada pode contribuir para o desenvolvimento de dor crónica<sup>2-7</sup>;
4. Para o adequado tratamento da dor aguda a existência de uma organização apropriada que utilize os conhecimentos existentes é tanto ou mais importante que o desenvolvimento de novos fármacos ou técnicas analgésicas<sup>3,7</sup>;
5. A criação de UDAs aumenta a consciência entre os profissionais de saúde de que uma abordagem adequada da dor é importante para melhorar o resultado final do doente<sup>2</sup>;
6. Uma equipa dedicada e uma estrutura organizacional apropriada poderão contribuir para uma estadia hospitalar com dor controlada<sup>2,3</sup>;
7. Devemos reconhecer a importância das UDA como unidades funcionais capazes de assegurar cuidados de alta qualidade, fazendo com que a sua existência seja considerada um critério de boa prática hospitalar<sup>1,3,4</sup>;
8. A Anestesiologia é a especialidade mais habilitada a liderar a UDA, nomeadamente pela experiência no manuseio de fármacos analgésicos e na execução de técnicas invasivas.<sup>1,3,5</sup>

### Objetivos da UDA

1. Promover o tratamento eficaz e seguro da dor aguda;
2. Realizar auditorias para avaliação da efetividade das estratégias adotadas;
3. Implementar programas de formação e atualização dos profissionais de saúde;
4. Disponibilizar informação a doentes e cuidadores;
5. Promover a investigação.

## Recomendações

1. Todas as instituições hospitalares devem ter uma estrutura organizada que desenvolva e implemente políticas e processos de tratamento da dor aguda, de forma segura e efetiva – UDA;
2. O modelo organizativo da UDA deve ser simples e económico<sup>2</sup>;
3. A equipa da UDA deve ser multidisciplinar e liderada por um anestesiológista<sup>1,3,5</sup>;
4. A equipa deve ser capaz de fornecer orientações para desenvolver e gerir políticas de tratamento da dor aguda, além de garantir a acessibilidade e equipamentos<sup>3,4</sup>;
5. A organização interna, o número e a especialização dos profissionais que integram a equipa da UDA devem ser adaptados às características de cada hospital (dimensão, grau de diferenciação e especificidades dos doentes), garantindo apoio em dor aguda 24 horas/dia, 7 dias/semana<sup>3,5</sup>;
6. É aconselhável nomear enfermeiros da UDA nas unidades que devido às suas dimensões e/ou especificidades assim o exijam<sup>3</sup>;
7. Devem ser nomeados enfermeiros e médicos de ligação (um por serviço)<sup>3</sup>;
8. Os enfermeiros de ligação desempenham um papel importante - coordenam, monitorizam e avaliam os cuidados prestados e atuam como um elo de ligação entre os vários membros da equipa da UDA;
9. Os enfermeiros prestadores de cuidados diretos são responsáveis por avaliar regularmente a intensidade da dor (em repouso e em movimento), fornecer a medicação analgésica (a horas fixas e de resgate), monitorizar a eficácia analgésica, os efeitos laterais e complicações<sup>7</sup>;
10. A unidade deve promover a articulação com os serviços clínicos, de modo a que a abordagem da dor aguda seja eficaz e segura, nomeadamente promovendo a formação de médicos e enfermeiros<sup>3,5,6</sup>;
11. A farmácia deve colaborar estreitamente com a UDA, devendo existir um farmacêutico de ligação;
12. A interligação com a unidade de dor crónica deve ser desenvolvida, quer no âmbito da abordagem do doente de dor crónica com dor aguda, quer na evolução da dor aguda para dor crónica<sup>4</sup>;
13. Devem existir reuniões regulares, cooperação e trabalho em rede entre os membros da UDA e os serviços clínicos<sup>3,5</sup>;
14. Devem ser criadas condições para o desenvolvimento de projetos de investigação no âmbito da dor aguda.<sup>3</sup>

## CAPÍTULO 2: FORMAS DE ATUAÇÃO EM DOR AGUDA - MEIOS, EQUIPAMENTOS E MONITORIZAÇÃO

### Fundamentos

1. A definição de uma estratégia analgésica adequada deve

- ser individualizada e acompanhar-se de uma educação sobre o plano de tratamento da dor dirigida ao doente e/ou cuidador.<sup>4</sup> Deve ter em conta as preferências do doente, as suas necessidades e valores, os quais se sobrepõem à evidência clínica existente.<sup>2</sup> Essa estratégia analgésica depende das comorbilidades clínicas, medicação em curso, história de dor crónica, abuso de substâncias, terapêuticas analgésicas prévias e respetivas respostas, e das características da dor a controlar<sup>3,4,8</sup>;
2. A elaboração e implementação de um plano terapêutico integrado, devem ser baseadas na combinação lógica e eficaz de meios farmacológicos e não farmacológicos, protocolos de analgesia multimodal, reabilitação precoce do doente consoante os meios disponíveis, a capacidade de intervenção das UDAs e a concordância do doente.<sup>3,4,9</sup> No caso da dor perioperatória esse plano terapêutico deve contemplar todo o perioperatório<sup>10</sup>;
  3. Nos doentes com dor aguda controlada e via oral disponível, a administração endovenosa de opioides não se mostrou vantajosa<sup>4</sup>;
  4. A analgesia controlada pelo doente é mais eficaz e segura no controlo inicial da dor, permite uma titulação mais rápida dos fármacos e está associada a um maior grau de satisfação dos doentes.<sup>3,11</sup> Os estudos mostram que é possível a sua aplicação em crianças a partir dos 6 anos de idade<sup>2,4</sup>;
  5. A patient controlled analgesia (PCA) com regime de perfusão contínua de opioides não melhora a qualidade da analgesia, não reduz os consumos de opioides e está associada a maior incidência de efeitos laterais (náuseas, vômitos, sedação, retenção urinária e depressão respiratória)<sup>2,4</sup>;
  6. A analgesia por via epidural e perineural, com perfusão contínua e/ou controlada pelo doente, apresenta a vantagem de prolongar a analgesia<sup>2,4</sup>;
  7. A analgesia por via epidural estará associada à diminuição da morbilidade e mortalidade pós-operatória<sup>4</sup>;
  8. A qualidade da analgesia epidural com anestésicos locais melhora com a associação de opioides.<sup>2</sup> A qualidade da analgesia perineural parece melhorar com a associação de dexametasona<sup>2</sup>;
  9. A avaliação e registo regular da intensidade da dor, efeitos laterais e complicações relacionados com as técnicas são obrigatórios, e o seu tratamento deve ser efetuado<sup>3,12</sup>;
  10. O consentimento informado escrito deve ter carácter obrigatório em técnicas invasivas.

## Recomendações

1. Todos os doentes com dor aguda não controlada devem ser referenciados para a UDA;
2. Considera-se dor não controlada sempre que, de acordo com as escalas validadas, se verificarem, no mínimo, 2 registos consecutivos de dor superior a ligeira, >3 ou >30;
3. A analgesia deve ser prescrita em horário regular, privilegiando a administração de associações farmacológicas com diferentes mecanismos de ação<sup>2</sup>;
4. A abordagem terapêutica deve ser adaptada às características do doente, da dor, do tipo de cirurgia<sup>13,14</sup> e da técnica analgésica, de acordo com os recursos da instituição, garantido sempre a segurança clínica.<sup>4</sup> Independentemente da estratégia analgésica escolhida, esta deverá ser sempre aplicada de acordo com protocolos<sup>3</sup>;
5. Todos os esquemas terapêuticos devem contemplar analgesia de resgate;
6. Em cada protocolo deve estar mencionado:
  - a. Denominação acordada com a farmácia,
  - b. Identificação e caracterização dos fármacos ou mistura analgésica,
  - c. Via de administração,
  - d. Posologia de cada fármaco utilizado,
  - e. Analgesia de resgate: quando e como fazer quando a dor não está controlada,
  - f. Modo de preparação e identificação dos fármacos,
  - g. Caracterização, abordagem e tratamento dos efeitos laterais e complicações mais frequentes,
  - h. Instruções acessórias;
7. Para além de protocolos de analgesia, devem ser elaborados protocolos de abordagem de complicações e efeitos laterais relacionados com a técnica analgésica adotada e os fármacos utilizados;
8. A UDA deve ter acesso a equipamento apropriado e em quantidade adequada para garantir a abordagem segura e eficaz da dor, de acordo com as necessidades da instituição de saúde na qual está integrada.<sup>3</sup> Este equipamento deverá incluir dispositivos de atuação terapêutica, como sistemas de perfusão contínua e de PCA<sup>3</sup> e ecógrafo;
9. Vias e métodos de administração:
  - a. Utilização preferencial da via oral, se disponível<sup>4</sup>;
  - b. A via intramuscular não deve ser utilizada<sup>4</sup>;
  - c. A analgesia pré-emptiva é eficaz na redução e controlo da dor pós-operatória, como é o caso da analgesia via epidural<sup>2</sup>;
  - d. A PCA deve ser privilegiada, particularmente na administração de opioides, com dispositivos devidamente programados e protocolados<sup>2,4,15</sup>;
  - e. Na PCA não estão recomendados regimes de perfusão contínua de opioides,<sup>4</sup> nem de anti-eméticos<sup>2,3</sup> (exceto em doentes com uso regular de opioides);
  - f. No regime PCA, não há evidência que um opioide seja melhor do que outro<sup>2</sup>;

- g. A PCA pressupõe o ensino prévio do doente e a existência de capacidades cognitivas adequadas<sup>15</sup>;
  - h. A analgesia regional é recomendada como componente eficaz da analgesia multimodal na abordagem da dor moderada a intensa<sup>2,4</sup>;
  - i. A analgesia regional, independentemente da localização do cateter, é mais eficaz do que a analgesia com opioides sistémicos<sup>16</sup>;
  - j. A via epidural confere uma melhor analgesia comparativamente com a via endovenosa, incluindo a PCA, desde que seja utilizado anestésico local<sup>2</sup>;
  - k. Não há vantagem na utilização de opioides isoladamente por via epidural versus opioides por via endovenosa<sup>2</sup>;
  - l. A via epidural torácica tem benefícios versus a via lombar na cirurgia abdominal<sup>2,4</sup>;
  - m. Na analgesia epidural, o uso de morfina confere uma analgesia semelhante ao fentanil quando associado a anestésicos locais, no entanto está associado a maior incidência de náuseas e vômitos<sup>2</sup>;
  - n. No bloqueio subaracnoideu, a morfina confere melhor analgesia do que o fentanil ou o sufentanil nas cesarianas. Doses superiores a 300 mcg estão associadas a depressão respiratória<sup>2</sup>;
  - o. Recomenda-se o domínio da realização de técnicas regionais. O recurso à ecografia parece poupar tempo na execução da técnica e reduzir a dose total de fármaco utilizado, com redução da toxicidade,<sup>16</sup> não garantindo, no entanto, a redução da incidência de complicações<sup>2</sup>;
  - p. Técnicas de bloqueio de neuroeixo, bloqueios profundos periféricos e sempre que haja colocação de cateter devem ser executados com cuidados gerais de assepsia e desinfeção cutânea (clorhexidina 0,5% ou iodopovidona),<sup>17</sup> por maior risco de infeção<sup>2,16</sup>;
  - q. O bloqueio periférico contínuo garante melhor analgesia e maior satisfação do doente que dose única<sup>4,16</sup>;
  - r. À exceção dos anestésicos locais e da dexametasona, falta evidência clínica para a utilização de outros fármacos em bloqueios periféricos<sup>2</sup>;
  - s. A administração de analgesia intra-articular e infiltração da ferida operatória devem ser utilizadas, nomeadamente nos procedimentos cirúrgicos em que está demonstrado o seu benefício<sup>2,4</sup>;
  - t. Considera-se que o doente pode ter alta da UDA sempre que tem dor controlada e ausência de efeitos laterais/complicações da analgesia.
10. Fármacos analgésicos:

**Paracetamol** – Deve fazer parte dos esquemas analgésicos, reduz a necessidade de opioides, sendo menos eficaz que os AINEs.<sup>16</sup> A dose terapêutica é próxima da dose tóxica e tem risco de toxicidade hepática. Sem contraindicação na pediatria e na gravidez,<sup>2</sup> é mais eficaz se em associação farmacológica com codeína ou tramadol<sup>2</sup>;

**Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINE)** – A utilização de AINE, seletivos ou não seletivos, potencia

o efeito analgésico e reduz o consumo de opioides.<sup>4,18,19</sup> O uso de AINE seletivos (coxibes) parece ter menos efeitos secundários, quanto ao risco de hemorragia pós-operatória e digestiva<sup>2,4,19</sup>;

**Tramadol, Codeína** – Opioides fracos, agonistas parciais  $\mu$ . O tramadol interfere igualmente na recaptção de noradrenalina, serotonina e recetores NMDA. Utilizados na dor moderada ou intensa, sem necessidade de titulação, com melhor perfil de segurança e menor risco de adição que os opioides fortes. Estes fármacos têm efeito-teto. O tramadol é mais potente que a codeína<sup>2,4</sup>;

**Petidina** – O uso de petidina deve ser preterido em função de outros opioides<sup>2</sup>;

**Morfina e Opioides Sintéticos (fentanil, sufentanil, remifentanil)** – Opioides fortes, agonistas totais dos recetores  $\mu$ , são fármacos padrão no tratamento da dor moderada a intensa, ou como analgesia de resgate. A sua utilização implica monitorização clínica rigorosa. Não se recomenda a sua administração pré-emptiva. A administração de doses elevadas, especialmente de remifentanil, pode ser responsável por fenómenos de hiperalgisia e/ou tolerância. O fentanil parece causar menor disfunção cognitiva comparativamente à morfina no pós-operatório.<sup>20</sup> A morfina apresenta-se como o opioide mais imunossupressor, agindo principalmente através do recetor  $\mu$ , presente nas células imunitárias.<sup>20</sup> O fentanil não parece diferir, neste aspeto, da morfina<sup>20</sup>;

**Tapentadol** – Opiode forte, agonista parcial  $\mu$ , interfere na recaptção de noradrenalina, serotonina e recetores NMDA. Atualmente só disponível por via oral, é mais potente do tramadol<sup>2</sup>;

**Anestésicos Locais** – Estão indicados para administração por via regional. A ropivacaína, a levobupivacaína e a bupivacaína devem ser sempre utilizados na menor concentração eficaz, reduzindo a toxidade cardiovascular e neurológica e tendo em conta a patologia associada dos doentes<sup>2,4</sup>;

**Lidocaína Endovenosa** – Estudos recentes referem que a sua utilização na cirurgia abdominal laparoscópica ou por laparotomia, diminui o íleo pós-operatório, as náuseas e vômitos e melhora a qualidade da analgesia<sup>2,4</sup>;

**Gabapentina e Pregabalina** – Podem reduzir o consumo de opioides no pós-operatório e estarão associados a menores níveis de dor.<sup>2,4,21</sup> Apenas disponíveis para administração por via oral. Não há consenso nem evidência quanto à dose mais adequada e o melhor momento da administração. São ainda escassos os estudos em pediatria;

**Cetamina** – Pode reduzir o consumo de analgésicos, os níveis de dor no pós-operatório, a evolução para dor crónica<sup>2,4,22</sup> e a incidência de náuseas e vômitos do pós-operatório.<sup>16</sup> Recomenda-se a sua administração em

situações de dor intensa, hiperalgesia e em doentes opioide tolerantes<sup>16,22</sup>;

**Outros Fármacos** – Sulfato de magnésio,<sup>2</sup> dexametasona,<sup>2,21</sup> dexmedetomidina<sup>2</sup> e clonidina<sup>16</sup> parecem ser úteis como adjuvantes no tratamento da dor aguda em casos específicos e na redução de náuseas e vômitos no pós-operatório.<sup>16</sup> Faltam estudos que demonstrem a sua mais-valia inequivocamente e a presença de efeitos secundários pode inibir a sua utilização<sup>16</sup>;

**Canabinoides** – Faltam estudos que demonstrem a sua mais-valia inequivocamente<sup>16</sup>;

11. Meios não farmacológicos são considerados como um complemento fundamental e parte integrante da abordagem terapêutica em dor aguda.<sup>16</sup> Sempre sob supervisão médica, recomenda-se a utilização de:

**TENS** – Estimula a resposta endógena inibitória da estimulação algica. Estudos sugerem a diminuição do consumo de analgésicos em 25%.<sup>2,4</sup> Pode ser aplicada pericirúrgica ou nos pontos de acupuntura;

**Acupuntura** – Existem múltiplas técnicas: aplicação em pontos de acupressão, com ou sem estimulação elétrica.<sup>2</sup> Requer conhecimento, tempo e equipamento;

**Gelo** – Diminui a resposta inflamatória e promove analgesia local. Pode ser associado à aplicação de pressão e à circulação de ar para manter o frio. No entanto, os estudos existentes não demonstram diferença no consumo analgésico, nem evidenciam uma recuperação mais rápida do doente;

**Técnicas Comportamentais** – A hipnose, relaxamento, meditação, intervenção cognitiva e intervenção focada na emoção influenciam os níveis de dor e os comportamentos negativistas.<sup>4,20</sup> Como técnicas não invasivas, podem ser utilizadas em qualquer faixa etária;

12. Monitorização:

- Os doentes com protocolos de analgesia deverão ser monitorizados e avaliados<sup>3,23,24</sup>;
- Os doentes com técnicas de analgesia não convencional e/ou dor não controlada devem ter visita diária da UDA<sup>3</sup>;
- A monitorização clínica é obrigatória<sup>14,23</sup> e deve ser regulada pela aplicação de escalas de avaliação e alertas previamente validados pela UDA e divulgados/ensinados à equipa de enfermagem, promovendo uma linguagem comum<sup>3,4,25</sup>;
- A avaliação pela equipa de enfermeiros prestadores de cuidados diretos ao doente deve ser realizada em intervalos regulares e sempre que haja intervenção analgésica (avaliação da dor em repouso e em movimento), recorrendo a escalas de avaliação validadas<sup>3</sup>;
- Recomenda-se que, sempre que se utilizem opióides, sejam monitorizados regularmente os sinais vitais,

o grau de sedação e o estado de consciência. Doentes sujeitos a administração intratecal de morfina devem ser monitorizados por 18 a 24 horas<sup>2,4,26</sup>;

- Não existe evidência de que um tipo de monitorização (clínica versus oximetria de pulso) seja superior a outro, pelo que, sempre que possível, ambos os meios devem ser utilizados. A ausência de monitorização por oximetria de pulso não contraindica a utilização de técnicas e fármacos analgésicos, mas requer maior frequência de vigilância clínica, o inverso já não é suportado pela evidência<sup>23</sup>;
- Nas técnicas de analgesia regional, acresce a monitorização e vigilância do bloqueio motor e o levante acompanhado pelo enfermeiro.

### CAPÍTULO 3: METODOLOGIA DE REGISTO E ANÁLISE DE RESULTADOS Fundamentos

- Os registos clínicos têm um papel decisivo na qualidade de prestação de cuidados de saúde, com grande impacto na segurança do doente<sup>27</sup>;
- Os registos devem ser periódicos, de execução simples e conter informação relevante e objetiva,<sup>28</sup> que facilite não só a sua compreensão, como a sua utilização em processos de auditoria ou médico-legais;
- Deve-se promover a uniformização dos registos clínicos mínimos obrigatórios no âmbito da UDA, de forma a permitir o desenvolvimento de indicadores a nível nacional;
- O registo sistemático da intensidade da dor, de forma regular, em todos os doentes avaliados numa unidade de saúde é obrigatório desde 2003<sup>29</sup>;
- O registo informatizado é atualmente considerado um *standard* na qualidade de prestação de cuidados médicos, sendo já obrigatório nalguns registos clínicos<sup>30</sup>;
- O registo digital, além de fidedigno, tem boa acessibilidade, facilita uma melhor partilha entre instituições e permite um fácil armazenamento de dados essenciais à aprendizagem e à produção científica<sup>31</sup>;
- Na UDA, é da maior relevância a criação de um sistema de registo de informação seguro e eficaz. Esta Unidade deve providenciar o armazenamento, garantir a acessibilidade e ter regras de utilização e partilha dos dados com outras instituições;
- A proteção de dados pessoais deve obedecer ao estabelecido em regulamentos ou diplomas legais em vigor.<sup>32-34</sup>

### Recomendações

- Todos os doentes devem ter registos mínimos obrigatórios no âmbito da dor, integrados no processo clínico: intensidade da dor em repouso e em movimento, medicação analgésica, efeitos laterais e complicações;

2. A intensidade da dor deve ser avaliada de acordo com escalas validadas e adaptadas ao doente, dando preferência, sempre que possível, a escalas quantitativas;
3. Os registos da UDA devem fazer parte integrante do processo clínico do doente;
4. A UDA deve ter uma base de dados parametrizada de forma a permitir o desenvolvimento de processos de auditoria;
5. São considerados registos obrigatórios da base de dados da UDA<sup>28</sup> (Tabela 1):

**Tabela 1. Registos obrigatórios**

REGISTOS OBRIGATÓRIOS
Diagnóstico que motivou episódio de dor aguda (ICD*)
Intensidade de dor em repouso e em movimento no mínimo de 8/8 horas e após cada intervenção analgésica de resgate
Protocolo analgésico instituído
Caracterização de técnicas analgésicas regionais
Efeitos laterais/complicações da terapêutica analgésica

6. São considerados registos recomendados da base de dados da UDA<sup>28</sup> (Tabela 2):

**Tabela 2. Registos recomendados**

REGISTOS RECOMENDADOS
Caracterização demográfica do doente
Antecedentes pessoais (ICD*), estado físico American Society of Anesthesiologists (ASA)
Medicação habitual
História prévia de dor crónica
Consumo crónico de opioides
Diagnóstico cirúrgico/ médico (ICD*)
Descrição de técnica anestésica, quando aplicável
Informação e formação prestada ao doente/cuidador, quando aplicável
Satisfação do doente

## CAPÍTULO 4: AUDITORIA DO TRATAMENTO DA DOR AGUDA

### Fundamentos

1. As auditorias médicas fazem parte do processo de avaliação contínuo que tem como objetivo alcançar o mais elevado nível de qualidade em cuidados de saúde<sup>35-37</sup>;
2. A qualidade é definida como o grau de melhoria nos cuidados de saúde, adaptado aos conhecimentos dos profissionais e aos equipamentos disponíveis<sup>35-37</sup>;
3. Os sistemas de qualidade pressupõem a existência de indicadores<sup>3,38,42</sup>;
4. Os indicadores constituem uma base mensurável dos cuidados, para profissionais e organizações de saúde, a partir da qual é possível aferir o nível de qualidade dos serviços prestados. Podem ser baseados na evidência científica, derivados de literatura académica ou

determinados por um painel de peritos, num processo de consenso<sup>37,39,42</sup>;

5. Os indicadores podem estar relacionados com a estrutura, o processo ou o *outcome* dos cuidados de saúde. Podem ser quantitativos ou qualitativos<sup>35,37-40</sup>;

### Recomendações

1. A UDA deve promover a realização periódica de auditorias internas, que deverão responder às necessidades do seu contexto estrutural e clínico abrangendo a totalidade das suas atividades<sup>3</sup>;
2. As auditorias internas devem ser realizadas com uma periodicidade mínima de um ano;
3. Recomenda-se a avaliação da implementação da Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) em vigor e das recomendações nacionais sobre dor aguda;
4. São considerados parâmetros auditáveis de uma UDA<sup>3,38-41</sup>:

#### Parâmetros Auditáveis de Estrutura

- a. Acessibilidade da base de dados;
- b. Execução do plano de formação;
- c. Existência de equipa multidisciplinar;
- d. Horas de dedicação exclusiva à UDA pelo anestesiologista;
- e. Existência de equipamento de analgesia adequado às necessidades;
- f. Existência de produção científica.

#### Parâmetros Auditáveis de Processo

- a. Totalidade de doentes avaliados pela UDA;
- b. Totalidade de doentes pós-cirúrgicos avaliados pela UDA;
- c. Doentes da UDA com registo regular e sistematizado da intensidade da dor, em repouso e em movimento;
- d. Doentes da UDA com dor moderada a intensa que receberam tratamento analgésico nos 15 minutos seguintes à avaliação;
- e. Doentes da UDA com registo de dor nos 30 minutos após intervenção terapêutica analgésica de resgate;
- f. Doentes da UDA com prescrição de protocolo analgésico da unidade;
- g. Doentes da UDA com prescrição de analgesia por via intramuscular;
- h. Médicos da instituição hospitalar que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos;
- i. Enfermeiros da instituição hospitalar que estiveram presentes numa ação de formação relativa à abordagem da dor nos últimos 3 anos;
- j. Doentes da UDA submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos que receberam informação pré-operatória relativa à abordagem da dor;
- k. Doentes da UDA submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência que receberam informação pré-operatória relativa à abordagem da dor;

1. Doentes com plano analgésico da UDA após a alta hospitalar.

#### **Parâmetros Auditáveis de *Outcome***

- a. Doentes da UDA com dor não controlada;
- b. Doentes da UDA com readmissão hospitalar após alta por dor não controlada;
- c. Doentes da UDA com efeitos laterais resultantes do método analgésico;
- d. Doentes da UDA com complicações resultantes do método analgésico;
- e. Doentes da UDA com readmissão hospitalar após a alta por efeitos laterais e/ou complicações resultantes do método analgésico;
- f. Doentes da UDA em *follow-up* aos 30 dias por complicações resultantes do método analgésico;
- g. Doentes da UDA satisfeitos com o tratamento da dor.

## **CAPÍTULO 5: FORMAÇÃO CONTÍNUA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DOENTES E CUIDADORES**

### **FORMAÇÃO E TREINO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

#### **Fundamentos**

1. A UDA é responsável por desenvolver, implementar e supervisionar programas regulares de formação relacionados com a abordagem da dor aguda, para profissionais de saúde e doentes, com o apoio das estruturas de gestão da unidade hospitalar<sup>3,43</sup>;
2. Deficiências na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, são uma das causas para o inadequado tratamento da dor aguda<sup>2</sup>;
3. Estudos observacionais mostram que a existência de programas de formação e de treino para profissionais de saúde está associada a redução da intensidade da dor, menor incidência de efeitos laterais e maior satisfação do doente<sup>43</sup>;
4. Formação e treino eficaz para todos os profissionais envolvidos no tratamento da dor aguda é uma recomendação básica, devendo esta basear-se na melhor evidência disponível, de forma a melhorar a eficácia e segurança do tratamento<sup>43,44</sup>;
5. A mudança na prática clínica e no comportamento dos profissionais, no sentido da melhoria dos cuidados, depende da qualidade e quantidade da formação e treino.<sup>44</sup>

#### **Recomendações**

1. A UDA deve estar envolvida na formação e treino de todos os profissionais e assegurar que tenham conhecimentos e competências no que respeita à utilização eficaz e segura das opções terapêuticas da instituição<sup>2,3,44</sup>;
2. Todos os profissionais envolvidos no tratamento da dor aguda devem estar incluídos em programa de formação e

desenvolvimento profissional, para que atinjam um nível de conhecimentos adequado às suas funções<sup>43,44</sup>;

3. Os programas de formação são essenciais e devem ser realizados de forma regular no sentido de iniciar, manter e atualizar conhecimentos e competências<sup>43</sup>;
4. De modo a manter competências e a assegurar a qualidade dos cuidados é imprescindível que esta formação seja atualizada periodicamente, no mínimo em cada 3 anos;
5. Adicionalmente, a formação/treino deve realizar-se quando há integração de novos profissionais ou quando as abordagens são modificadas<sup>43</sup>;
6. Os conteúdos devem abranger noções básicas, desde a avaliação da dor a técnicas de analgesia não convencionais. A formação deve incluir:
  - a. Formação geral:
    - i. Competências de comunicação
    - ii. Relevância do apropriado tratamento da dor no bem-estar do doente e nos resultados
    - iii. Competências na avaliação da dor
    - iv. Conhecimentos dos fármacos e técnicas analgésicas
    - v. Conhecimento no ajuste de regimes analgésicos segundo a eficácia e efeitos laterais
    - vi. Capacidade de deteção e abordagem precoce perante efeitos laterais e complicações
    - vii. Manuseamento do equipamento disponível
    - viii. Importância da informação ao doente
  - b. Formação especializada e competências específicas em métodos mais sofisticados:
    - i. Analgesia controlada pelo doente
    - ii. Analgesia neuro-eixo
    - iii. Analgesia regional periférica
7. A UDA deve implementar programa de ensino adequado à formação específica do Internato de Formação Específica.

### **INFORMAÇÃO A DOENTES E CUIDADORES**

#### **Fundamentos**

1. A UDA é responsável pela elaboração e implementação de programas de informação ao doente e/ou cuidador, de modo a assegurar conhecimentos que lhes permita tomar decisões e dar o seu consentimento informado à estratégia de tratamento da dor<sup>3</sup>;
2. Os doentes que estão informados sobre a avaliação da dor, os riscos e efeitos laterais dos tratamentos e que reconhecem a importância de o comunicar eficazmente terão melhor qualidade no alívio da dor, independentemente da técnica analgésica.<sup>2,4</sup>

#### **Recomendações**

1. Deve ser fornecido aos doentes informação verbal e/ou escrita, em linguagem simples, e ser assegurada a sua compreensão<sup>4,44</sup>;
2. Os doentes devem ser capazes de tomar decisões informadas;
3. A informação deve ser adequada aos doentes com dificuldades de comunicação - alterações visuais, auditivas,

cognitivas e língua materna não portuguesa;

4. Para os doentes cirúrgicos o processo educacional deve começar no momento da avaliação pré-operatória<sup>4</sup>;
5. O conteúdo da informação ao doente deve incluir:
  - a. Métodos de avaliação da dor
  - b. Objetivos e benefícios do tratamento
  - c. Opções terapêuticas analgésicas disponíveis, sua eficácia e potenciais efeitos laterais e complicações.

#### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de interesse:** Rui Valente – honorários de palestrante da Grünenthal, inscrições em congressos da MSD; Cristina Carmona - honorários de palestrante da Menarini; Isabel Serralheiro - sem qualquer conflito de interesses; Marlene Monteiro – honorários de palestrante da Grünenthal; Piedade Gomes – honorários de palestrante da Grünenthal; Rita Santos – honorários de palestrante da Grünenthal; Sara Fonseca - honorários de palestrante da Grünenthal e Menarini.

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

**Proveniência e revisão por pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

**Conflicts of interest:** Rui Valente - speaker's fees from Grünenthal, congress registrations from MSD; Cristina Carmona - speaker's fees from Menarini; Isabel Serralheiro - conflicts of interest to declare; Marlene Monteiro - speaker's fees from Grünenthal; Piedade Gomes - speaker's fees from Grünenthal; Rita Santos - speaker's fees from Grünenthal; Sara Fonseca - speaker's fees from Grünenthal and Menarini.

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

**Provenance and peer review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

Submissão: 07 de setembro, 2018 | Aceitação: 31 de maio, 2019

Received: 7th of September, 2018 | Accepted: 31st of May, 2019

## REFERÊNCIAS

1. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional Controlo da Dor. Lisboa: DGS; 2008. [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-111dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>.
2. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine 4th ed. In: Acute Pain Management: Scientific Evidence. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
3. Direção Geral da Saúde. Norma 003/2012. Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Lisboa: DGS; 2012. [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx>.
4. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Guidelines on the Management of Postoperative Pain Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain. 2016;17:131-57. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.
5. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. Pain Med. 2010;11:1859-71. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x.
6. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E, et al. Improving the management of postoperative acute pain: priorities for change. Curr Med Res Opin. 2015;31:2131-43. doi: 10.1185/03007995.2015.1092122.
7. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. Eur J Anaesthesiol. 2016;33:160-71. doi: 10.1097/EJA.0000000000000366.
8. Zeppetella G. The WHO analgesic ladder: 25 years on. Br J Nurs. 2011;17:S4-6.
9. Bonet F. Postoperative pain management and outcomes after surgery. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007;1: 99-107
10. Direção Geral de Saúde. Plano de Luta contra a Dor. Lisboa: DGS; 2011. [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
11. Schug SA, Macintyre P, Power I, Scott D, Visser E, Walker S. The scientific evidence in acute pain management. Acute Pain. 2005; 7: 161-5.
12. Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, et al. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. Eur J Pain. 2015;19:490-502. doi: 10.1002/ejp.571.
13. Joshi GP, Schug SA, Kehlet H. Procedure-specific pain management and outcome strategies. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2014; 28: 191-201. doi: 10.1016/j.bpa.2014.03.005.
14. PROSPECT: evidence based, procedure-specific postoperative pain management. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007; 21: 149-159
15. Lynne Campbell, John Plummer: Guidelines for the Implementation of Patient-Controlled Analgesia. In: Disease Management and Health Outcomes. Berlin: Springer; 1998. p. 27-39.
16. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence. 4th ed. Bethesda: MJA; 2016.
17. Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuroaxial Techniques. Anesthesiology. 2017;4: 558-601. doi: 10.1097/ALN.0000000000001521.
18. Aubrun F, Marmion F. Postoperative pain in the elderly. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007;1:109-27.
19. Schug SA, Manopas A. Role of non-opioids for postoperative pain treatment. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007;1:15-30
20. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, et al. Opioids and the Management of Chronic Severe Pain in the Elderly: Consensus Statement of an International Expert Panel with Focus on the Six Clinically Most Often Used World Health Organization step III Opioids (Buprenorphine, Fentanyl, Hydromorphone, Methadone, Morphine, Oxycodone). Pain Pract. 2008;4:287-313.
21. Buvanendran A, Kroin JS. Useful adjuvants for postoperative pain management. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007;1: 41-49.
22. De Kock MF, Lavand'homme PM. Clinical role of NMDA receptor antagonists. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2007;1: 85-98.
23. Vila H Jr, Smith RA, Augustyniak MJ, Nagi PA, Soto RG, Ross TW, et al. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? Anesth Analg. 2005;101:474-80.
24. Eriksson K, Wilkstrom L, Arestedt K, Fridlund B, Brostrom A, Numeric Rating Scale: patient's perceptions of its use in postoperative pain assessments. Appl Nurs Res. 2014; 27: 41-6.
25. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008;101:17-24. doi: 10.1093/bja/aen103.
26. Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration. Anesthesiology. 2016;124:535-52. doi: 10.1097/ALN.0000000000000975.
27. Taufen A. 13 ways you can improve patient safety. Medical Group Management Association. March 2012. [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <http://www.inpracticemanagement.com/ckfinder/userfiles/files/March%202012%20Newsletter.pdf>
28. Love BL, Jensen LA, Schopflocher D, Tsui BCh. Development of an electronic database for Acute Pain Service outcomes. Pain Res Manag. 2012;1:25-30.
29. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS; 2003.
30. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 36. Despacho nº2784. 20 de Fevereiro de 2013.
31. Goldstein DH, Phelan R, Wilson R, Ross-White A, VanDenKerkhof EG, Penning JP, et al. Brief review: adoption of electronic medical records to enhance acute pain management. Can J Anesth. 2014;61:164-79.
32. Medical Protection Society. An essential guide to medical records-advice for the United Kingdom. [consultado Dez 2017]. Disponível em: <https://www.medicalprotection.org/uk/articles/an-mps-essential-guide-to-medical-records>
33. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde.
34. Comissão Nacional de Proteção de Dados. Regulamento Geral de Proteção de Dados Lisboa: RGPD; 2018.
35. National Institute for clinical excellence, NHS CHI. Royal College of Nursing. University of Leicester. Principles for best practice in clinical audit [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
36. Kötter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators – a systematic review. Implement Sci. 2012 ; 7:21. doi: 10.1186/1748-5908-7-21.
37. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, et al. Clinical indicators: development and applications. Neth J Med. 2007;65:15-22.
38. Royal College of Anaesthetists. Raising the Standard: a compendium of audit recipes. In: Vickers A, Grady K, editors. Section 11: Pain Medicine. 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists; 2012. p 291-341.
39. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003;15:523-30.
40. Societal Impact of Pain: Quality indicators of chronic pain management Rolf-Detlef Treede. [consultado Julho 2018] Disponível em: <https://www.sip-platform.eu/resources?page=67>
41. SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – Melhores cuidados, melhores resultados. Manual de especificações – Avaliação da Dor Aguda. Lisboa: SINAS; 2017.
42. Australasian Clinical Indicator Report 2009-2016.18th ed.. Anaesthesia and perioperative care version. Melbourne: ACIR; 2017.
43. The American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the perioperative setting. Anesthesiology. 2012; 116: 248-73. doi: 10.1097/ALN.0b013e31823c1030.
44. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO. Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action. [consultado em Agosto 2018] Disponível em: <https://www.npcnow.org/system/files/research/download/Improving-the-Quality-of-Pain-Management-Through-Measurement-and-Action.pdf>