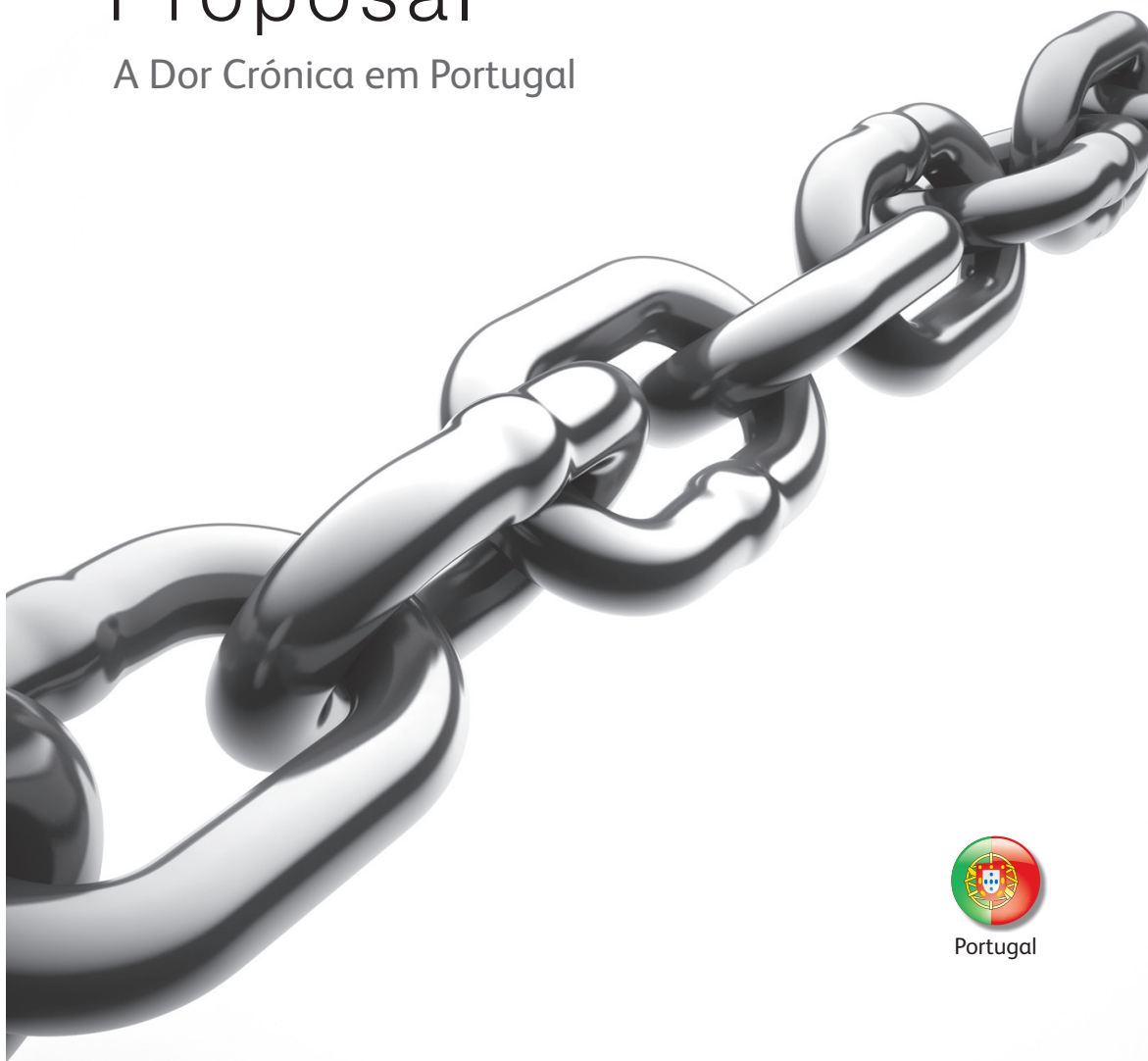




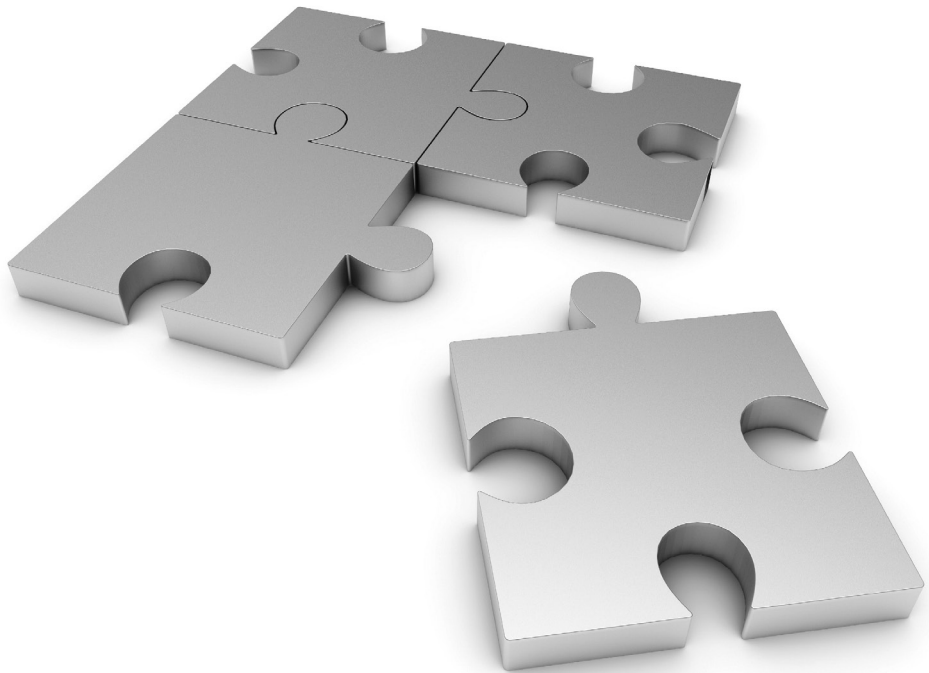
# PAIN

## Proposal

A Dor Crónica em Portugal



Portugal



## The Pain Proposal

Estima-se que a dor crónica afecte, em média, um em cada cinco europeus adultos, originando custos significativos para os indivíduos, famílias e cuidadores, bem como para os sistemas de saúde e para as economias.<sup>1</sup> Contudo, devido às múltiplas definições de dor crónica e à diversidade dos estudos realizados, a verdadeira escala do problema tem sido difícil de quantificar e como tal não lhe tem sido conferida a mesma prioridade que a outras questões de saúde.

Uma das definições de dor crónica mais utilizada é a que se refere a uma 'dor com duração superior a 3 meses ou que persiste após o período normal de recuperação do tecido', na ausência de outros critérios.<sup>2</sup> Pode ser causada por uma vasta gama de quadros clínicos comuns, incluindo artrite, cancro e diabetes, ou por outros factores, tais como traumatismos ou cirurgias, ou mesmo ter uma causa indeterminada. A dor crónica não é objecto apenas de uma especialidade médica, mas requer muitas vezes uma equipa multidisciplinar e, em consequência disso, o percurso de uma pessoa com dor crónica até obter um diagnóstico correcto e um tratamento

adequado pode ser fragmentado, difícil e dispendioso.

A iniciativa Pain Proposal foi lançada para obter um consenso sobre o impacto da dor crónica por toda a Europa, para realçar a necessidade de acção imediata na resolução das insuficiências actuais da sua gestão e partilhar exemplos de boas práticas que demonstrem de que modo se pode atingir uma gestão eficaz da dor. A iniciativa reuniu um grupo de especialistas em dor crónica provenientes de toda a Europa para partilhar o seu conhecimento e experiência e as boas práticas de cada país, e para ajudar a elaborar recomendações acerca do melhor caminho a seguir.

**O presente relatório foca-se no panorama actual da dor crónica em Portugal e foi desenvolvido em colaboração com os seguintes especialistas que participam na iniciativa Pain Proposal:**

**Prof. Doutor José Castro-Lopes**

Professor Catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

**Dr. Pedro Saramago**

Economista da saúde no Centre for Health Economics, University of York, UK.

**Dr. José Romão**

Anestesiologista na Unidade de Dor Crónica, Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, Hospital de Santo António, Portugal.

**Dr.ª Maria da Luz Macário Paiva**

Representante da ANDAR – Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide.

## Resumo

A dor crónica afecta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as actividades do quotidiano.

Este facto tem sido reconhecido em termos de políticas de saúde nos últimos anos, contudo subsiste alguma falta de informação do público em geral e dos profissionais de saúde para a problemática da dor crónica, o que dificulta a implementação das medidas propostas.

A aposta na formação dos profissionais de saúde na área da dor crónica, a alteração do sistema

de recolha e registo de informações clínicas e uma utilização eficiente dos recursos existentes permitirá reduzir custos e trazer o tão desejado alívio às pessoas que sofrem de dor crónica.

*«Para melhorar o controlo da dor em Portugal é necessário sensibilizar e formar os profissionais de saúde e o público em geral, melhorar o registo e processamento de dados, desenvolver o controlo de qualidade e promover uma utilização eficiente dos recursos existentes.»*

**Comité Executivo, Portugal**

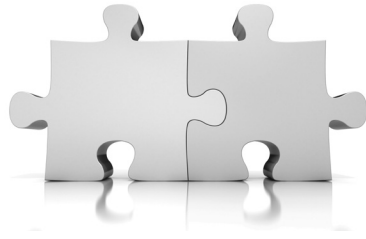
## Estatísticas principais

Prevalência da Dor Crónica <sup>a</sup> a nível nacional (adultos)	36%*
Prevalência da Dor Crónica moderada a grave <sup>b</sup> a nível nacional (adultos)	16%**
Número estimado de adultos com Dor Crónica no país	3 milhões
Doentes com impacto moderado ou grave da Dor Crónica nas actividades domésticas ou laborais	≈50%
Doentes com perda de emprego associada à dor crónica	4%
Doentes com reforma antecipada por causa da dor	13%
Doentes com diagnóstico de depressão associada à dor crónica	17%
Insatisfação com o tratamento da dor crónica	35%

<sup>a</sup> definida como dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses e presente no último mês.

<sup>b</sup> dor crónica com intensidade igual ou superior a 5 numa escala numérica de 0 a 10, em que 0 representa ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginável.

\*IC 95%: 34,4-37,4; \*\*IC 95%: 14,3-16,6;



## O impacto da dor crónica

Deolinda começou por sentir dores ligeiras nas articulações das mãos em tarefas básicas do dia-a-dia, que começaram a ser cada vez mais frequentes e intensas e que, poucos meses mais tarde, se estenderam a outras articulações do corpo. Tinha 27 anos quando descobriu que sofria de artrite reumatóide. Começou a ter dor muito forte, ao ponto de nem se conseguir levantar. Durante dez anos, a doença evoluiu progressivamente. Os medicamentos e a fisioterapia não foram suficientes para travar a evolução da artrite. Foi hospitalizada vezes consecutivas e submetida a várias intervenções cirúrgicas (cirurgia às mãos e pés e prótese na anca, que já teve de ser substituída). Nesse período, apesar da dor e das limitações, teve de continuar a trabalhar como empregada de limpeza porque era muito nova para se reformar. Tinha 37 anos quando recebeu a reforma antecipada.

Hoje, com 46 anos, tenta sobreviver com 260 Euros por mês. Toma cerca de trinta comprimidos e faz fisioterapia todos os dias.

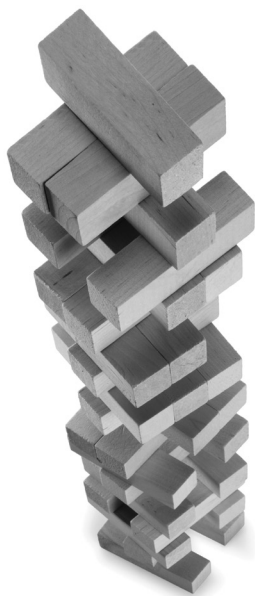
A medicação biológica e a hidroterapia ajudam-na a controlar a doença. Sem o apoio da família, está dependente de uma auxiliar para as tarefas diárias e conta com o apoio da Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide que considera como uma família.

Depois de quase vinte anos de doença, tem esperança de viver ainda muitos mais e com melhor qualidade de vida.

- **Cerca de 36% da população adulta portuguesa sofre de dor crónica**, sendo que em quase metade dos casos (16%) a dor é moderada ou forte ( $\geq 5$  numa escala numérica 0-10); a prevalência da dor é significativamente maior nas mulheres e aumenta com a idade em ambos os sexos. A nível da distribuição geográfica, verifica-se que junto ao litoral a prevalência é mais baixa, excepto no Litoral Alentejano. As principais causas de dor referidas são, por ordem decrescente: as patologias osteoarticulares, em particular as lombalgias que atingem mais de 40% dos indivíduos, a osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatóide e as cefaleias.<sup>3</sup>
- **Aproximadamente 50% dos indivíduos com dor crónica referem que a dor afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e a 17% foi feito o diagnóstico de depressão.**
- Em termos de impacto económico, estima-se que os indivíduos com dor crónica têm em média 14 dias de baixa por ano, o que representa mais de 290 milhões de Euros por ano de custos salariais suportados pela Segurança Social.

*«O impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é devastador e superior ao provocado por muitas outras patologias crónicas, principalmente pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que impõe em múltiplas actividades do dia-a-dia das pessoas. Frequentemente, a dor do doente afecta também de forma muito significativa o bem estar e as actividades dos familiares e outros cuidadores, factor que não pode ser ignorado. Tendo ainda em conta a elevada prevalência da dor crónica, pode concluir-se que estamos perante um grave problema de saúde pública que urge combater com todos os meios ao nosso alcance.»*

**Prof. José Castro Lopes, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**



## A dor crónica no sistema de saúde

Os portugueses com dor crónica consideram difícil o acesso aos serviços de saúde e o processo de diagnóstico e referenciação é demorado.

- Os doentes consideram que nem sempre é fácil o acesso aos serviços de saúde e relatam dificuldades em obter os tratamentos adequados. Cerca de 35% dos doentes com dor crónica consideram que a sua dor não está a ser bem tratada/controlada, apontando como razões principais a falta de eficácia dos medicamentos que lhes são prescritos e a falta de atenção/preocupação/importância/preparação dos médicos em relação à dor dos doentes<sup>3b</sup>.
- **O tratamento da dor crónica é feito predominantemente ao nível dos cuidados de saúde primários**, como não poderia deixar de ser dada a elevada prevalência da dor crónica. A maioria dos doentes recorre em primeiro lugar ao médico de família ou clínico geral<sup>3c</sup> que decide acerca da necessidade de referenciar para os cuidados secundários.

- O processo de diagnóstico e referenciação dos casos que necessitam de uma abordagem mais diferenciada pode ser muito lento, devido à falta de sensibilização, competências específicas e/ou formação do médico de primeiro contacto, bem como a aspectos de organização e coordenação entre serviços. Os doentes podem ser encaminhados sucessivamente para diferentes especialistas até obterem o diagnóstico e tratamento adequados, com as decorrentes repercussões em termos de saúde e qualidade de vida dos pacientes e saturação dos recursos existentes.
- **Apenas 22% dos doentes com dor crónica são seguidos por um especialista e 1% são seguidos em Unidades de Dor Crónica.**<sup>3d</sup>  
A maioria das Unidades de Dor Crónica não apresenta o grau de diferenciação e especialização recomendados, por serem monodisciplinares (geralmente compostas apenas por anestesiológicos).<sup>4</sup> A referenciação para unidades que incluam profissionais de saúde mental é difícil devido à sua escassez, e mais difícil ainda é o encaminhamento de um doente de uma unidade básica para uma unidade mais diferenciada.
- Subsistem ainda alguns problemas de acesso à medicação, embora haja muitos medicamentos comparticipados na área da dor e a comparticipação dos medicamentos opióides fortes tenha sido recentemente aumentada.<sup>5,6</sup> Em relação a estes últimos, existem barreiras à prescrição que se prendem com o tipo de receituário e com as medidas de suposta segurança que rodeiam a sua prescrição e que acabam por ser estigmatizantes e dificultam a adesão à terapêutica.
- Outro aspecto de grande impacto na prestação de cuidados de saúde é a formação. **A formação dos médicos e dos outros profissionais de saúde na área da dor crónica é muito limitada ao nível pré-graduado**<sup>7</sup> e essa lacuna só é colmatada posteriormente se o profissional estiver especialmente motivado para procurar formação complementar na área.



## Perspectiva Política e Económica

O reconhecimento do impacto individual e socioeconómico da dor crónica tem produzido políticas de saúde destinadas ao combate à dor

### Custos económicos e de saúde

*«Não existem dados científicos acerca dos custos directos e/ou indirectos associados à dor crónica em Portugal, mas tendo em consideração os estudos internacionais publicados acredita-se que estes sejam deveras elevados e com enorme impacto para o Sistema de Saúde Português e sociedade em geral.»*

**Dr. Pedro Saramago, Centre for Health Economics, University of York.**

### Legislação actual – política governamental

- Existe uma política nacional de combate à dor em vigor desde 2001, quando foi publicado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) pela Direcção-Geral da Saúde (DGS).<sup>8</sup> Este plano tinha como principal objectivo a criação de Unidades de Dor (aguda e crónica), nessa altura muito escassas no nosso País. Incluía directrizes sobre a organização dessas unidades e sobre o tratamento do doente com dor crónica, dor aguda pós-operatória e dor associada ao parto.
- Dando continuidade ao PNLCD, em 2008, a DGS publicou o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor)<sup>9</sup> com 5 princípios orientadores: subjectividade da dor; obrigatoriedade de avaliação e registo da dor (dor equiparada a 5º sinal vital); direito do doente ao controlo da dor; dever dos profissionais de saúde de tratarem a dor; e tratamento diferenciado da dor. Este programa, com um horizonte temporal de 10 anos, tem como objectivos gerais reduzir a prevalência da dor na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida das pessoas com dor e racionalizar custos/recursos associados ao tratamento da dor.



- Actualmente, a Dor é uma das prioridades do Ministério da Saúde e deverá ser incluída no novo Plano Nacional de Saúde, que vigorará em 2011-2016.

### Boas práticas

- Em 1999 foi criado o Dia Nacional de Luta Contra a Dor, por despacho da Ministra da Saúde<sup>10</sup>, como forma de sensibilizar a opinião pública e os profissionais de saúde em particular, para a importância do controlo da dor.
- A Direcção-Geral da Saúde (DGS) emitiu em 2003 uma **Circular Normativa que equipara a dor a 5º sinal vital**<sup>11</sup>. A avaliação e o registo regular da intensidade da dor passaram a ser obrigatórios em todos os serviços de saúde. Esta circular indica algumas ferramentas para a avaliação da intensidade da dor e, apesar de não ter sido ainda implementada de forma generalizada, está a ser aplicada na maioria dos hospitais portugueses<sup>12</sup>.
- A Ordem dos Médicos criou em 2006 a **Competência em Medicina da Dor**, como forma de reconhecer a diferenciação dos médicos que possuem formação específica nesta área do conhecimento médico. O currículo formativo inclui um componente teórico e um componente prático, bem como a necessidade de participar em trabalhos de investigação básica ou clínica na área da dor. Actualmente, existem cerca de 120 médicos com aquela competência.
- Em 2008, a DGS publicou orientações técnicas sobre a prescrição de medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica<sup>13</sup>.
- Em resumo, o apoio e sensibilidade da tutela para o problema da dor têm permitido desenvolver uma estratégia nacional para a sua gestão mais adequada.

## Problemas/recomendações

Para melhorar a gestão da dor em Portugal é necessário trabalhar os seguintes aspectos:

Problemas	Recomendações
<p><b>1. Formação pré e pós-graduada e formação contínua dos profissionais de saúde</b></p> <p>A oferta curricular no ensino pré-graduado nos cursos ligados à saúde (Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia) é deficitária ou nula em termos de disciplinas dedicadas à dor. No caso da Medicina, apenas uma das faculdades tem no seu currículo uma disciplina específica sobre dor e esta é opcional.<sup>7b</sup></p> <p>A nível da pós-graduação académica, a oferta de cursos/mestrados dedicados à dor é mais ampla na generalidade das faculdades. Nos internatos médicos, apenas a especialidade de Anestesiologia inclui formação obrigatória em dor.</p> <p>A formação médica contínua não é obrigatória em Portugal e a formação ao longo da vida acaba por ser baseada em oportunidades casuais ou gostos pessoais.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• É necessário mudar os currículos básicos no ensino pré e pós-graduado para passarem a incluir especificamente o diagnóstico e tratamento da dor.</li><li>• Para tal, é preciso sensibilizar os responsáveis a nível universitário e nas Ordens profissionais acerca da importância da dor enquanto problema de Saúde Pública e da lacuna que a sua ausência formal representa na formação dos profissionais.</li><li>• Também seria útil criar (ou adaptar a partir das normas internacionais já existentes) normas de orientação clínica para o controlo da dor nas situações mais prevalentes e/ou de maior complexidade, como a dor musculoesquelética, as cefaleias e a dor neuropática.</li></ul>
<p><b>2. Número e alocação de profissionais de saúde dedicados à área da Dor</b></p> <p>Em 2003, apenas 53 hospitais do Serviço Nacional de Saúde (ou seja, 60%) possuíam estruturas dedicadas especificamente à dor crónica<sup>4b</sup> e o número de profissionais afectos a estas é reduzido.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• É fundamental captar mais profissionais para a área da dor, motivando estudantes e profissionais e dando mais visibilidade à dor em termos de formação.</li><li>• É importante sensibilizar as administrações regionais de saúde e as administrações hospitalares para o impacto pessoal e socioeconómico da dor e importância das Unidades de Dor Crónica, para que estejam dispostas a alocar profissionais à área.</li><li>• Uma medida de incentivo possível para o desenvolvimento das Unidades de Dor Crónica seria a inclusão da necessidade de prestação de cuidados diferenciados em dor crónica nos contratos-programa dos Hospitais como indicador de qualidade, para que o Hospital possa atingir determinada plataforma de financiamento.</li></ul>

<p><b>3. Recolha de dados: disponibilidade e qualidade do registo clínico.</b></p> <p>Não existem dados clínicos informatizados num suporte padronizado ou compatível, que permita a comparação de dados entre os diferentes serviços e um tratamento e análise integrados.</p> <p>Uma plataforma padronizada permitiria avaliar o funcionamento dos serviços, bem como a realidade nacional ao nível da dor, constituindo a base do sistema de controlo de qualidade na área da dor, e possibilitando a criação de um corpo de evidência que sustente a definição de prioridades políticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se a criação de um registo informatizado padronizado da Dor Crónica a nível nacional, que torne possível a comparação de dados entre os diferentes serviços e um tratamento e análise de dados integrados.</li> <li>• Para conseguir a adesão dos médicos e dos serviços a esta plataforma será necessária formação, bem como um plano de incentivos (Pay for Performance, inclusão nos contratos-programa como indicador de qualidade, etc.).</li> </ul>
<p><b>4. Educação e capacitação dos doentes</b></p> <p>Os profissionais de saúde na área da dor sentem que há necessidade de mais campanhas de informação ou sensibilização dos doentes e da população em geral e referem o pouco envolvimento dos doentes.</p> <p>As associações de doentes referem que, frequentemente, não são chamadas para os grupos de trabalho ou de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver campanhas de sensibilização e informação direccionadas ao público em geral e às pessoas com dor crónica em particular</li> <li>• Fomentar a organização das pessoas com dor crónica em associações de doentes e grupos de suporte.</li> <li>• As associações de doentes deverão ser chamadas a participar nos processos de tomada de decisão na área da dor crónica.</li> </ul>
<p><b>5. Implementação do PNCDor</b></p> <p>O PNCDor preconiza diversas estratégias para se atingirem os seus objectivos gerais e específicos, as quais deverão ser desenvolvidas ao longo de 10 anos. A actual conjuntura económica e a revisão do Plano Nacional de Saúde podem colocar em risco algumas dessas estratégias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental que os objectivos do PNCDor e as estratégias nele preconizadas sejam integrados no Plano Nacional de Saúde 2011-2016.</li> </ul>

*«Para melhorar o controlo da dor em Portugal é necessário sensibilizar e formar os profissionais de saúde e o público em geral, melhorar o registo e processamento de dados, desenvolver o controlo de qualidade e promover uma utilização eficiente dos recursos existentes.»*

**Comité Executivo, Portugal**

**Aviso:** a iniciativa Pain Proposal está a ser desenvolvida por numerosos especialistas europeus na área da dor crónica em parceria com a Pfizer. O conteúdo deste relatório foi elaborado com base nas opiniões e com a orientação do Comité Executivo da Pain Proposal. O relatório apresenta um consenso de opinião sobre a dor crónica e não deverá ser interpretado como uma representação directa das perspectivas de qualquer uma das partes.

## Referências

- 1 Breivik H, Collett B, et al. (2006). "Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment." *Eur J Pain*
- 2 Smith et al. (1999) Chronic Pain in Primary Care. *Family Practice* 16 (5) 475-482
- 3 Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estudo de 2007 a aguardar publicação, referido na revista DOR da APED, vol.15, n.º4/2007.
- 4 Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. 2003. Citado na Circular Normativa N.º 11/ DSCS/DPCD de 18/06/2008, pág. 7-8.
- 5 Despacho n.º 10280/2008 de 11 de Março. *Comparticipação de medicamentos opióides, dor crónica não oncológica*. Publicado no Diário da Republica n.º 69 de 8 de Abril de 2008 – 2.ª Série.
- 6 Despacho n.º 10279/2008 de 11 de Março. *Comparticipação de medicamentos opióides na dor oncológica moderada a forte*. Publicado no Diário da Republica n.º 69 de 8 de Abril de 2008 – 2.ª Série.
- 7 Centro Nacional de Observação em Dor, Comissão de Coordenação do PNCDOR. Estudo em curso sobre o Ensino da Dor em Portugal. A publicar no final de 2010.
- 8 Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, 2001, *Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa*.
- 9 Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. DGS. 2008.
- 10 Despacho n.º 10324/1999 de 26 de Maio. *Dia Nacional de Luta contra a Dor*. Publicado no Diário da Republica de 30 de Abril de 1999 – 2.ª Série.
- 11 Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor*. DGS. 2003.
- 12 Centro Nacional de Observação em Dor, Comissão de Coordenação do PNCDOR. Estudo em curso sobre a aplicação da Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003 nos hospitais portugueses. A publicar no final de 2010.
- 13 Circular Informativa N.º 09/DSCS/DPCD7DSQC de 24/03/08. *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não-oncológica*. DGS. 2008.