

# Critérios de referenciação de pessoas com dor dos Cuidados de Saúde Primários para consulta em Unidade de Dor hospitalar e de contrarreferenciação para os Cuidados de Saúde Primários

## Criteria for referring people with pain from Primary Health Care to a hospital Pain Unit and for counter-referral to Primary Health Care

Filipe Antunes<sup>1,2,\*</sup>, Rita Moutinho<sup>2,3</sup>, Rute Sampaio<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Física e de Reabilitação, Unidade de Dor Crónica, Hospital de Braga, Portugal; <sup>2</sup>Membro da Direção da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED); <sup>3</sup>Anestesiologia, Unidade Multidisciplinar de Dor, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, Portugal; <sup>4</sup>RISE-Health, Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

### Resumo

**Objetivo:** Este documento visa propor critérios de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para Unidades de Dor (UD) Hospitalares e os critérios de alta destas unidades e referenciação para os CSP, assegurando uma continuidade de cuidados eficaz no tratamento da dor crónica. **Metodologia:** O documento foi elaborado através de um processo de consenso. Incluiu contribuições da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), do Grupo de Estudos da Dor da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), e das UD do país, recolhidas via inquéritos e discussões em eventos científicos. As recomendações finais foram votadas e aceites por maioria  $\geq 75\%$ . **Resultados:** Foram definidos critérios de referenciação baseados na gravidade e complexidade da dor crónica, com tempos de resposta prioritários para casos específicos. Inclui-se a proposta de critérios para alta, permitindo uma contrarreferenciação organizada e eficiente para os CSP.

**Palavras-chave:** Recomendações APED. Dor crónica. Critérios de referenciação. Cuidados de Saúde Primários. Unidades de Dor Hospitalares. Gestão integrada da dor.

### Abstract

**Objective:** This document aims to propose referral criteria from Primary Healthcare (PHC) to hospital-based Pain Units (PU), as well as discharge criteria from these units and referral back to PHC, ensuring an effective continuity of care in chronic pain management. **Methodology:** The document was developed through a consensus process. It included contributions from APED, the Pain Study Group of APMGF, and Pain Units across the country, gathered through surveys and discussions at scientific events. Final recommendations were voted on and approved by a majority of  $\geq 75\%$ . **Results:** Referral criteria were defined based on the severity and complexity of chronic pain, with prioritized response times for specific cases. Discharge criteria were also proposed, enabling an organized and efficient counter-referral process back to PHC.

**Keywords:** APED recommendations. Chronic pain. Referral criteria. Primary healthcare. Hospital-Based Pain Units. Integrated pain management.

#### \*Correspondência:

Filipe Antunes  
E-mail: [filipe.j.antunes@gmail.com](mailto:filipe.j.antunes@gmail.com)

Fecha de recepción: 20-12-2024  
Fecha de aceptación: 23-01-2025  
DOI: 10.24875/DOR.M25000045

Disponível online:  
DOR. 2024;31(2):1-5  
[www.dor.pt](http://www.dor.pt)

0872-4814/© 2025 Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Postado por Permanyer. Este é um artigo open access sob a licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>1</sup> e o seu capítulo português, a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)<sup>2</sup>, a dor é definida como «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos».

A dor crónica, considerada uma doença pelo CID-11 e codificada como MG30<sup>3</sup>, é definida como uma dor persistente ou recorrente durante, pelo menos, três meses, que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem ou que existe sem lesão aparente.

De acordo com os últimos dados publicados<sup>4</sup>, estima-se uma prevalência de dor crónica em cerca de 33,7% da população portuguesa. Estes dados são mais relevantes para o documento que agora se propõe, porque englobam trabalho de campo efetuado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

De forma a tentar uniformizar os cuidados de saúde prestados no âmbito da dor crónica em Portugal e tendo em conta as diferentes realidades e ofertas de carteira de serviços existentes no país, vem a APED, depois de ouvido o Grupo de Estudos da Dor da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), propor em linhas generalistas um documento que possa sistematizar a criação de critérios de referência dos CSP (Medicina Geral e Familiar [MGF]) para Consulta/UD (crónica) hospitalar e critérios de definição de alta da UD hospitalar e referência para os CSP (contrarreferência).

Este documento sintetiza o que está publicado a nível internacional<sup>5,11-15</sup>, e visa aplicar na prática assistencial de cada Unidade de Dor hospitalar, agora englobadas na sua grande maioria nas Unidades Locais de Saúde (ULS), as linhas de orientação que devem/podem ser levadas em conta na referência dos CSP para as UD hospitalares, assim como a elaboração dos critérios de alta das UD e referência subsequente para os CSP.

## Metodologia

O presente documento foi elaborado em várias etapas. Numa primeira fase, a direção da APED criou um documento preliminar após revisão de diretrizes internacionais. Seguiu-se a etapa da sua consulta externa. O documento preliminar foi inicialmente enviado ao Grupo de Estudos da APMGF para análise crítica e, posteriormente, foi apresentado no congresso da APMGF para recolha de comentários adicionais. Na

sequência, o documento foi enviado às diversas UD do país (n = 69) para recolha de contributos, em abril de 2024. Após um primeiro contacto e lembrete em setembro de 2024, obteve-se um total de nove respostas à versão final. Os pareceres e sugestões obtidos durante todas estas etapas foram incorporados à versão final do documento.

Numa terceira fase, o documento foi apresentado e discutido no IX Encontro das Unidades de Dor em Coimbra (outubro de 2024), com a participação de 33 médicos. As recomendações foram ajustadas e aprovadas via votação com recurso à aplicação Mentimeter, aceitando-se um nível de consenso  $\geq 75\%$ .

Por último, para a validação final, incorporaram-se pareceres das UD, resultando num documento final consensual.

Para a sua elaboração foram seguidas as normas da IASP e recomendações internacionais sobre tempos de resposta, critérios de referência e monitorização de resultados *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM).

## Âmbito

O presente documento pretende enfatizar uma lógica de cuidados de saúde integrados desde os CSP às estruturas hospitalares mais diferenciadas (multiprofissionais e interdisciplinares), criando para cada pessoa com dor crónica um percurso clínico de cuidados de saúde em dor o mais específico possível.

Não invalida particularidades assistenciais e oferta de serviços mais ou menos diferenciados de cada ULS, mas tão só tentar nivelar, de forma o mais equitativa possível, os cuidados prestados no âmbito da dor crónica.

Este documento não exclui a prestação de cuidados de saúde relacionados com a dor aguda, cuja organização depende da estrutura dos serviços de urgência, dos departamentos de Anestesiologia e da dinâmica dos blocos cirúrgicos de cada hospital. Também não invalida a referência inter-hospitalar ou inter-ULS, que está necessariamente subordinada às orientações da tutela e à definição de redes de referência e/ou protocolos estabelecidos. Pelo contrário, visa criar oportunidades para projetar e otimizar o futuro dos cuidados assistenciais no tratamento da dor crónica.

No caso da proposta de tempos de resposta e ainda que a legislação portuguesa proponha tempos para a efetivação de primeiras consultas no SNS (TMRG)<sup>6</sup>, este documento pretende chamar a atenção para uma reflexão dos intervenientes sobre os tempos de

resposta desejáveis, tendo em conta as recomendações internacionais.

Uma nota final a destacar a importância de implementar auditorias internas, inquéritos de satisfação e relatórios de atividade, com o objetivo de desenvolver medidas objetivas para avaliar a eficácia, eficiência e satisfação dos cuidados prestados. Essas métricas devem ser fundamentadas na experiência reportada pelas pessoas com dor, através dos PROM<sup>6,8,9</sup>. Apenas com essa abordagem será possível nivelar e assegurar cuidados de saúde de excelência no tratamento da dor crônica, reconhecido como um direito humano fundamental de todos os cidadãos<sup>10</sup>.

### **Critérios de referência dos cuidados de saúde primários para as unidades de dor**

#### **Critérios (entendidos como as condições clínicas que devem ser objeto de referência)<sup>6,11-15</sup>**

- Dor crônica estabelecida (com mais de três meses de evolução);
- Dor não-controlada (no momento da referência e depois de tentadas as opções terapêuticas potencialmente possíveis) e com impacto funcional (físico e/ou psicológico) no dia a dia;
- Dor de intensidade moderada a severa (avaliada em escalas de intensidade de dor);
- Dor em pessoas com problemas relacionados com terapêutica analgésica (adição, dependência, contra-indicações, interações farmacológicas, abuso, etc.);
- Avaliação de elegibilidade para a realização de técnicas ou tratamentos exclusivamente hospitalares.

#### **Requisitos (entendidos com as condições necessárias para se fazer a referência)**

- Informação clínica detalhada:
  - História clínica, especificando as queixas de dor atuais, o seu impacto funcional (físico e psicológico) e a caracterização da dor;
  - Resultados dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica relacionados com o caso clínico e especificamente com a dor;
  - Resultados terapêuticos, nomeadamente em caso de insucesso terapêutico, especificando terapêuticas analgésicas atuais e anteriores (se possível, especificando dosagens, efeitos laterais e vias de administração);

- Que dúvidas são necessárias esclarecer (o que se pretende com a referência).

#### **Como?**

- Canais próprios de referência hospitalar disponibilizados por cada ULS.

#### **Tempos de resposta propostos<sup>16</sup>**

A. Muito prioritários (idealmente até 15 dias). Alguns exemplos<sup>17</sup>:

- Dor oncológica\*;
- Dor na grávida;
- Dor neuropática persistente:
  - Dor central (dor relacionada com: acidente vascular cerebral; traumatismo vertebromedular, esclerose múltipla, doenças desmielinizantes, etc.);
  - Dor periférica (polineuropatia/neuropatia, nevralgia do trigêmeo, etc.);
- Síndrome dolorosa regional complexa;
- Dor fantasma.

\*Nos casos de dor oncológica propõe-se o mais cedo possível e idealmente dentro de uma semana.

B. Prioritários (idealmente até 30 dias):

- Dor pós-operatória persistente;
- Dor pós-traumática persistente;
- Dependência medicamentosa analgésica (abuso medicamentoso).

C. Não-prioritários (idealmente até 120 dias)<sup>18,19</sup>:

- Dor musculoesquelética refratária.

D. Sem indicação:

- Pessoas sem qualquer tentativa anterior de tratamento da dor;
- Pessoas sem qualquer terapêutica analgésica em curso.

Nota: A IASP propõe, através da *Task Force on Wait-Times*, uma, quatro e oito semanas, respetivamente (A, B e C)<sup>18</sup>.

#### **Critérios de alta da Unidade de dor para cuidados de saúde primários (contrarreferência)**

##### **Quando?**

- Dor controlada e sem necessidade de ajuste há mais de seis meses;
- Depois de tentadas sem resultado, as opções terapêuticas disponíveis da UD;

- Não adesão/cumprimento do plano terapêutico estabelecido, de forma reiterada (incluindo falta de seguimento em consulta);
- Constatação de priorização por parte da pessoa com dor de ganhos secundários na frequência da consulta em UD.

## Como?

- Informação de retorno com:
  - Diagnóstico;
  - Resultados dos tratamentos efetuados;
  - Proposta de orientação futura;
  - Definição de contacto da UD para esclarecimentos posteriores.

## Discussão

Este documento promove uma abordagem integrada na gestão da dor crónica, alinhada com as recomendações da IASP e experiências internacionais. A definição de critérios de referência e contra referência visa: a) melhorar a comunicação entre CSP e UD hospitalares; b) assegurar a utilização adequada de recursos especializados; e c) proporcionar cuidados equitativos, independentemente da região do país ou da ULS.

O impacto funcional e emocional da dor crónica reforça a necessidade de referências estruturadas. Estudos como o de Pagé, et al. (2017)<sup>17</sup> e Hogg, et al. (2020)<sup>19</sup> destacam a importância de tempos de resposta diferenciados, garantindo maior eficácia clínica e satisfação do doente<sup>17,19</sup>.

Além disso, a implementação de PROM permitirá medir a eficácia das intervenções, promovendo auditorias e melhorias contínuas nos cuidados prestados.

Apesar de esforços para obter uma maior representatividade nacional, apenas nove respostas foram recebidas das 69 UD contactadas. Este baixo índice de respostas pode ser atribuído a fatores como a carga laboral elevada dos profissionais ou ainda a divergências nas práticas assistenciais. Esta limitação destaca a necessidade de uma maior sensibilização e envolvimento dos profissionais na padronização de critérios de referência e uma justificação adicional para a realização desta proposta.

## Conclusão

O presente documento, fruto de consenso entre entidades relevantes na área da dor em Portugal,

estabelece critérios claros para a referência e contrarreferência entre CSP e UD hospitalares. Ao alinhar práticas com recomendações internacionais, pretende-se: a) melhorar o percurso clínico das pessoas com dor crónica; b) assegurar uma gestão mais eficiente e integrada dos recursos de saúde; e c) proporcionar cuidados baseados em evidência científica e orientados para os resultados reportados pelas pessoas com dor.

Com auditorias internas e monitorização de resultados, este modelo poderá evoluir continuamente, garantindo um nível de excelência no tratamento da dor crónica em Portugal.

## Declaração de interesses

Todos os autores deste documento declaram não ter recebido financiamento, a título de honorários, para a sua realização. Todos os custos necessários para a elaboração deste documento, nomeadamente a organização do Encontro das Unidades de Dor e respetivos convites aos participantes, foram assegurados pela APED.

## Aviso legal

As recomendações expressas neste documento não representam uma imposição legal nem são veiculadas por nenhuma autoridade governamental.

A decisão de seguir uma recomendação específica deve ser da responsabilidade do médico no contexto da prestação de cuidados de saúde, tendo em consideração os recursos disponíveis.

FA e RM são responsáveis pela coordenação da discussão, pelas recomendações e pela preparação do documento; RS redigiu a metodologia e preparou a estrutura do manuscrito de acordo com as instruções aos autores da Revista Dor.

## Bibliografia

1. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>, acessado em 25/10/2024.
2. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>, acessado em 25/10/2024.
3. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1581976053>, acessado em 25/10/2024.
4. Antunes F, Pereira RM, Afonso V, Tinoco R. Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther.* 2021;10:1427-37.
5. Core Standards for Pain Management Services in the UK, 2<sup>nd</sup> edition. Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. 2021;3:18-36.
6. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. SNS24. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude>.

7. NHS Digital. About the NHS Outcomes Framework (NHS OF). Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/ci-hub/nhs-outcomes-framework>, acessado em 24/10/2024.
8. British Pain Society; Faculty of Pain Medicine. Outcomes Measures. London: Faculty of Pain Medicine, 2019. Disponível em: <https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2019-07/Outcome%20measures%202019.pdf>
9. Kaiser U, Kopkow C, Deckert S, Neustadt K, Jacobi L, Cameron P, et al. Developing a core outcome-domain set to assessing effectiveness of interdisciplinary multimodal pain therapy: the VAPAIN consensus statement on core outcome-domains. *Pain*. 2018;159:673-83.
10. International Association for the Study of Pain (IASP). Declaration of Montreal. 2010. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/Declaration>
11. The National Pain Audit. Third Report – focus on safety and outcomes, 2013. Department of Health. Referral to treatment consultant-led waiting times. In: Do Health editor. London: Department of Health, 2012.
12. Royal College of General Practitioners. Pain Management Services: Planning for the Future. Guiding clinicians in their engagement with commissioners. London, 2013.
13. Scottish Intercollegiate Guideline Network. The Management of Chronic Pain. SIGN Guideline 136. Edinburgh: Health Improvement Scotland, 2013. Disponível em: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
14. Faculty of Pain Medicine. Improving the Lives of People with Complex Chronic Pain: How to commission effective pain management services in England. London, 2020.
15. New South Wales Health. Referral guide to adult and paediatric chronic pain services (SMR010730). Disponível em: <https://www.health.nsw.gov.au/lhd/Documents/smr010.730-referral-guide-adult-and-paediatric-chronic-pain-services.pdf>.
16. Price C, de C Williams AC, Smith BH, Bottle A. The National Pain Audit for specialist pain services in England and Wales 2010-2014. *Br J Pain*. 2019;13(3):185-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2049463718814277>
17. Pagé MG, Ziemianski D, Shir Y. Triage processes at multidisciplinary chronic pain clinics: An international review of current procedures. *Canadian Journal of Pain*. 2017;1(1):94-105. doi: 10.1080/24740527.2017.1331115.
18. IASP. International Association for the Study of Pain Task Force on Wait-Times Summary and Recommendations. 2011. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP\\_Wait\\_Times.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf).
19. Hogg MN, Kavanagh A, Farrell MJ, Burke ALJ. Waiting in pain II: An updated review of the provision of persistent pain services in Australia. *Pain Medicine*. 2020;00:1-10. doi: 10.1093/pm/pnaa374.