



Programa Nacional de Controlo da Dor

Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

A Senhora Ministra da Saúde aprovou por despacho de 17 de Dezembro de 2009, a reprogramação para 2010 do Plano de Actividades da Comissão Nacional para o Controlo da Dor (CNCDor). No presente relatório dá-se conta das acções desenvolvidas entre 1 de Janeiro e 31 de Julho de 2010, data em que o relator cessou funções como presidente da CNCDor.

A estratégia operacional planeada para 2009 e reprogramada para 2010 subdividia-se em três linhas de actuação, cada uma contendo várias acções:

A) AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ACTUAL

- i) Realização de um inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da dor aguda pós operatória, dor crónica e dor do parto
- ii) Apoio ao Centro Nacional de Observação em Dor (OBSERVDOR) para a avaliação quantitativa e qualitativa da implementação, no Serviço Nacional de Saúde, da Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital
- iii) Avaliação das estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor crónica
- iv) Apoio aos estudos epidemiológicos sobre dor crónica e dor aguda pós-operatória
- v) Apoio ao OBSERVDOR para obtenção de informação sobre a formação específica em dor ministrada nas Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem e Faculdades de Psicologia, bem como nos internatos da Especialidade de Clínica Geral e algumas outras especialidades médicas.

B) REVISÃO DO PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR E OUTROS ASPECTOS ORGANIZATIVOS

- i) Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória e da analgesia em Obstetrícia que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor
- ii) Criação de uma rede de referência nacional em Dor crónica
- iii) Revisão das regras de prescrição dos medicamentos opióides, designadamente no que se refere ao receituário especial
- iv) Elaboração de uma lista dos GDH's relativos às actividades das Unidades de Dor Crónica
- v) Elaboração de proposta de norma técnica sobre terapêutica com opióides e condução automóvel

C) PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS/FORMATIVOS

- i) Produção e divulgação de folheto para reforço da informação sobre a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital
- ii) Produção e divulgação de folheto contendo as orientações constantes na circular informativa da DGS nº 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008, sobre a utilização de medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica

- iii) Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a referenciação dos doentes com dor crónica, a abordagem da dor na criança e a abordagem da dor na pessoa idosa
- iv) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a criação de instrumentos pedagógicos de formação básica sobre dor
- v) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação para profissionais de saúde sobre dor
- vi) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para divulgação, junto da população em geral, de informação sobre dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor

No período de 1 de Janeiro a 31 de Julho de 2010 a CNCDor esteve constituída por:

- Prof. José M. Castro Lopes, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, presidente da CNCDor;
- Dr. Fernando Pousa, Hospital de V.N. Gaia, em representação da ARS Norte;
- Dr. Victor Coelho, Hospitais Universitários de Coimbra, em representação da ARS Centro;
- Dr. Lucindo Ormonde, Hospital de Stª Maria, Lisboa, em representação da ARS de Lisboa e Vale do Tejo;
- Drª Isabel Pita, Hospital de Évora, em representação da ARS do Alentejo;
- Drª Nídia Mulas, Hospital de Faro, em representação da ARS do Algarve;
- Dr. José Romão, Hospital de Stº António, Porto, em representação da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED);
- Drª Cristina Galvão, Centro de Saúde de Beja, em representação da Associação Portuguesa de Médicos de Medicina Geral e Familiar (APMCG);
- Drª Maria dos Prazeres Francisco, Centro de Saúde de Eiras, Coimbra, em representação da Ordem dos Médicos;
- Enfª Ananda Fernandes, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra, em representação da Ordem dos Enfermeiros;
- Drª Luísa Prates em representação da Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (ACSS);
- Dr. Oscar Carvalho, em representação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED);
- Drª Beatriz Craveiro Lopes, Hospital Garcia de Orta, Almada.
- Drª Helena Monteiro, Direcção Geral de Saúde (DGS)
- Drª Isabel Castelhão, DGS
- Enfº Sérgio Gomes, DGS
- Drª Teresa Flor de Lima, Região Autónoma dos Açores
- Dr. Duarte Correia, Região Autónoma da Madeira*

* Em Abril, o Dr. Duarte Correia foi substituído pelo Dr. António Alfredo Caldeira Ferreira enquanto representante da Região Autónoma da Madeira. No entanto, dado o envolvimento de longa data do Dr. Duarte Correia nas actividades da CNCDor, foi convidado a continuar a participar nas reuniões da CNCDor. Por outro lado, o Dr. António Ferreira não esteve presente em nenhuma das reuniões da CNCDor.

Para desenvolver as acções programadas, foram realizadas reuniões da CNCDor em 20 de Janeiro, 25 de Março, 24 de Maio e 16 de Julho. As reuniões tiveram lugar nas instalações da Direcção Geral de Saúde em Lisboa, com excepção da reunião de Maio que teve lugar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Relativamente a cada uma das acções acima mencionadas, foram realizadas as seguintes actividades:

A) AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ACTUAL

i. Realização de um inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da dor aguda pós-operatória, dor crónica e dor do parto

- a. Foi realizado um esforço adicional para obter o maior número de respostas aos inquéritos enviados em 2009. Foram recebidas respostas de cerca de 120 hospitais;
- b. O OBSERVDOR apresentou o relatório com os resultados da análise dos questionários, da dor aguda pós-operatória, dor crónica e dor de parto (Anexo 1).

Esta acção deve considerar-se concluída, pelo que o financiamento transferido para 2010, no valor de 2.125 € (dois mil cento e vinte e cinco euros) deverá ser pago ao OBSERVDOR.

ii. Apoio ao OBSERVDOR para a avaliação quantitativa e qualitativa da implementação, no Serviço Nacional de Saúde, da Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5ª Sinal Vital

- a. Foi realizado um esforço adicional para obter o maior número de respostas aos inquéritos enviados em 2009. Foram recebidas respostas de 109 hospitais;
- b. O OBSERVDOR apresentou um relatório com a análise dos dados referentes aos questionários recebidos (Anexo 2).

Esta acção deve considerar-se concluída, pelo que o financiamento transferido para 2010, no valor de 3.875 € (três mil oitocentos e setenta e cinco euros) deverá ser pago ao OBSERVDOR.

iii. Avaliação das estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor crónica

- a. Até à presente data, o grupo de avaliadores efectuou visitas a 20 Unidades de Dor Crónica;
- b. Foi elaborado um relatório relativo às avaliações efectuadas (Anexo 3) e relatórios parciais sobre 15 das Unidades de Dor Crónica visitadas;
- c. Aguarda-se a conclusão das visitas e a elaboração do relatório final.

O financiamento transferido para 2010, no valor de 2.500 € (dois mil e quinhentos euros) deverá ser pago ao OBSERVDOR após a conclusão das visitas.

iv. Apoio aos estudos epidemiológicos sobre dor crónica e dor aguda pós-operatória

Esta acção traduz-se exclusivamente num apoio financeiro a dois estudos epidemiológicos a decorrer na FMUP, e não foi reprogramada para 2010, dado que foram produzidos 4 relatórios sobre o andamento dos trabalhos em 2009 e o financiamento já foi enviado integralmente à FMUP.

v. Apoio ao OBSERVDOR para obtenção de informação sobre a formação específica em dor ministrada nas Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem e Faculdades de Psicologia, bem como nos internatos da Especialidade de Clínica Geral e algumas outras especialidades médicas

- a. Para além das instituições programadas, o questionário sobre formação pré e pós-graduada em dor foi enviado às Faculdades de Farmácia;
- b. O OBSERVDOR apresentou um relatório com a análise dos dados referentes aos questionários recebidos de 74 instituições de ensino superior (Anexo 4);

Esta acção deve considerar-se concluída, pelo que o financiamento transferido para 2010, no valor de 3. 750 € (três mil setecentos e cinquenta euros) deverá ser pago ao OBSERVDOR.

B) REVISÃO DO PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A DOR E OUTROS ASPECTOS ORGANIZATIVOS

i-a) *Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor*

- a. O grupo de trabalho apresentou um documento (Anexo 5) que recebeu algumas críticas dos elementos da CNCDoR;
- b. Foi decidido discutir o documento apresentado no seio da CNCDoR, com a participação da coordenadora do grupo de trabalho, para se chegar a uma versão consensual. Posteriormente, o documento deveria ser discutido com entidades externas à CNCDoR, como o Colégio de Especialidade de Anestesiologia ou a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, antes de ser publicado como circular normativa.

i-b) *Revisão das normas de organização da analgesia em Obstetrícia que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor*

- a. O grupo de trabalho produziu um documento muito preliminar (Anexo 6);
- b. Foi decidido solicitar ao grupo de trabalho que aprofunde o documento apresentado antes de se submeter à consideração da CNCDoR.

ii) *Criação de uma rede de referência nacional em Dor crónica*

- a. O Dr. Adriano Natário, elemento da Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS responsável pelo desenvolvimento de redes de referência hospitalar, opôs-se à criação de uma rede de referência hospitalar em dor crónica;
- b. O grupo de trabalho abandonou o objectivo de criação da referida rede, mas apresentou uma proposta para as regras de referência de doentes com dor crónica (Anexo 7);
- c. Foi decidido discutir o documento no seio da CNCDoR, antes de ser submetido à consideração superior.

iii) *Revisão das regras de prescrição dos medicamentos opióides, designadamente no que se refere ao receituário especial*

- a. O grupo de trabalho manteve contactos com o Dr. Manuel Schiappa, elemento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) responsável pela implementação da prescrição electrónica;
- b. Foi elaborada uma proposta, para ser submetida à consideração superior após análise pelos elementos da CNCDoR (Anexo 8).

iv) *Elaboração de uma lista dos GDH's relativos às actividades das Unidades de Dor Crónica*

- a. Foram realizadas reuniões e trocas de informação com vista à elaboração da lista de procedimentos em dor, a qual se encontra quase concluída (Anexo 9);
- b. Está em curso o trabalho conducente à atribuição de custos a cada um dos procedimentos da lista, estando previsto que a nova tabela entre em vigor no início de 2011.

v) *Elaboração de proposta de norma técnica sobre terapêutica com opióides e condução automóvel*

- a. O grupo de trabalho apresentou uma súmula da legislação nacional em vigor no que respeita à prescrição e transporte de medicamentos opióides (Anexo 10);
- b. Foi decidido efectuar-se uma revisão da literatura internacional sobre os efeitos da terapêutica com medicamentos opióides na capacidade de condução de veículos, para se avaliar a razoabilidade e exequibilidade de se apresentar uma proposta de alteração legislativa.

vi) *Elaboração de proposta sobre formação específica em dor no âmbito dos internatos complementares médicos.*

- a. Para além das actividades programadas, em 2009 foi decidido criar um grupo de trabalho destinado a elaborar uma proposta sobre Formação Específica em Dor no Âmbito dos Internato Complementares Médicos.
- b. O grupo apresentou o relatório final (Anexo 11), que ainda não foi discutido no seio da CNCDo.

C) PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS/FORMATIVOS

i) *Produção e divulgação de folheto para reforço da informação sobre a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital*

- a. O grupo de trabalho ainda não apresentou qualquer proposta;
- b. Faltava elaborar o material informativo e produzi-lo, o que deverá acontecer até ao final de 2010, sob pena de se perder o financiamento atribuído a esta acção.

ii) *Produção e divulgação de folheto contendo as orientações constantes na circular informativa da DGS nº 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/03/2008, sobre a utilização de medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*

- a. O presidente da CNCDo apresentou uma proposta de texto que colheu a aprovação da comissão (Anexo 12);
- b. Foi decidido pôr a concurso a produção do folheto, o que deverá acontecer até ao final de 2010, sob pena de se perder o financiamento atribuído a esta acção.

iii-a) *Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a referenciação dos doentes com dor crónica*

Esta acção foi atribuída ao grupo de trabalho encarregue de apresentar uma proposta de rede de referenciação em dor crónica (ver B-ii).

iii-b) Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a abordagem da dor na criança

- a) O grupo de trabalho apresentou um documento (Anexo 13);
- b) Falta promover a discussão do documento no seio da CNCDo e, posteriormente, com entidades externas à CNCDo, para que o documento final possa ser publicado como circular informativa.

iii-c) Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a abordagem da dor na pessoa idosa

- a) O grupo de trabalho apresentou um documento (Anexo 14);
- b) Falta promover a discussão do documento no seio da CNCDo para que o documento final possa ser publicado como circular informativa.

iii-d) Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de documento sobre estratégias para melhorar o controlo da dor nos Cuidados de Saúde Primários

- a) O grupo de trabalho, constituído pelos Drs. Cristina Galvão (coordenadora, membro da CNCDo em representação da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral), Antónia Lavinha (Centro de Saúde do Seixal) e Manuel Pedro Silva, Hospital Garcia de Orta apresentou um documento (Anexo 15);
- b) Falta promover a discussão do documento no seio da CNCDo para que o documento final possa ser publicado

iv) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a criação de instrumentos pedagógicos de formação básica sobre dor

Não foi possível levar a cabo esta acção.

v) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação para profissionais de saúde sobre dor

Não foi possível levar a cabo esta acção.

vi) Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para divulgação, junto da população em geral, de informação sobre dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor

- a) Foi lançado concurso para a produção do folheto sobre dor destinado à população em geral (Anexo 16), bem como expositores para os folhetos (Anexo 17) e cartazes alusivos aos mesmos (Anexo 18). O material será distribuído pela ANF às farmácias suas associadas;
- b) Prevê-se que esta acção esteja concluída até ao final de 2010.

Porto, 30 de Julho de 2010

O Presidente da CNCDo

Prof. Doutor José M. Castro Lopes



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 1

**INQUÉRITO SOBRE AS CONDIÇÕES HOSPITALARES EXISTENTES PARA O TRATAMENTO
DA DOR CRÓNICA, DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA E DOR DO PARTO**



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

**INQUÉRITO SOBRE AS CONDIÇÕES HOSPITALARES
EXISTENTES PARA O TRATAMENTO DA:
DOR CRÓNICA
DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA
DOR DO PARTO**

Relatório Final

Novembro de 2010



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Índice

Objectivos	2
Métodos e Participantes	2
Resultados	
A. Questionário sobre Tratamento da Dor Crónica	3
B. Questionário sobre Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória	27
C. Questionário sobre Analgesia de Parto	47
Análise comparativa da evolução no Serviço Nacional de Saúde	
Estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da Dor Crónica	61
Estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória	63
Estruturas hospitalares organizadas para a Analgesia de Parto	64
Anexo 1 - Questionário sobre tratamento da Dor Crónica	66
Anexo 2 - Questionário sobre tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória	81
Anexo 3 - Questionário sobre Analgesia de Parto	93
Anexo 4 - Lista dos hospitais a que foram enviados os questionários	102



INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor) tem como objectivos gerais reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor e racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor. Para o efeito, o PNCDor estabelece diversas estratégias de intervenção, formação e colheita e análise de informação. Entre estas últimas, inclui-se a realização de inquéritos para a avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor (ver pontos 10.4. a 10.6. do PNCDor, publicado através da Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/08/2008, disponível em www.dgs.pt). Para o efeito, o Centro Nacional de Observação em Dor - OBSERV DOR, a pedido da Comissão Nacional de Controlo da Dor (CNCDor) e ao abrigo de um protocolo com a Direcção Geral da Saúde (DGS) e a Autoridade Central do Sistema de Saúde IP (ACSS), realizou um inquérito nacional às instituições hospitalares, públicas e privadas, com o objectivo de recolher dados para a caracterização do tipo de serviços disponíveis, recursos humanos e materiais e condições gerais de atendimento no âmbito do tratamento da dor crónica, da dor aguda pós-operatória e da analgesia de parto.

MÉTODOS E PARTICIPANTES

Para a recolha de dados no âmbito deste inquérito foi criado um conjunto de questionários específicos e uma aplicação para recolha de dados on-line. No início do ano de 2009, a CNCDor organizou um grupo de trabalho que teve como tarefa, com a colaboração do OBSERV DOR, o desenvolvimento de um conjunto de três questionários. Estes questionários foram especificamente criados com o objectivo de recolher dados para a caracterização do tipo de serviços disponíveis, recursos humanos e materiais e condições gerais de atendimento no âmbito do tratamento da dor crónica (anexo 1), da dor aguda pós-operatória (anexo 2) e da analgesia de parto (anexo 3) nos hospitais portugueses. O OBSERV DOR criou posteriormente uma aplicação on-line para facilitar o envio e aplicação dos questionários, bem como a recolha e processamento dos dados, com base no trabalho desenvolvido pela CNCDor. A aplicação on-line foi desenvolvida fazendo uso de um programa de criação e gestão automática de questionários on-line – *MedQuest*.

O universo de participantes do estudo incluiu uma listagem de todos os hospitais públicos do Sistema Nacional de Saúde e uma listagem de hospitais privados. Ambas as listagens foram definidas pela DGS (ver anexo 4). A recolha de dados decorreu entre Julho de 2009 e Maio de 2010. Foi deixado ao critério dos participantes a forma de resposta do questionário (em papel por via postal ou online).



RESULTADOS

Os resultados que em seguida são apresentados resultam da análise das respostas aos questionários recebidos, apresentando-se algumas estatísticas descritivas sumárias relativas a cada uma das questões dos três questionários aplicados. No final é feita uma análise comparativa relativamente às respostas a questionários semelhantes realizados em 2003 pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

A. Questionário sobre Tratamento da Dor Crónica

Os questionários sobre Tratamento da Dor Crónica foram enviados a 175 hospitais e centros hospitalares, dos quais 105 pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 70 ao sector privado. Obtiveram-se 120 respostas (taxa global de resposta - 69%), das quais 92 de unidades hospitalares do SNS (taxa de resposta do SNS - 88%) e 28 do sector privado (taxa de resposta do sector privado - 40%). Saliente-se que 28 das unidades hospitalares que responderam ao inquérito (20 do SNS e 8 do sector privado) entenderam que o questionário não se lhes aplicava.

Assim, neste relatório estão descritos os dados de 92 hospitais, dos quais 48 (52,2%) foram recebidos por correio e os restantes 44 (47,8%) foram preenchidos através da utilização do programa MedQuest.

A lista de todas as unidades hospitalares que responderam a este questionário, independentemente de possuírem ou não actividade organizada dedicada ao tratamento da dor crónica, bem como a localidade a que pertencem, é a seguinte:

Hospital

Hospitais SNS

C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital de Santa Luzia
C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital do Conde de Bertiandos
Hospital de Braga
Hospital de Santa Maria Maior, EPE
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Fafe
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Chaves
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Peso da Régua
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Lamego
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Macedo de Cavaleiros
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Mirandela
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE- H. Póvoa de Varzim
C.H. da Póvoa de Varzim -Vila do Conde, EPE - Hospital de Vila do Conde
C.H. do Médio Ave, EPE
Hospital de São Gonçalo, EPE
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE- Hospital Padre Américo
Hospital de Nossa Senhora da Conceição
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano

Localidade

Viana do Castelo
Ponte de Lima
Braga
Barcelos
Guimarães
Fafe
Chaves
Peso da Régua
Vila Real
Lamego
Macedo de Cavaleiros
Mirandela
Bragança
Póvoa de Varzim
Vila do Conde
Santo Tirso
Amarante
Penafiel
Valongo
Matosinhos



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Hospital de S. João, EPE	Porto
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Porto
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Porto
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António	Porto
C.H. do Porto, EPE - Maternidade de Júlio Dinis	Porto
C.H. do Porto, EPE - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia	Porto
Hospital de Joaquim Urbano	Porto
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Vila Nova de Gaia
C.H. de /Espinho, EPE - H. Comendador Manuel Moreira de Barros	Vila Nova de Gaia
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - H. Nossa Senhora da Ajuda	Espinho
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São João da Madeira	S. João da Madeira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião	Sta Maria da Feira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de S. Miguel	Oliveira de Azeméis
Hospital Dr. Francisco Zagalo	Ovar
Hospital Distrital de Águeda	Águeda
Hospital Infante D. Pedro, EPE	Aveiro
Hospital de José Luciano de Castro	Anadia
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo	Cantanhede
Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais	Cantanhede
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Arnes	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Sobral CID	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Pediátrico de Coimbra	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Geral	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Maternidade Bissaya Barreto	Coimbra
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Coimbra
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade do	Lorvão
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Figueira da Foz
Hospital Distrital de Pombal	Pombal
C.H. do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça	Alcobaça
C.H. do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
Hospital de Santo André, EPE	Leiria
Hospital de Cândido de Figueiredo	Tondela
Hospital de São Teotónio, EPE	Viseu
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Hospital de Sousa Martins	Guarda
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - H. Nossa Senhora da Assunção	Seia
C.H. da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira	Covilhã
Hospital Amato Lusitano	Castelo Branco
Hospital Distrital de Santarém, EPE	Santarém
C.H. do Médio Tejo, EPE- Hospital de Tomar	Tomar
C.H. de Torres Vedras - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Torres Vedras
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras	Torres Vedras
Hospital de Reynaldo Dos Santos	Vila Franca de Xira
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Amadora
C.H. de Cascais - Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
C.H. de Cascais - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Alcabideche
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de S. José	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, EPE	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital Dona Estefânia	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Miguel Bombarda	Lisboa



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

C.H. Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santo António dos Capuchos	Lisboa
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de S. Francisco Xavier, EPE	Lisboa
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz, EPE	Oeiras
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa	Lisboa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Lisboa
Hospital de Curry Cabral	Lisboa
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Lisboa
Hospital Garcia de Orta, EPE	Almada
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	Barreiro
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo	Setúbal
Hospital do Litoral Alentejano	Santiago do Cacém
Hospital do Espírito Santo, EPE	Évora
C.H. do Baixo Alentejo, EPE - Hospital José Joaquim Fernandes, EPE	Beja
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE	Portimão
Hospital de Faro, EPE	Faro
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE - Hospital Distrital de Lagos	Lagos
Hospital Central do Funchal	Funchal
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE	Ponta delgada
Hospital da Horta, EPE	Horta
 <i><u>Hospitais Não SNS</u></i>	
Clínica Particular de Barcelos	Barcelos
Hospital de Fão	Esposende
ClíPóvoa - Hospor, SA	Póvoa de Varzim
Hospital da Trofa	Trofa
Hospital de Santa Maria	Porto
C.H. Conde Ferreira	Porto
Hospital Privado dos Clérigos	Porto
Cliria - Hospital Privado de Aveiro, SA	Aveiro
Cliria - Clínica de Oiã	Oliveira do Bairro
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande	Marinha Grande
Hospital Santa Cecília	Alvaiázere
Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento	Entroncamento
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	Cascais
Hospital de Sant'Ana	Cascais
Hospital de S. Louis	Lisboa
Hospital da Força Aérea	Lisboa
Hospital dos Lusíadas	Lisboa
Hospital dos SAMS	Lisboa
SAÚDE MÚTUA - Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa	Lisboa
Hospital Residencial do Mar	Loures
Hospital de Santiago	Setúbal
Centro de Medicina e Reabilitação do Sul	Faro
Hospital S. Gonçalo de Lagos	Lagos
Madeira Medical Center, SA	Funchal
Clínica da Sé	Funchal



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Clínica de Santa Catarina
Clínica de Santa Luzia
Clínica do Bom Jesus

Funchal
Funchal
Ponta Delgada

Nos quadros e gráficos seguintes são apresentadas as respostas das 92 unidades hospitalares acima listadas, separadamente conforme pertencem (n=72) ou não (n=20) ao Serviço Nacional de Saúde.

1 - Classificação das Unidades Hospitalares

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Hospital Universitário	5	7	-	-
Hospital Polivalente	15	21	6	33
Hospital Médico-Cirúrgico	31	44	5	28
Hospital Local	9	13	3	17
Hospital Especializado	10	14	4	22

1.1 - Se escolheu “Hospital Especializado”, por favor, especifique

SNS	n	%
Doenças Infecciosas e Pneumologia	1	10
Medicina Física e Reabilitação	1	10
Oftalmologia	1	10
Oncológico	3	30
Pediatria	1	10
Psiquiatria	1	10
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia	1	10
Unidade de Cirurgia Ambulatória	1	10
Não SNS		
Centro de Medicina de Reabilitação	2	50
Convalescença, Paliativos e Demência	1	25
Ortopedia	1	25

2 - Na sua Unidade ou Centro Hospitalar existe alguma actividade organizada dedicada ao tratamento da dor crónica?

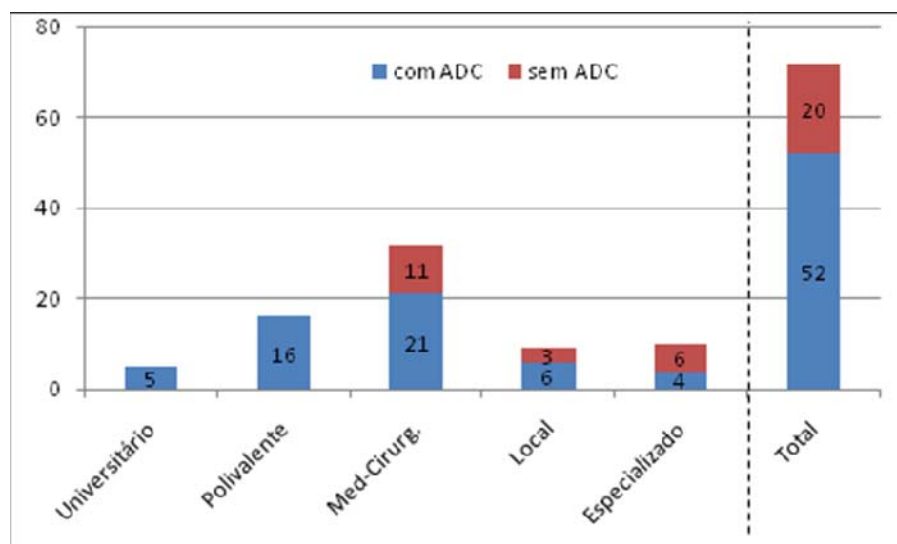
	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	52	72	3	15
Não	20	28	17	85



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

2.1 - Número de hospitais do SNS que responderam que possuem (com ADC) ou não (sem ADC) actividade organizada dedicada ao tratamento da dor crónica, de acordo com o tipo de hospital



3 - Qual o tipo de actividade organizada para o tratamento da dor crónica?

SNS

Unidade Multidisciplinar de Dor

C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Geral
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de S. Miguel
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião
C.H. de Lisboa Central, EPE - H. Santo António dos Capuchos
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António
C.H. Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Hospital Central do Funchal
Hospital de Curry Cabral
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE
Hospital Garcia de Horta, EPE
Hospital Infante D. Pedro, EPE
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - H. Pedro Hispano

Total - 19 (36,5%)

Não SNS

Unidade Multidisciplinar de Dor

Hospital dos Lusíadas

Total - 1 (33,3%)

Consulta de Dor Crónica

Madeira Medical Center, SA
Hospital da Força Aérea

Total - 2 (66,7%)



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Unidade Terapêutica de Dor

C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
C.H. do Alto Ave, EPE - Hospital de Fafe
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE
Hospital Amato Lusitano
Hospital de Braga
Hospital de Faro, EPE
Hospital de S. Pedro
Hospital Distrital de Santarém, EPE
Hospital José Joaquim Fernandes, EPE
Hospital S. João, EPE
Hospital S. Teotónio, EPE
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Hospital de Sousa Martins

Total - 14 (26,9%)

Consulta de Dor Crónica

C.H. da Cova da Beira, EPE - Hospital Cova da Beira
C.H. de Coimbra, EPE - Maternidade Bissaya Barreto
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - H. São João da Madeira
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - H. S. Francisco Xavier, EPE
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz, EPE
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras
C.H. do Médio Ave, EPE
C.H. do Médio Tejo, EPE - Hospital de Tomar
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Mirandela
C.H. do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça
C.H. do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital Padre Américo
Hospital de José Luciano de Castro
Hospital de Reynaldo dos Santos
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital Distrital de Águeda
Hospital Distrital de Pombal
Hospital do Espírito Santo, EPE
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE

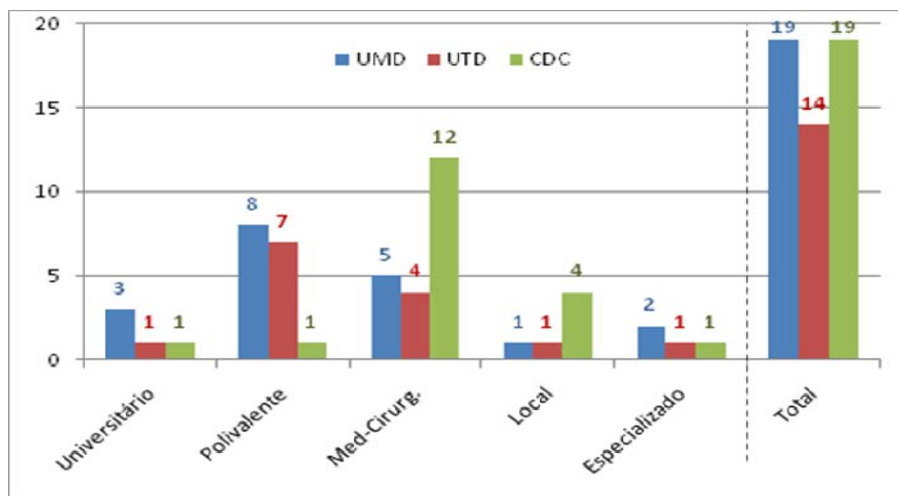
Total - 19 (36,5%)



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

3.1 - Tipo de actividade organizada para o tratamento da dor crónica nos diferentes tipos de hospitais do SNS. UMD - Unidade Multidisciplinar de Dor; UTD - Unidade Terapêutica de Dor; CDC - Consulta de Dor Crónica



4 - Na Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica, qual a frequência com que ocorrem as consultas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Diárias	24	46,2	-	-
Duas vezes / semana	8	15,4	-	-
Três a quatro vezes / semana	10	19,2	1	33,3
Semanais	7	13,5	2	66,7
Outra	3	5,8		

4.1 - Indique, por favor, o número de horas de funcionamento semanal da Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Menos de 10 horas	9	17,3	2	66,7
Entre 10 a 19 horas	13	25,0	-	-
Entre 20 a 29 horas	5	9,6	-	-
Entre 30 a 39 horas	3	5,8	1	33,3
40 ou mais horas	17	32,7	-	-

**5 - Na Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica, existem consultas de grupo?**

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	31	59,6	2	66,7

5.1 - Se respondeu “Sim”, indique por favor com que frequência.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Duas vezes/semana	3	9,7	-	-
Três a quatro vezes/semana	1	3,2	-	-
Semanais	8	25,8	-	-
Quinzenais	4	12,9	-	-
Outra	15	48,4	2	100

6 - No que respeita ao Coordenador da Consulta/Unidade/Centro:**6.1 - Qual a sua especialidade médica?**

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Anestesiologia	50	96,2	3	100
Oncologia Médica	1	1,9	-	-

6.2 - Possui a Competência em Medicina da Dor?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	50	96,2	3	100

7 - Na Consulta/Unidade/Centro existem outros médicos com a Competência em Medicina da Dor?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	27	51,9	1	25,0



7.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique quantos:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
1	9	33,3	-	-
2	9	33,3	1	100
3	5	18,5	-	-
> 4	4	14,8	-	-

8 - Quais e quantos os profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica?

8.1 - Indique, por favor, o número de profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade para cada classe profissional.

Médicos	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
1	9	17,3	1	33,3
2	8	15,4	1	33,3
3	14	26,9	-	-
4 a 5	10	19,2	1	33,3
Entre 6 e 8	11	21,2	-	-
Enfermeiros	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	1	1,9	-	-
1	14	26,9	2	66,7
2	20	38,5	-	-
3	8	15,4	-	-
4 a 5	6	11,5	-	-
Psicólogos	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	3	5,8	-	-
1	31	59,6	2	66,7
2	4	7,7	-	-



Fisioterapeutas	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	13	25,0	-	-
1	5	9,6	-	-
3	-	-	1	33,3
Técnicos de serviço social	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	7	13,5	-	-
1	27	51,9	1	33,3
Terapeutas ocupacionais	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	14	26,9	-	-
1	1	1,9	1	33,3
2	1	1,9	-	-
Técnicos administrativos	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	4	7,7	1	33,3
1	26	50,0	1	33,3
2 a 4	7	13,5	-	-
Outros	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	4	7,7	-	-
1	14	26,9	-	-
2	6	11,5	-	-
>3	1	1,9	-	-



Se escolheu “Outros”, por favor especifique (apenas no SNS)		
	n	%
Auxiliares de Acção Médica	10	28,6
Nutricionista	7	20,0
Farmacêutico	6	17,1
Assistente Operacional	3	8,6
Dietista	2	5,7
Cirurgia	1	2,9
Clínica geral	1	2,9
Fisioterapia	1	2,9
Psiquiatra	1	2,9
Técnica de acupunctura	1	2,9
Técnico de análises clínicas	1	2,9
Terapia ocupacional	1	2,9
Nota: Existem 468 profissionais nas Consultas/Unidades de Dor Crónica.		

8.2 - Indique para cada um dos profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade se exercem funções apenas na Consulta/Unidade ou em acumulação com outras actividades e a carga horária semanal aproximada de actividade nesta Consulta/Unidade.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Apenas na Consulta/Unidade	72	19,6	6,0	46,2
Em Acumulação	296	80,4	7,0	53,8

Para profissionais que apenas trabalham na unidade de dor, apresenta-se no quadro seguinte o número médio de horas de trabalho semanal:

SNS				Não SNS			
	n	média	DP		n	média	DP
Anestesiologia	12	31,8	9,1	Anestesiologia	2	15,0	7,1
Assistente Operacional	1	35,0	-	Enfermeiro	1	20,0	-
Assistente Social	1	5,0	-	Neurocirurgião	1	8,0	-
Auxiliar de acção médica	4	36,3	2,5	Neurologista	1	8,0	-
Coordenadora da unidade de dor	2	41,0	1,4	Psicólogo	1	-	-
Enfermeiro	32	35,4	9,0				
Médico	1	7,0	-				
Psicólogo	2	25,0	21,2				
Sem categoria profissional identificada	15	36,6	2,8				
Técnico administrativo	2	30,0	14,1				



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Para profissionais que trabalham em acumulação na unidade de dor, apresenta-se no quadro seguinte o número médio de horas de trabalho semanal:

SNS				Não SNS			
	n	média	DP		n	média	DP
Anestesiologia	102	16,3	26,0	Anestesiologia	3	2,7	0,6
Assistente Social	20	11,4	13,2	Enfermeiro	1	2	-
Auxiliar de Acção Médica	5	30,0	11,2	Fisioterapeuta	1	6	-
Cirurgia	4	3,3	2,3	Psicólogo	1	1	-
Dietista	2	2,5	2,1	Técnico Administrativo	1	2	-
Enfermeiro	46	16,4	15,8				
Farmacêutico	4	1,5	0,7				
Fisiatra	7	3,0	3,3				
Fisioterapeuta	2	4,0	-				
Med Física e Reabilitação	3	5,5	0,7				
Medicina Geral e Familiar	1	3,0	-				
Medicina Interna	6	3,6	1,8				
Médico	8	7,5	3,8				
Neurocirurgia	8	4,7	2,3				
Neurologista	3	2,5	2,1				
Nutricionista	5	2,8	1,3				
Oncologia Médica	4	5,0	2,6				
Ortopedista	5	2,7	1,2				
Psicólogo	30	13,6	10,2				
Psiquiatra	11	3,4	2,2				
Sem categoria profissional	4	17,3	5,0				
Técnica de acupunctura	1	18,0	-				
Técnico administrativo	14	20,9	12,1				
Terapeuta ocupacional	1	5,0	-				

9 - Relativamente às instalações onde a Consulta/Unidade desenvolve actividades, indique por favor para cada um dos espaços abaixo indicados o número disponível e indique se os espaços são próprios ou partilhados. Indique a opção “Não possui” no caso da Consulta/Unidade não possuir esse tipo de espaços para desenvolvimento das suas actividades

	SNS		Não SNS	
Salas de consultas	n	%	n	%
1	27	51,9	1	33,3
2	17	32,7	-	-
3	5	9,6	1	33,3
Próprios	27	51,9	3	100,0
Partilhados	25	48,1	-	-



Salas de hospital de dia	n	%	n	%
0	4	7,7	-	-
1	17	32,7	-	-
2	4	7,7	2	66,7
3	1	1,9	-	-
Próprios	12	23,1	2	66,7
Partilhados	12	23,1	-	-
Não possui	15	28,8	1	33,3
Salas de tratamentos	n	%	n	%
0	2	3,8	-	-
1	35	67,3	1	33,3
2	6	11,5	1	33,3
Próprios	22	42,3	1	33,3
Partilhados	22	42,3	2	66,7
Não possui	4	7,7	-	-
Gabinete do Coordenador	n	%	n	%
0	8	15,4	-	-
1	13	25,0	1	33,3
Próprios	6	11,5	-	-
Partilhados	9	17,3	1	33,3
Não possui	27	51,9	2	66,7
Gabinetes para colaboradores	n	%	n	%
0	10	19,2	-	-
1	7	13,5	1	33,3
Próprios	3	5,8	-	-
Partilhados	11	21,2	1	33,3
Não possui	25	48,1	2	66,7
Espaço de secretariado	n	%	n	%
1	36	69,2	2	66,7
Próprios	3	5,8	-	-
Partilhados	42	80,8	3	100,0
Não possui	2	3,8	-	-
Sala de espera	n	%	n	%
1	35	67,3	1	33,3
2	4	7,7	1	33,3
Próprios	8	15,4	-	-
Partilhados	40	76,9	3	100,0
Não possui	1	1,9	-	-
Outros	n	%	n	%
0	3	5,8	-	-
1	11	21,2	-	-
2	2	3,8	-	-
3	1	1,9	-	-



Próprios	10	19,2	-	-
Partilhados	6	11,5	-	-
Não possui	2	3,8	-	-

10 - A Consulta/Unidade dispõe de internamento quando necessário?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	45	86,5	2	66,7

10.1 - Se respondeu sim, por favor indique a(s) opção(ões) mais apropriada(s) e o número de camas no caso de haver camas próprias.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Internamentos nos serviços de origem	32	61,5	1	33,3
Outro tipo de internamentos (conforme a disponibilidade)	13	25,0	1	33,3

11 - A Consulta/Unidade tem linha telefónica aberta para utilizadores?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	42	80,8	1	33,3

11.1 - Qual a disponibilidade da linha telefónica aberta?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Nº de horas por dia				
<6 horas	2	3,8	-	-
6 a 11 horas	29	55,8	-	-
12 horas	4	7,7	1	33,3
24 horas	7	13,5	-	-
Nº de dias por semana				
1	1	1,9	-	-
5	34	65,4	1	33,3
7	6	11,5	-	-

11.2 - Quais os profissionais que participam no atendimento e resolução de problemas através da linha telefónica aberta?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Médicos				
Sempre	11	21,2	-	-
Frequentemente	23	44,2	1	33,3
Às vezes	8	15,4	-	-



Enfermeiros	n	%	n	%
Sempre	26	50,0	1	33,3
Frequentemente	12	23,1	-	-
Às vezes	2	3,8	-	-
Nunca	2	3,8	-	-
Psicólogos	n	%	n	%
Sempre	1	1,9	-	-
Frequentemente	1	1,9	1	33,3
Às vezes	13	25,0	-	-
Nunca	11	21,2	-	-
Outros profissionais	n	%	n	%
Sempre	1	1,9	-	-
Frequentemente	1	1,9	-	-
Às vezes	6	11,5	-	-
Nunca	13	25,0	-	-

12 - A Consulta/Unidade/Centro dispõe de programa de apoio domiciliário?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	8	15,4	0	0

12.1 - Se respondeu "Sim", por favor indique a opção mais apropriada.

	n	%
Visitas de equipa multidisciplinar (constituídas por médico, enfermeiro e num caso também por psicólogo)	5	62,5
Em articulação com equipa independente de Cuidados Domiciliários	3	37,5

13 - A Consulta/Unidade desempenha actividade em regime de Hospital de Dia?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	32	61,5	1	33,3

14 - A Consulta/Unidade dispõe de protocolos de referenciação?

14.1 - Dispõe de normas de referenciação de forma a articular com outras instituições de saúde (ex: cuidados primários) a referenciação de doentes a partir destas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	33	63,5	1	33,3



14.2 - Dispõe de normas de referenciação para outras Consultas/Unidades de dor crónica mais diferenciadas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	15	28,8	2	66,7

14.3 – Dispõe de normas de articulação com outras especialidades clínicas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	34	65,4	2	66,7

15 - A Consulta/Unidade tem registos clínicos próprios (registos adaptados às especificidades do tratamento e seguimento de doentes com dor crónica)?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	48	92,3	2	66,7

16 - A Consulta/Unidade dispõe de protocolos clínicos de actuação terapêutica?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	29	55,8	2	66,7

17 - Indique por favor as modalidades terapêuticas que na Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica estão disponíveis e com que regularidade são utilizadas?

Modalidades de Tratamento Invasivas				
	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Medicação EV / SC / Epidural				
Sempre	16	30,8	1	33,3
Frequentemente	18	34,6	1	33,3
Às vezes	17	32,7	1	33,3
Bloqueios analgésicos periféricos	n	%	n	%
Sempre	13	25,0	1	33,3
Frequentemente	12	23,1	1	33,3
Às vezes	22	42,3	1	33,3
Nunca	4	7,7	-	-
Toxina botulínica	n	%	n	%
Frequentemente	2	3,8	-	-
Às vezes	7	13,5	2	66,7
Nunca	33	63,5	1	33,3



Ozonoterapia	n	%	n	%
Sempre	2	3,8	-	-
Frequentemente	1	1,9	-	-
Às vezes	-	-	1	33,3
Nunca	41	78,8	2	66,7
Radiofrequência	n	%	n	%
Sempre	2	3,8	1	33,3
Frequentemente	2	3,8	-	-
Às vezes	2	3,8	1	33,3
Nunca	35	67,3	1	33,3
Neuroestimulação	n	%	n	%
Sempre	3	5,8	1	33,3
Frequentemente	2	3,8	1	33,3
Às vezes	4	7,7	-	-
Nunca	37	71,2	1	33,3
Bombas programáveis	n	%	n	%
Sempre	6	11,5	1	33,3
Frequentemente	2	3,8	-	-
Às vezes	12	23,1	-	-
Nunca	25	48,1	2	66,7
Outros	n	%	n	%
Sempre	3	5,8	-	-
Frequentemente	7	13,5	-	-
Às vezes	5	9,6	-	-
Nunca	5	9,6	-	-
Modalidades de Tratamento Não Invasivas				
	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
TENS	n	%	n	%
Sempre	13	25,0	-	-
Frequentemente	11	21,2	1	33,3
Às vezes	14	26,9	1	33,3
Nunca	10	19,2	1	33,3
Fisioterapia	n	%	n	%
Sempre	6	11,5	-	-
Frequentemente	22	42,3	1	33,3
Às vezes	13	25,0	1	33,3
Nunca	8	15,4	1	33,3
Apoio psicoterapêutico	n	%	n	%
Sempre	12	23,1	1	33,3
Frequentemente	20	38,5	1	33,3
Às vezes	11	21,2	1	33,3
Nunca	5	9,6	-	-



Terapia de grupo	n	%	n	%
Sempre	6	11,5	-	-
Frequentemente	4	7,7	1	33,3
Às vezes	5	9,6	-	-
Nunca	28	53,8	2	66,7
Outros	n	%	n	%
Sempre	4	7,7	-	-
Frequentemente	3	5,8	-	-
Às vezes	3	5,8	-	-
Nunca	4	7,7	-	-

18 - A Consulta/Unidade tem funções assistenciais no tratamento da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	11	21,2	1	33,3

19 - Indique por favor, se possível, a percentagem aproximada de doentes oncológicos atendidos durante o ano de 2008 na Consulta/Unidade dedicada ao tratamento de dor crónica.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0-24%	7	13,5	1	33,3
25-49%	21	40,4	-	-
50-74%	7	13,5	1	33,3
75-100%	9	17,3	-	-

20 - Complete dentro do possível, por favor, os indicadores de actividade da Consulta/Unidade abaixo solicitados. Para cada um dos indicadores solicitados, se possível, indique o número exacto de consultas baseando-se nos registos clínicos ou administrativos existentes; se isto não for possível, por favor indique uma estimativa aproximada para cada caso e assinale esta opção.

20.1 - Indique, por favor, o número total de primeiras consultas (número de novos doentes) realizadas na Consulta/Unidade durante o ano de 2008 no ambulatório e no internamento.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Ambulatório				
0-99	10	19,2	2	66,7
100-199	16	30,8	-	-
200-299	9	17,3	-	-
>300	15	28,8	-	-
Valor baseado nos registos	45	86,5	2	66,7
Estimativa	3	5,8		



Internamento	n	%	n	%
0-49	13	25,0	2	66,7
50-99	11	21,2	-	-
100-199	5	9,6	-	-
>200	10	19,2	-	-
Valor baseado nos registos	19	36,5	-	-
Estimativa	20	38,5	1	33,3

20.2 - Indique, por favor, o número total de consultas realizadas na Consulta/Unidade em 2007 e 2008

	SNS		Não SNS	
2007	n	%	n	%
0-499	12	23,1	2	66,7
500-999	12	23,1	-	-
1000-1999	10	19,2	-	-
2000-2999	5	9,6	-	-
>3000	10	19,2	-	-
Valor baseado nos registos	44	84,6	2	66,7
Estimativa	4	7,7	-	-
2008	n	%	n	%
0-499	8	15,4	2	66,7
500-999	13	25,0	-	-
1000-1999	9	17,3	-	-
2000-2999	6	11,5	-	-
>3000	14	26,9	-	-
Valor baseado nos registos	47	90,4	2	66,7
Estimativa	3	5,8	-	-

20.3 - Relativamente às consultas durante o ano de 2008, por favor especifique, tanto quanto possível tendo em conta os dados que tem disponíveis, o número total de consultas para cada um dos subtipos abaixo indicados. Complete a tabela abaixo o mais detalhadamente possível, tendo em conta a informação disponível. Se para alguns subtipos de atendimentos não conseguir obter estimativas aceitáveis, ou se não se aplicam no seu contexto, deixe os espaços em branco.

Total de consultas em ambulatório	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0-499	5	9,6	2	66,7
500-999	14	26,9	-	-
1000-1999	6	11,5	-	-
2000-2999	5	9,6	-	-
>3000	14	26,9	-	-
Valor baseado nos registos	40	76,9	2	66,7
Estimativa	4	7,7	-	-



Consultas com presença do doente	n	%	n	%
0-499	9	17,3	2	66,7
500-999	12	23,1	-	-
1000-1999	6	11,5	-	-
>2000	16	30,8	-	-
Valor baseado nos registos	28	53,8	2	66,7
Estimativa	12	23,1	-	-
Consultas telefónicas	n	%	n	%
0-99	12	23,1	2	66,7
100-199	4	7,7	-	-
200-299	7	13,5	-	-
300-399	1	1,9	-	-
>400	9	17,3	-	-
Valor baseado nos registos	11	21,2	-	-
Estimativa	20	38,5	-	-
Outras consultas sem presença do doente	n	%	n	%
0-24	13	25,0	2	66,7
25-49	2	3,8	-	-
50-74	2	3,8	-	-
75-99	2	3,8	-	-
>100	6	11,5	-	-
Valor baseado nos registos	4	7,7	-	-
Estimativa	17	32,7	-	-
Consultas de grupo	n	%	n	%
0-74	18	34,6	2	66,7
75-149	12	23,1	-	-
>225	2	3,8	-	-
Valor baseado nos registos	2	3,8	-	-
Estimativa	13	25,0	-	-
Atendimento em regime de hospital de dia	n	%	n	%
0-299	18	34,6	2	66,7
300-899	4	7,7	-	-
>900	7	13,5	-	-
Valor baseado nos registos	12	23,1	-	-
Estimativa	7	13,5	-	-
Visitas domiciliárias	n	%	n	%
14	1	1,9	-	-
30	2	3,8	-	-
118	1	1,9	-	-
751	1	1,9	-	-
1252	1	1,9	-	-
Valor baseado nos registos	5	9,6	-	-
Estimativa	1	1,9	-	-



Total de consultas no internamento ou serviço de urgência	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0-99	9	17,3	2	66,7
100-199	5	9,6	-	-
200-399	5	9,6	-	-
>400	10	19,2	-	-
Valor baseado nos registos	18	34,6	-	-
Estimativa	10	19,2	-	-
Consultas internas de dor crónica	n	%	n	%
0-99	14	26,9	2	66,7
100-199	8	15,4	-	-
200-299	4	7,7	-	-
>300	14	26,9	-	-
Valor baseado nos registos	23	44,2	1	66,7
Estimativa	14	26,9	-	-
Cons. internas de dor aguda pós-operatória	n	%	n	%
0-99	19	36,5	2	66,7
>200	5	9,6	-	-
Valor baseado nos registos	7	13,5	1	33,3
Estimativa	5	9,6	-	-

21 - A Consulta/Unidade constitui um Centro de Custos independente?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	22	42,3	-	-

22 - Se não tem Centro de Custos independente, em que serviço está integrada a Consulta/Unidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Serviço de Anestesiologia	20	38,5	2	66,7
Serviço de Neurologia	1	1,9	-	-
Outro	10	19,2	1	33,3
Se escolheu “Outro”, indique qual:				
SNS			n	%
Oncologia			2	20,0
Hospital de Dia			1	10,0
Depart. Anestesiologia e Terapêutica da Dor			1	10,0
Consulta Externa			5	50,0
Não SNS				
Madeira Medical Center			1	100,0



23 - Na Consulta/Unidade existe um programa de formação multidisciplinar sobre dor crónica para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	24	46,2	-	-

23.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Mensal	4	16,7	-	-
Trimestral	1	4,2	-	-
Semestral	5	20,8	-	-
Outra	14	58,3	-	-

24 - A Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica dispõe de um programa de avaliação da qualidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	8	15,4	-	-

24.1 - Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Semestral	3	37,5	-	-
Outra	5	62,5	-	-

24.2 - Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Auditorias internas	5	62,5	-	-
Auditorias externas	3	37,5	-	-

25 - Além da actividade assistencial, a Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica desenvolve actividade formativa?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	37	71,2	-	-



25.1 - Se respondeu "Sim", por favor especifique:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Pré-graduada	21	56,8	-	-
Pós-graduada	35	94,6	-	-
Pré-graduada	n	%		
Alunos de Medicina	16	76,2	-	-
Alunos de Enfermagem	20	95,2	-	-
Alunos de Psicologia	13	61,9	-	-
Outros	1	4,8	-	-
Pós-graduada	n	%		
Médicos	35	100,0	-	-
Enfermeiros	32	91,4	-	-
Psicólogos	19	54,3	-	-
Outros	6	17,1	-	-

26 - Na Consulta/Unidade existem protocolos com Universidades:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
no âmbito da formação/ensino	13	25,0	-	-
no âmbito da formação pré-graduada	12	23,1	-	-
no âmbito da formação pós-graduada	11	21,2	-	-
no âmbito de actividades de investigação	13	25,0	-	-
no âmbito de actividades de promoção da qualidade	4	7,7	-	-
Outros protocolos	3	5,8	-	-

27 - Além da actividade assistencial, a Consulta/Unidade dedicada ao tratamento da dor crónica desenvolve ou participa em actividades de investigação?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	27	51,9	-	-

27.1 - Se respondeu "Sim", por favor especifique:

SNS	n	%
Clínica	23	85,2
Básica/Laboratorial	1	3,7
Outra	3	11,1



27.2 - As actividades de investigação são financiadas?

SNS	n	%
Sim	15	28,8

27.3 - Se respondeu sim, por favor indique que tipo de financiamento:

SNS	n	%
Público	1	6,7
Privado	13	86,7
Outro	1	6,7

27.4 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

SNS	n	%
Sim	16	30,8



B. Questionário sobre Tratamento da Dor Aguda

Os questionários sobre Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória foram enviados a 175 hospitais e centros hospitalares, dos quais 105 pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 70 ao sector privado. Obtiveram-se 122 respostas (taxa global de resposta - 70%), das quais 93 de unidades hospitalares do SNS (taxa de resposta do SNS - 89%) e 29 do sector privado (taxa de resposta do sector privado - 41%). Saliente-se que 28 das unidades hospitalares que responderam ao inquérito (19 do SNS e 9 do sector privado) entenderam que o questionário não se lhes aplicava. Assim, neste relatório estão descritos os dados de 94 hospitais, dos quais 74 pertencem ao SNS. 52 questionários (55,3%) foram recebidos por correio e os restantes 42 (44,7%) foram preenchidos através da utilização do programa MedQuest.

Identificação das Unidades Hospitalares

A lista de todas as unidades hospitalares que responderam a este questionário, independentemente de possuírem ou não actividade organizada dedicada ao tratamento da dor aguda pós-operatória, bem como a localidade a que pertencem é a seguinte

Hospital

Hospitais SNS

C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital de Santa Luzia
C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital do Conde de Bertandós
Hospital de Braga
Hospital de Santa Maria Maior, EPE
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Fafe
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Chaves
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Peso da Régua
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Lamego
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Macedo de Cavaleiros
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Mirandela
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE- H. da Póvoa de Varzim
C.H. da Póvoa de Varzim -Vila do Conde, EPE - H. de Vila do Conde
C.H. do Médio Ave, EPE
Hospital de São Gonçalo, EPE
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE- Hospital Padre Américo
Hospital de Nossa Senhora da Conceição
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano
Hospital de S. João, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António
C.H. do Porto, EPE - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
Hospital de Magalhães Lemos, EPE
C.H. do Porto, EPE - Maternidade de Júlio Dinis

Localidade

Viana do Castelo
Ponte de Lima
Braga
Barcelos
Guimarães
Fafe
Chaves
Peso da Régua
Vila Real
Lamego
Macedo de Cavaleiros
Mirandela
Bragança
Póvoa de Varzim
Vila do Conde
Santo Tirso
Amarante
Penafiel
Valongo
Matosinhos
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Hospital de Joaquim Urbano	Porto
C.H. de /Espinho, EPE - Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros	Vila Nova de Gaia
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Hospital Eduardo Santos Silva	Vila Nova de Gaia
C.H. de /Espinho, EPE - Hospital de Nossa Senhora da Ajuda	Espinho
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião	Santa Maria da Feira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São João da Madeira	S. João da Madeira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de S. Miguel	Oliveira de Azeméis
Hospital Dr. Francisco Zagalo	Ovar
Hospital Visconde de Salreu	Estarreja
Hospital Distrital de Águeda	Águeda
Hospital de José Luciano de Castro	Anadia
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo	Cantanhede
Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais	Cantanhede
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade do Lorvão	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Arnes	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Sobral CID	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Pediátrico de Coimbra	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Geral	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Maternidade Bissaya Barreto	Coimbra
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Coimbra
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Coimbra
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Figueira da Foz
Hospital Distrital de Pombal	Pombal
C.H. do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça	Alcobaça
C.H. do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
Hospital de Santo André, EPE	Leiria
Hospital de Cândido de Figueiredo	Tondela
Hospital de São Teotónio, EPE	Viseu
C.H. da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira	Covilhã
Hospital Amato Lusitano	Castelo Branco
Hospital Distrital de Santarém, EPE	Santarém
C.H. do Médio Tejo, EPE- Hospital de Tomar	Tomar
C.H. de Torres Vedras - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Torres Vedras
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras	Torres Vedras
Hospital de Reynaldo Dos Santos	Vila Franca de Xira
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Amadora
C.H. de Cascais - Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
C.H. de Cascais - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Cascais
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de S. José	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, EPE	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital Dona Estefânia	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital de Júlio de Matos	Lisboa
C.H. Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santo António dos Capuchos	Lisboa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Lisboa
Hospital de Curry Cabral	Lisboa
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Miguel Bombarda	Lisboa
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de S. Francisco Xavier, EPE	Lisboa
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz, EPE	Oeiras
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Miguel Bombarda	Lisboa
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz	Lisboa
Hospital Garcia de Orta, EPE	Almada
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	Barreiro
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo	Setúbal
Hospital do Litoral Alentejano	Santiago do Cacém
Hospital do Espírito Santo, EPE	Évora
C.H. do Baixo Alentejo, EPE - Hospital José Joaquim Fernandes, EPE	Beja
ULS do Norte Alentejano, EPE - Hospital de Santa Luzia de Elvas	Elvas
ULS do Norte Alentejano, EPE - Hospital Doutor José Maria Grande	Portalegre
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE	Portimão
Hospital de Faro, EPE	Faro
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE - Hospital Distrital de Lagos	Lagos
Hospital Central do Funchal	Funchal
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE	Ponta Delgada
Hospital da Horta, EPE	Horta

Hospitais Não SNS

Clínica Particular de Barcelos	Barcelos
Hospital de Fão	Esposende
ClíPóvoa - Hospor, SA	Póvoa de Varzim
Hospital da Trofa	Trofa
Hospital de Santa Maria	Porto
C.H. Conde Ferreira	Porto
Hospital Privado dos Clérigos	Porto
Cliria - Hospital Privado de Aveiro, SA	Aveiro
Cliria - Clínica de Oíã	Oliveira do Bairro
Hospital Santa Cecília	Leiria
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande	Marinha Grande
Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento	Entroncamento
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	Cascais
Hospital de Sant'Ana	Cascais
Hospital dos Lusíadas	Lisboa
Hospital dos SAMS	Lisboa
SAÚDE MÚTUA - Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa	Lisboa
Hospital da LUZ	Lisboa
Hospital de S. Louis	Lisboa
Hospital Residencial do Mar	Lisboa
Hospital de Santiago	Setúbal
Hospital Infantil S. João de Deus	Montemor-o-Novo
Centro de Medicina e Reabilitação do Sul	Faro
Hospital S. Gonçalo de Lagos	Faro



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Madeira Medical Center, SA
Clínica da Sé
Clínica de Santa Catarina
Clínica de Santa Luzia
Clínica do Bom Jesus

Ilha da Madeira
Funchal
Funchal
Funchal
Ponta Delgada

Nos quadros seguintes são apresentadas as respostas das 94 unidades hospitalares acima listadas, separadamente conforme pertencem (n=74) ou não (n=20) ao Serviço Nacional de Saúde.

1 - Classificação das Unidades Hospitalares

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Hospital Universitário	4	5	-	-
Hospital Polivalente	16	21	8	40
Hospital Médico-Cirúrgico	32	43	5	25
Hospital Local	6	8	3	15
Hospital Especializado	12	16	2	10

1.1 - Se escolheu "Hospital Especializado", por favor, especifique

SNS	n	%
Cirurgia Ambulatório	2	17
Hospital oncológico	3	25
Materno-Infantil	1	8
Obstetrícia e ginecologia	2	17
Oftalmologia	1	8
Pediátrico	2	17
Psiquiátrico	1	8
Não SNS		
Centro de Medicina de Reabilitação	1	50
Ortopedia	1	50

2 - Na sua Unidade Hospitalar existe uma Unidade de Dor com actividade assistencial organizada para o tratamento da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	26	35	3	15
Não	48	65	17	85



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Lista das Unidades Hospitalares que possuem uma Unidade de Dor com actividade assistencial organizada para o tratamento da dor aguda pós-operatória

SNS

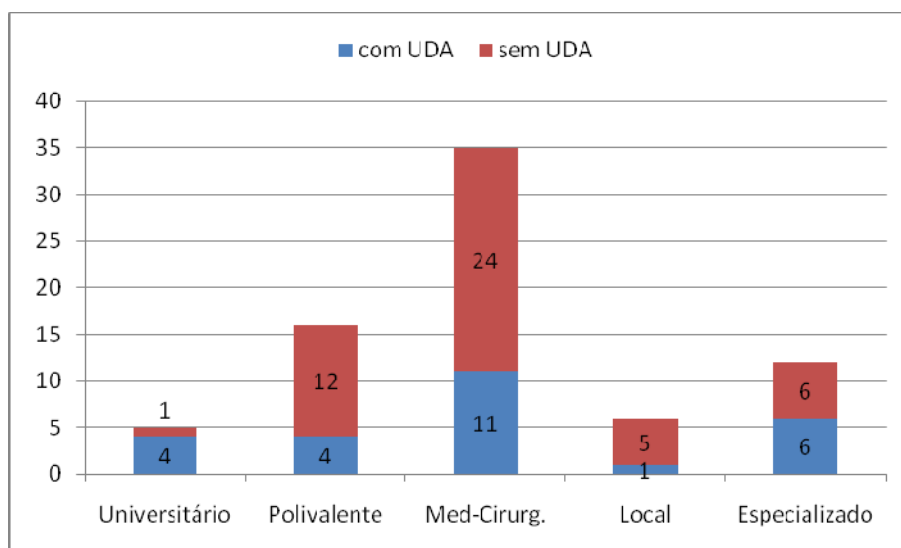
C.H. da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira
C.H. da Póvoa de Varzim -Vila do Conde, EPE - Hospital de Vila do
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Pediátrico de Coimbra
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, EPE
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Fafe
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães
C.H. do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE- Hospital Padre Américo
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Hospital da Horta, EPE
Hospital de Curry Cabral
Hospital de Reynaldo dos Santos
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital do Espírito Santo, EPE
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
Hospital Garcia de Orta, EPE
Hospital S. João, EPE
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano

Não SNS

ClíPóvoa, Hospor, SA
Hospital da Trofa
Hospital dos Lusíadas



2.1 - Número de hospitais do SNS que responderam que possuem (com UDA) ou não (sem UDA) actividade assistencial organizada para o tratamento da dor aguda pós-operatória, de acordo com o tipo de hospital



2.2 - Se respondeu “Sim”, indique por favor a que serviço compete a responsabilidade dessa organização.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Anestesiologia	26	100,0	3	100,0

3 - Qual o modelo organizativo implementado para a actividade assistencial de tratamento da dor aguda pós-operatória (segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, DGS 2001)?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Modelo centrado no médico (modelo americano)	15	57,7	3	100,0
Modelo centrado no enfermeiro (modelo europeu)	9	34,6	-	-
Outro	2	7,7	-	-



4 - Indique, por favor, quais e quantos profissionais integram a equipa da unidade funcional para tratamento da dor aguda pós-operatória.

	SNS		Não SNS	
Anestesiologistas	n	%	n	%
1	5	19,2	1	33,3
2	5	19,2	1	33,3
3 a 9	10	38,5	-	-
>10	5	19,2	-	-
Cirurgiões	n	%	n	%
1	2	7,7	-	-
>2	5	19,2	-	-
Enfermeiros	n	%	n	%
2 a 3	5	19,2	1	33,3
4 a 9	6	23,1	-	-
>10	2	7,7	-	-
Farmacêuticos	n	%	n	%
1	6	23,1	1	33,3
>2	2	7,7	-	-
Psicólogos	n	%	n	%
1	2	7,7	-	-
Outros	n	%	n	%
1	1	3,8	-	-
8	1	3,8	-	-

5 - Quem é o médico habitualmente responsável pela prescrição da analgesia no fim da intervenção cirúrgica?

	SNS		Não SNS	
Anestesiologistas	n	%	n	%
Sempre	12	46,2	1	33,3
Frequentemente	13	50,0	2	66,7
Cirurgião	n	%	n	%
Sempre	1	3,8	-	-
Frequentemente	4	15,4	1	33,3



Às vezes	8	30,8	1	33,3
Nunca	2	7,7	-	-
Decisão multidisciplinar	n	%	n	%
Frequentemente	3	11,5	1	33,3
Às vezes	9	34,6	1	33,3
Médicos da UCPA	n	%	n	%
Sempre	1	3,8	-	-
Frequentemente	2	7,7	1	33,3
Às vezes	8	30,8	-	-
Nunca	1	3,8	-	-
Médico da Unidade de Dor Crónica	n	%	n	%
Às vezes	1	3,8	-	-
Nunca	8	30,8	1	33,3
Outros profissionais	n	%	n	%
Nunca	8	30,8	1	33,3

6 - Na Unidade Hospitalar existem protocolos de actuação clínica implementados no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	25	96,2	3	100,0

6.1 - Se respondeu sim, indique por favor a que grupos etários se destinam.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Crianças	1	3,8	-	-
Adultos	12	46,2	2	66,7
Idosos	2	7,7	-	-
Outros	10	38,5	1	33,3



6.2 - Na Unidade Hospitalar existem normas de actuação/procedimentos (para médicos e enfermeiros) para controlo da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	25	96,2	3	100,0

6.2.1 - Se respondeu “Sim”, indique por favor todas as normas de actuação/procedimentos existentes na sua Unidade Hospitalar.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Administração de fármacos	25	96,2	3	100,0
Utilização de técnicas não convencionais	24	92,3	3	100,0
Avaliação da dor como “5º Sinal Vital”	25	96,2	2	66,7
Avaliação de parâmetros vitais	24	92,3	3	100,0
Avaliação dos efeitos secundários da terapêutica instituída	24	92,3	3	100,0
Abordagens no tratamento das complicações	25	96,2	3	100,0
Data de suspensão do tratamento	20	76,9	1	33,3
Outros	1	3,8	-	-

7 - Na Unidade Hospitalar, que profissionais de saúde estão destacados em cada dia para as actividades da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória, e em que regime de trabalho realizam esta tarefa?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Anestesiologistas				
Apenas para essas actividades	7	26,9	-	-
Acumulação com outras tarefas	19	73,1	3	100,0
Cirurgiões				
Acumulação com outras tarefas	9	34,6	1	33,3
Enfermeiros				
Apenas para essas actividades	5	19,2	-	-
Acumulação com outras tarefas	12	46,2	3	100,0
Outros profissionais				
Acumulação com outras tarefas	1	3,8	-	-



8 - Qual o período do pós-operatório durante o qual, habitualmente, a equipa da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória assegura a avaliação e monitorização da actuação terapêutica?

	SNS		Não SNS	
Nas primeiras 24 horas	n	%	n	%
Sempre	14	53,8	-	-
Frequentemente	4	15,4	2	66,7
Às vezes	1	3,8	-	-
Até às 48 horas	n	%	n	%
Sempre	9	34,6	2	66,7
Frequentemente	10	38,5	-	-
Às vezes	2	7,7	1	33,3
Até às 72 horas	n	%	n	%
Sempre	2	7,7	-	-
Frequentemente	6	23,1	-	-
Às vezes	10	38,5	1	33,3
Outro	n	%	n	%
Sempre	1	3,8	-	-
Às vezes	3	11,5	-	-

9 - A avaliação e monitorização da actuação terapêutica são asseguradas diariamente e de forma continuada pela equipa da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória?

	SNS		Não SNS	
Nas analgesias convencionais (EV, PO, IM, outras)	n	%	n	%
Sempre	13	50,0	1	33,3
Frequentemente	6	23,1	2	66,7
Às vezes	5	19,2	-	-
Nas analgesias não convencionais (PCA sistémica ou epidural, outras)	n	%	n	%
Sempre	22	84,6	2	66,7
Frequentemente	2	7,7	1	33,3
Às vezes	1	3,8	-	-



10 - Na Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória existe um programa de formação multidisciplinar sobre dor aguda pós-operatória para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	15	57,7	3	100,0

10.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Trimestral	1	6,7	1	33,3
Semestral	1	6,7	2	66,7
Outra	11	73,3	-	-

11 - A Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória dispõe de programa de avaliação de qualidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	6	23,1	1	33,3

11.1 - Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Mensal	1	16,7	-	-
Semestral	1	16,7	-	-
Outra	4	66,7	1	100,0

11.2 - Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Auditorias internas	6	100,0	1	100,0



12.1 - Quem é que habitualmente prescreve a analgesia, nas horas e dias seguintes ao pós-operatório?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Anestesiologista				
Sempre	21	28,4	10	50,0
Frequentemente	27	36,5	7	35,0
Às vezes	12	16,2	1	5,0
Nunca	-	-	1	5,0
Cirurgião	n	%	n	%
Sempre	15	20,3	2	10,0
Frequentemente	26	35,1	7	35,0
Às vezes	19	25,7	4	20,0
Nunca	1	1,4	1	5,0
Decisão multidisciplinar	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	-	-
Frequentemente	8	10,8	3	15,0
Às vezes	26	35,1	7	35,0
Nunca	2	2,7	2	10,0
Outros profissionais	n	%	n	%
Sempre	-	-	2	10,0
Frequentemente	-	-	1	5,0
Às vezes	2	2,7	2	10,0
Nunca	17	23,0	4	20,0

12.2 - Quem é que habitualmente avalia e revê a analgesia, nas horas e dias seguintes ao pós-operatório?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Anestesiologista				
Sempre	16	21,6	5	25,0
Frequentemente	26	35,1	8	40,0
Às vezes	14	18,9	3	15,0
Nunca	-	-	1	5,0
Cirurgião	n	%	n	%
Sempre	16	21,6	2	10,0
Frequentemente	31	41,9	10	50,0
Às vezes	16	21,6	4	20,0
Nunca	-	-	1	5,0



Decisão multidisciplinar	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	-	-
Frequentemente	3	4,1	2	10,0
Às vezes	21	28,4	4	20,0
Nunca	1	1,4	2	10,0
Outros profissionais	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	2	10,0
Frequentemente	5	6,8	-	-
Às vezes	1	1,4	2	10,0
Nunca	12	16,2	4	20,0

13 - Assinale quais as especialidades cirúrgicas existentes na sua Unidade Hospitalar e, no caso de existir uma Unidade de Dor Aguda Pós-operatória, quais as especialidades abrangidas pelo programa operacional. Indique, por favor, todas as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Cirurgia Geral				
Existentes	45	60,8	15	75
Abrangida pela Unidade de Dor	21	28,4	2	10
Cirurgia Maxilo-Facial	n	%	n	%
Existentes	11	14,9	6	30
Abrangida pela Unidade de Dor	11	14,9	2	10
Cirurgia Plástica	n	%	n	%
Existentes	22	29,7	16	80
Abrangida pela Unidade de Dor	9	12,2	2	10
Cirurgia Torácica	n	%	n	%
Existentes	8	10,8	2	10
Abrangida pela Unidade de Dor	4	5,4	1	5
Cirurgia Vascular	n	%	n	%
Existentes	9	12,2	13	65
Abrangida pela Unidade de Dor	10	13,5	2	10
Ginecologia	n	%	n	%
Existentes	33	44,6	14	70
Abrangida pela Unidade de Dor	21	28,4	2	10
Neurocirurgia	n	%	n	%
Existentes	17	23	11	55
Abrangida pela Unidade de Dor	5	6,8	2	10
Obstetrícia	n	%	n	%
Existentes	28	37,8	11	55
Abrangida pela Unidade de Dor	12	16,2	2	10
Oftalmologia	n	%	n	%
Existentes	42	56,8	15	75
Abrangida pela Unidade de Dor	10	13,5	2	10



Ortopedia e Traumatologia	n	%	n	%
Existentes	44	59,5	16	80
Abrangida pela Unidade de Dor	17	23	2	10
Otorrinolaringologia	n	%	n	%
Existentes	35	47,3	14	70
Abrangida pela Unidade de Dor	14	18,9	2	10
Urologia	n	%	n	%
Existentes	35	47,3	14	70
Abrangida pela Unidade de Dor	17	23	14	70

14 - Na sua Unidade Hospitalar, assinale quais as modalidades terapêuticas mais utilizadas no controlo da dor aguda pós-operatória.

Modalidades de Tratamento Não Convencionais				
	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Analgesia epidural contínua	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	25	33,8	6	30,0
Às vezes	23	31,1	6	30,0
Nunca	11	14,9	1	5,0
Analgesia epidural em bólus	n	%	n	%
Sempre	3	4,1	-	-
Frequentemente	26	35,1	8	40,0
Às vezes	24	32,4	9	45,0
Nunca	8	10,8	-	-
PCA epidural	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	2	2,7	-	-
Às vezes	15	20,3	4	20,0
Nunca	31	41,9	8	40,0
PCA sistémica	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	16	21,6	3	15,0
Às vezes	15	20,3	4	20,0
Nunca	20	27,0	7	35,0
Analgesia subaracnoideia	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	-	-
Frequentemente	12	16,2	2	10,0
Às vezes	17	23,0	6	30,0
Nunca	22	29,7	5	25,0



Infiltração da ferida cirúrgica	n	%	n	%
Sempre	4	5,4	-	-
Frequentemente	32	43,2	8	40,0
Às vezes	26	35,1	7	35,0
Nunca	5	6,8	2	10,0
Bloqueio de nervos periféricos	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	13	17,6	4	20,0
Às vezes	32	43,2	11	55,0
Nunca	13	17,6	1	5,0
Outros bloqueios regionais	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	3	4,1	-	-
Às vezes	14	18,9	4	20,0
Nunca	19	25,7	7	35,0
Vias de Administração de Modalidades de Tratamento Convencionais				
	SNS		Não SNS	
Endovenosa	n	%	n	%
Sempre	36	48,6	9	45,0
Frequentemente	33	44,6	9	45,0
Intramuscular	n	%	n	%
Frequentemente	11	14,9	7	35,0
Às vezes	27	36,5	5	25,0
Nunca	20	27,0	1	5,0
Subcutânea	n	%	n	%
Frequentemente	2	2,7	2	10,0
Às vezes	24	32,4	8	40,0
Nunca	21	28,4	3	15,0
Via oral	n	%	n	%
Sempre	4	5,4	2	10,0
Frequentemente	34	45,9	14	70,0
Às vezes	22	29,7	2	10,0
Nunca	1	1,4	-	-
Outra	n	%	n	%
Frequentemente	1	1,4	-	-
Às vezes	7	9,5	1	5,0
Nunca	4	5,4	1	5,0
Modalidades de Tratamento Não Farmacológico				
	SNS		Não SNS	
TENS	n	%	n	%
Às vezes	2	2,7	3	15,0
Nunca	53	71,6	6	30,0



Fisioterapia	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	8	10,8	8	40,0
Às vezes	18	24,3	6	30,0
Nunca	30	40,5	1	5,0
Apoio psicoterapêutico	n	%	n	%
Sempre	2	2,7	-	-
Frequentemente	5	6,8	-	-
Às vezes	20	27,0	10	50,0
Nunca	33	44,6	2	10,0
Relaxamento	n	%	n	%
Frequentemente	2	2,7	1	5,0
Às vezes	10	13,5	4	20,0
Nunca	43	58,1	6	30,0
Estratégias de conforto	n	%	n	%
Sempre	7	9,5	-	-
Frequentemente	15	20,3	6	30,0
Às vezes	15	20,3	5	25,0
Nunca	24	32,4	2	10,0
Reestruturação cognitiva	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	-	-
Frequentemente	2	2,7	-	-
Às vezes	8	10,8	2	10,0
Nunca	40	54,1	7	35,0
Outros	n	%	n	%
Às vezes	1	1,4	1	5,0
Nunca	18	24,3	2	10,0

15 - Na sua Unidade Hospitalar a dor como “5º Sinal Vital” é avaliada e registrada de forma regular e sistemática?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sempre	33	44,6	7	35,0
Frequentemente	27	36,5	7	35,0
Às vezes	8	10,8	4	20,0
Nunca	3	4,1	-	-



15.1 – Se a sua resposta foi afirmativa, indique quais as escalas mais frequentemente utilizadas.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Escala visual analógica (EVA)	36	48,6	10	50,0
Escala numérica (EN)	46	62,2	7	35,0
Escala de faces (EF)	20	27,0	9	45,0
Escala qualitativa (EQ)	19	25,7	4	20,0
Outra	4	5,4	1	5,0

16 - Na sua Unidade Hospitalar existem registos clínicos próprios no âmbito do tratamento e monitorização da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	48	64,9	11	55,0

16.1 - Se respondeu sim, indique por favor que parâmetros contemplam. Indique todas as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Avaliação de parâmetros vitais	47	63,5	11	55,0
Avaliação da dor como “5º Sinal Vital”	48	64,9	10	50,0
Náuseas e/ou vômitos	46	62,2	10	50,0
Grau de sedação	46	62,2	10	50,0
Prurido	40	54,1	8	40,0
Parestesias	34	45,9	7	35,0
Diminuição da força muscular	33	44,6	7	35,0
Retenção urinária	44	59,5	10	50,0
Depressão respiratória	46	62,2	10	50,0
Intercorrências e/ou falência do equipamento	24	32,4	6	30,0
Grau de satisfação dos utentes	23	31,1	6	30,0
Outros	3	4,1	-	-

17 - Na sua Unidade Hospitalar é realizado ensino ao doente e/ou cuidadores, no período pré-operatório, acerca das orientações genéricas no controlo da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	43	58,1	14	70,0

**17.1 - Se respondeu “Sim”, indique em que contexto é feito este ensino.**

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Consulta de Anestesiologista				
Sempre	10	13,5	2	10,0
Frequentemente	19	25,7	6	30,0
Às vezes	10	13,5	2	10,0
Nunca	1	1,4	1	5,0
Consulta de Cirurgia	n	%	n	%
Sempre	-	-	2	10,0
Frequentemente	3	4,1	2	10,0
Às vezes	6	8,1	5	25,0
Nunca	8	10,8	1	5,0
Consulta de Enfermagem	n	%	n	%
Sempre	7	9,5	1	5,0
Frequentemente	8	10,8	1	5,0
Às vezes	6	8,1	2	10,0
Nunca	5	6,8	4	20,0
Visita pré-anestésica	n	%	n	%
Sempre	7	9,5	4	20,0
Frequentemente	21	28,4	5	25,0
Às vezes	9	12,2	4	20,0
Enfermagem no Internamento	n	%	n	%
Sempre	9	12,2	2	10,0
Frequentemente	11	14,9	8	40,0
Às vezes	13	17,6	3	15,0
Outro	n	%	n	%
Sempre	1	1,4	-	-
Nunca	1	1,4	-	-

17.2 - É disponibilizada informação escrita sobre o tratamento da dor aguda pós-operatória aos doentes e/ou cuidadores?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	11	14,9	2	10,0

18 - Além da actividade assistencial, a Unidade Hospitalar desenvolve actividade formativa especificamente no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	37	50,0	3	15,0



18.1 - Se respondeu "Sim", por favor especifique:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Pré-graduada	14	18,9	2	10,0
Pós-graduada	31	41,9	3	15,0
Pré-graduada	n	%	n	%
Alunos de Medicina	8	57,1		
Alunos de Enfermagem	14	100,0		
Alunos de Psicologia	2	14,3		
Outros	-	-		
Pós-graduada	n	%	n	%
Médicos	31	100,0	2	66,7
Enfermeiros	31	100,0	2	66,7
Psicólogos	2	6,5	-	-
Outros	4	12,9	1	33,3

19 - Além da actividade assistencial, a Unidade Hospitalar desenvolve ou participa em actividades de investigação especificamente no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	16	21,6	3	15,0

19.1 - Se respondeu "Sim", por favor especifique:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Clínica	15	93,8	3	100,0
Clínica e Laboratorial	1	6,3	-	-

19.1.1 - Estas actividades de investigação são financiadas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	3	18,8	3	100,0

19.1.1.1 – Se respondeu sim, por favor indique que tipo de financiamento:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Público	1	33,3	-	-
Privado	2	66,7	-	-



19.1.2 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	7	43,8	-	-



C. Questionário sobre Analgesia de Parto

Os questionários sobre Analgesia de Parto foram enviados a 175 hospitais e centros hospitalares, dos quais 105 pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 70 ao sector privado. Obtiveram-se 123 respostas (taxa global de resposta - 70%), das quais 93 de unidades hospitalares do SNS (taxa de resposta do SNS - 89%) e 30 do sector privado (taxa de resposta do sector privado - 43%). Saliente-se que 60 das unidades hospitalares que responderam ao inquérito (42 do SNS e 18 do sector privado) entenderam que o questionário não se lhes aplicava. Assim, neste relatório estão descritos os dados de 63 hospitais, dos quais 34 (54,8%) foram recebidos por correio e os restantes 29 (46,0%) foram preenchidos através da utilização do programa MedQuest.

Identificação das Unidades Hospitalares

A lista de todas as unidades hospitalares que responderam a este questionário, independentemente de possuírem ou não actividade organizada dedicada à analgesia de parto, bem como a localidade a que pertencem, é a seguinte:

Hospital

Hospitais SNS

C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital de Santa Luzia
C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital do Conde de Bertiandos
Hospital de Braga
Hospital de Santa Maria Maior, EPE
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Fafe
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Chaves
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Peso da Régua
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Lamego
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Macedo de Cavaleiros
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Mirandela
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE- H. da Póvoa de Varzim
C.H. da Póvoa de Varzim -Vila do Conde, EPE - H. de Vila do Conde
C.H. do Médio Ave, EPE
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital de São Gonçalo, EPE
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital Padre Américo
Hospital de Nossa Senhora da Conceição
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano
Hospital de S. João, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António
C.H. do Porto, EPE - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
Hospital de Magalhães Lemos, EPE
C.H. do Porto, EPE - Maternidade de Júlio Dinis
Hospital de Joaquim Urbano
C.H. de /Espinho, EPE - Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros

Localidade

Viana do Castelo
Ponte de Lima
Braga
Barcelos
Guimarães
Fafe
Chaves
Peso da Régua
Vila Real
Lamego
Macedo de Cavaleiros
Mirandela
Bragança
Póvoa de Varzim
Vila do Conde
Santo Tirso
Amarante
Penafiel
Valongo
Matosinhos
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Vila Nova de Gaia



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Hospital Eduardo Santos Silva	Vila Nova de Gaia
C.H. de /Espinho, EPE - Hospital de Nossa Senhora da Ajuda	Espinho
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião	Santa Maria da Feira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São João da Madeira	S. João da Madeira
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de S. Miguel	Oliveira de Azeméis
Hospital Dr. Francisco Zagalo	Ovar
Hospital Visconde de Salreu	Estarreja
Hospital Distrital de Águeda	Águeda
Hospital de José Luciano de Castro	Anadia
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo	Cantanhede
Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais	Cantanhede
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade do Lorvão	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Arnes	Coimbra
C.H. Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Sobral CID	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Pediátrico de Coimbra	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Hospital Geral	Coimbra
C.H. de Coimbra, EPE- Maternidade Bissaya Barreto	Coimbra
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Coimbra
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Coimbra
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Figueira da Foz
Hospital Distrital de Pombal	Pombal
C.H. do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça	Alcobaça
C.H. do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
Hospital de Santo André, EPE	Leiria
Hospital de Cândido de Figueiredo	Tondela
Hospital de São Teotónio, EPE	Viseu
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Hospital de Sousa Martins	Guarda
C.H. da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira	Covilhã
U.L.S. da Guarda, EPE - H. de Nossa Senhora da Assunção	Seia
Hospital Amato Lusitano	Castelo Branco
Hospital Distrital de Santarém, EPE	Santarém
C.H. do Médio Tejo, EPE- Hospital de Tomar	Tomar
C.H. de Torres Vedras - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Torres Vedras
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras	Torres Vedras
Hospital de Reynaldo Dos Santos	Vila Franca de Xira
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Amadora
C.H. de Cascais - Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
C.H. de Cascais - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Cascais
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de S. José	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, EPE	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital Dona Estefânia	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital de Júlio de Matos	Lisboa
C.H. Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Miguel Bombarda	Lisboa
C.H. Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria	Lisboa
C.H. de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santo António dos Capuchos	Lisboa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Lisboa
Hospital de Curry Cabral	Lisboa
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de S. Francisco Xavier, EPE
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz, EPE
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz
Hospital Garcia de Orta, EPE
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo
Hospital do Litoral Alentejano
Hospital do Espírito Santo, EPE
C.H. do Baixo Alentejo, EPE - Hospital José Joaquim Fernandes, EPE
U.L.S. do Norte Alentejano, EPE - Hospital de Santa Luzia de Elvas
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE
Hospital de Faro, EPE
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE - Hospital Distrital de Lagos
Hospital Central do Funchal
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE
Hospital da Horta, EPE

Lisboa
Lisboa
Oeiras
Lisboa
Almada
Barreiro
Setúbal
Santiago do Cacém
Évora
Beja
Elvas
Portimão
Faro
Lagos
Funchal
Ponta Delgada
Horta

Hospitais Não SNS

Clínica Particular de Barcelos
Hospital de Fão
ClíPóvoa - Hospor, SA
Santa Casa da Misericórdia de Riba d'Ave - Hospital Narciso Ferreira
Hospital da Trofa
Hospital de Santa Maria
C.H. Conde Ferreira
Hospital Privado dos Clérigos
Cliria - Hospital Privado de Aveiro, SA
Cliria - Clínica de Oiã
Hospital Santa Cecília
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande
Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
Hospital de Sant'Ana
Hospital dos SAMS
SAÚDE MÚTUA - Associação de Socorros Mútuos de Empregados no
Comércio de Lisboa
Hospital da LUZ
Hospital de S. Louis
Hospital Militar Principal
Hospital Residencial do Mar
Hospital de Santiago
Hospital Infantil S. João de Deus
Centro de Medicina e Reabilitação do Sul
Hospital S. Gonçalo de Lagos
Madeira Medical Center, SA
Clínica da Sé
Clínica de Santa Catarina

Barcelos
Esposende
Póvoa de Varzim
V.N. Famalicão
Trofa
Porto
Porto
Porto
Aveiro
Oliveira do Bairro
Leiria
Marinha Grande
Entroncamento
Cascais
Cascais
Lisboa
Lisboa

Lisboa
Lisboa
Lisboa
Lisboa
Setúbal
Montemor-o-Novo
Faro
Faro
Ilha da Madeira
Funchal
Funchal



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Clínica de Santa Luzia
Clínica do Bom Jesus

Funchal
Ponta Delgada

Nos quadros seguintes são apresentadas as respostas das 63 unidades hospitalares acima listadas, separadamente conforme pertencem (n=51) ou não (n=12) ao Serviço Nacional de Saúde.

1 - Classificação da Unidade Hospitalar

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Hospital Universitário	5	9,8	-	-
Hospital Polivalente	24	47,1	2	16,7
Hospital Médico-Cirúrgico	10	19,6	5	41,7
Hospital Local	2	3,9	3	25,0
Hospital Especializado	6	11,8	1	8,3

2 - Indique, por favor, o número de partos realizados na Unidade Hospitalar no último ano (2008).

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0-999	5	7,8	8	66,7
1000-1999	16	31,4	1	8,3
2000-2999	13	25,5	-	-
>3000	7	13,7	-	-

Lista dos Hospitais que indicam realizar partos

SNS		Não SNS	
n	%	n	%
41	78,4	10	55,6
C.H. de Coimbra, EPE- Maternidade Bissaya Barreto		Clínica da Sé	
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião		Clínica de Santa Luzia	
C.H. de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo		Clínica do Bom Jesus	
C.H. de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras		Clínica Santa Catarina	
C.H. de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro		CliPóvoa - Hospor, SA	
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Hospital Eduardo Sá		Cliria - H. Privado de Aveiro, SA	
C.H. do Alto Ave, EPE- Hospital de Guimarães		Hospital da LUZ	
C.H. do Alto Minho, EPE - Hospital de Santa Luzia		Hospital da Trofa	
C.H. do Baixo Alentejo, EPE - Hospital José Joaquim Fernandes		Hospital de Santa Maria	
C.H. do Barlavento Algarvio, EPE		Hospital dos SAMS	
C.H. do Médio Ave, EPE			
C.H. do Médio Tejo, EPE- Hospital de Tomar			
C.H. do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança			
C.H. do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha			
C.H. do Porto, EPE - Hospital de Santo António			
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital Padre Américo			



C.H. Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria	
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira	
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	
Hospital Amato Lusitano	
Hospital Central do Funchal	
Hospital da Horta, EPE	
Hospital de Braga	
Hospital de Faro, EPE	
Hospital de Reynaldo dos Santos	
Hospital de Santo André, EPE	
Hospital de S. Francisco Xavier	
Hospital de S. João, EPE	
Hospital de São Teotónio, EPE	
Hospital De Torres Vedras	
Hospital Distrital Santarém, EPE	
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE	
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	
Hospital Dona Estefânia	
Hospital Espírito Santo Évora - EPE	
Hospital Garcia de Orta	
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	
Maternidade de Júlio Dinis	
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	
U.L.S. da Guarda, EPE - Hospital de Sousa Martins	
U.L.S. de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano	

3 - A Unidade Hospitalar dispõe de actividade organizada para a analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	39	76,5	8	66,7

4.1 - Na Unidade Hospitalar quantas horas por dia está pelo menos um anestesiológista disponível para a analgesia de trabalho de parto?

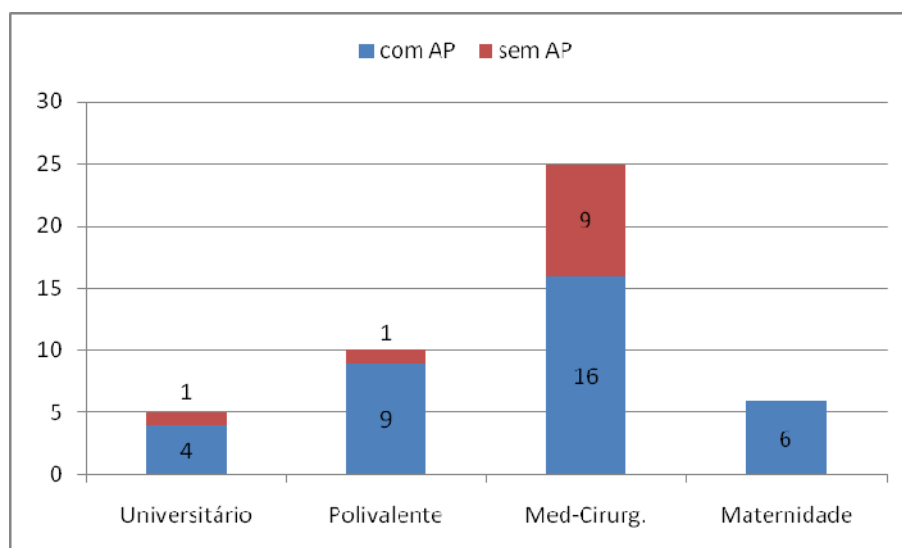
	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
24/24	35	87,5	6	60,0
12 horas diurnas	2	5,0	-	-
Só tardes	1	2,5	-	-
Outra	2	5,0	4	40,0



4.2 - Quantos dias por semana está, pelo menos, um anestesiolista disponível para a analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
7 dias	38	95,0	7	70,0
5 dias	1	2,5	-	-
< 5 dias	2	5,0	-	-

4.3 - Número de hospitais do SNS que possuem (com AP) ou não (sem AP) actividade organizada para a analgesia de trabalho de parto 24 horas/dia e 7 dias/semana, de acordo com o tipo de hospital



5 - Na Unidade Hospitalar existe um anestesiolista responsável pela analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	30	75,0	5	50,0

5.1 - Se respondeu "Sim", indique por favor quantos anos de experiência tem este profissional na área da analgesia de trabalho de parto

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0 a 9	3	7,5	-	-
10 a 19	20	50,0	2	20,0
>20	6	15,0	2	20,0



6 - Quantos anestesiológistas estão permanentemente destacados para a analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
1	28	70,0	4	40,0
2	7	17,5	-	-
5 a 6	-	-	2	20,0
>10	3	7,5	-	-

7 - Os anestesiológistas destacados para a analgesia de trabalho de parto poderão ser solicitados para outras tarefas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	31	77,5	6	60,0

7.1 - Se respondeu "Sim", por favor indique quais (indique todas as opções que se apliquem).

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Bloco operatório	15	37,5	3	30,0
Unidade de Dor Aguda	9	22,5	-	-
Anestesia fora do bloco	11	27,5	-	-
Consulta externa	5	12,5	-	-
Cirurgia electiva de obstetrícia	16	40,0	6	60,0
Outras	10	25,0	-	-

8 - Relativamente ao Bloco Operatório da Obstetrícia, responda por favor às seguintes questões.

8.1 - Na Unidade Hospitalar existe um Bloco Operatório exclusivo para Obstetrícia e separado dos Blocos das restantes especialidades?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	23	57,5	3	30,0

8.2 - O Bloco Operatório usado pela Obstetrícia está localizado na área da sala de partos?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	23	57,5	7	70,0



8.3 - Que tipo de cirurgias são feitas no Bloco Operatório da Obstetrícia?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Cirurgias urgentes	29	72,5	7	70,0
Cirurgias electivas	1	2,5	1	10,0

8.4 - Quantos anestesiolistas estão destacados permanentemente para o Bloco Operatório da Obstetrícia?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0	3	7,5	1	10,0
1	24	60,0	6	60,0
2	6	15,0	-	-

9 - Na Unidade Hospitalar existe uma consulta pré-parto com um anestesiolista?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	11	27,5	4	40,0

10 - Existe alguma articulação entre a Unidade Hospitalar e os cuidados primários na preparação e informação à grávida relativamente à analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	21	52,5	3	30,0

11 - Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela realização das actividades de ensino sobre analgesia de trabalho de parto à grávida?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Obstetras				
Sempre	2	5,0	2	20,0
Frequentemente	10	25,0	7	70,0
Às vezes	17	42,5	-	-
Nunca	2	5,0	-	-
Enfermeiros				
Sempre	11	27,5	3	30,0
Frequentemente	19	47,5	3	30,0
Às vezes	7	17,5	3	30,0
Nunca	1	2,5	-	-



Anestesiologistas	n	%	n	%
Sempre	16	40,0	2	20,0
Frequentemente	14	35,0	1	10,0
Às vezes	7	17,5	6	60,0
Nunca	1	2,5	-	-
Médicos de família	n	%	n	%
Frequentemente	3	7,5	-	-
Às vezes	10	25,0	2	20,0
Nunca	4	10,0	1	10,0
Outros profissionais	n	%	n	%
Sempre	3	7,5	-	-
Frequentemente	2	5,0	-	-
Às vezes	-	-	1	10,0
Nunca	8	20,0	1	10,0

12 - No âmbito das actividades de ensino sobre analgesia de trabalho de parto à grávida utilizam meios audiovisuais?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	15	37,5	4	40,0

13 - Disponibilizam informação escrita sobre analgesia de trabalho de parto à grávida?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	25	62,5	5	50,0

13.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Procedimentos	21	84,0	5	100,0
Disponibilidade de recursos	7	28,0	3	60,0
Técnicas analgésicas	23	92,0	5	100,0
Outros	7	28,0	-	-

14 - Existem na Unidade Hospitalar protocolos de actuação clínica de analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	37	92,5	7	70,0



13.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Jejum peri-parto	21	56,8	6	85,7
Fluidoterapia peri-parto	23	62,2	5	71,4
Monitorização	32	86,5	7	100,0
Analgesia EV	17	45,9	3	42,9
Analgesia espinhal	27	73,0	6	85,7
Walking epidural	5	13,5	2	28,6
Situações clínicas de risco	22	59,5	2	28,6
Critérios clínicos de prioridade em situações simultâneas de urgência	8	21,6	3	42,9
Outros	9	24,3	-	-

15 - Na Unidade Hospitalar são utilizadas técnicas de analgesia de trabalho de parto não farmacológicas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	9	22,5	2	20,0

15.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique quais os tipos de técnicas de analgesia não farmacológicas disponíveis. Indique todas as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
TENS	-	-	1	50,0
Relaxamento	9	100,0	1	50,0
Outras	3	33,3	-	-

16 - No contexto da prática clínica relativa à analgesia de trabalho de parto na Unidade Hospitalar, indique por favor qual a frequência aproximada de utilização das várias vias de administração de fármacos, abaixo indicadas.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Epidural				
Sempre	19	47,5	6	60,0
Frequentemente	19	47,5	4	40,0
Às vezes	1	2,5	-	-
Endovenosa				
Sempre	-	-	1	10,0
Frequentemente	12	30,0	2	20,0
Às vezes	16	40,0	5	50,0
Nunca	2	5,0	-	-



Intramuscular	n	%	n	%
Frequentemente	-	-	1	10,0
Às vezes	12	30,0	2	20,0
Nunca	16	40,0	3	30,0
Subaracnoidea	n	%	n	%
Sempre	-	-	1	10,0
Frequentemente	6	15,0	-	-
Às vezes	18	45,0	3	30,0
Nunca	7	17,5	4	40,0

17 - Na sua Unidade Hospitalar, quem solicita a analgesia para o trabalho de parto ao anestesiolista?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Médico obstetra	n	%	n	%
Sempre	16	40,0	4	40,0
Frequentemente	16	40,0	6	60,0
Às vezes	8	20,0	-	-
Enfermeiro obstetra	n	%	n	%
Sempre	3	7,5	1	10,0
Frequentemente	19	47,5	5	50,0
Às vezes	7	17,5	2	20,0
Nunca	3	7,5	1	10,0
Grávida	n	%	n	%
Sempre	9	22,5	-	-
Frequentemente	11	27,5	7	70,0
Às vezes	10	25,0	1	10,0
Nunca	5	12,5	-	-

18 - Quantas analgesias de trabalho de parto foram realizadas por via epidural no último ano (2008)? Se possível, indique o número exacto de epidurais baseando-se nos registos clínicos ou administrativos existentes. Se isto não for possível, por favor indique uma estimativa aproximada e assinale esta opção.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
0-999	16	40,0	7	70,0
1000-1999	16	40,0	1	10,0
>2000	7	17,5	-	-
Valor baseado nos registos	34	85,0	3	30,0
Estimativa	4	10,0	4	40,0



19 - Existem registos clínicos próprios para a analgesia de trabalho de parto (registos próprios adaptados às especificidades clínicas deste contexto)?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	38	95,0	7	70,0

19.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique em que formato são realizados esses registos.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Papel				
Sempre	36	90,0	36	90,0
Frequentemente	1	2,5	1	2,5
Aplicação informática	n	%	n	%
Sempre	6	15,0	1	10,0
Frequentemente	2	5,0	1	10,0
Às vezes	7	17,5	2	20,0
Nunca	15	37,5	4	40,0

20 - Na Unidade Hospitalar existe um programa de formação multidisciplinar sobre analgesia de trabalho de parto para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	18	45,0	2	20,0

20.1 - Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Mensal	2	11,1	-	-
Trimestral	1	5,6	-	-
Semestral	5	27,8	1	50,0
Outra	10	55,6	1	50,0

21 - Na Unidade Hospitalar existe um programa de avaliação de qualidade no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	6	15,0	3	30,0



21.1 - Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Trimestral	1	16,7	-	-
Semestral	2	33,3	2	66,7
Outra	3	50,0	1	33,3

21.2 - Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Auditorias internas	6	100,0	3	100,0

22 - Na sua Unidade Hospitalar, além da actividade assistencial, existem actividades formativas no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	6	15,0	3	30,0

22.1 - Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Pré-graduada	17	42,5	3	30,0
Pós-graduada	24	60,0	1	2,5
Pré-graduada	n	%	n	%
Alunos de Medicina	11	64,7	1	33,3
Alunos de Enfermagem	16	94,1	1	33,3
Outros	1	5,9	-	-
Pós-graduada	n	%	n	%
Médicos	21	87,5	1	100,0
Enfermeiros	21	87,5	1	

23 - Na sua Unidade Hospitalar, além da actividade assistencial, existem actividades de investigação no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	16	40,0	2	20,0



23.1 - Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Clínica	13	81,3	2	100,0
Outra	3	18,8	-	-

23.1.1 - Estas actividades de investigação são financiadas?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	2	12,5	-	-

23.1.1.1 - Se respondeu sim, por favor indique que tipo de financiamento:

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Público	1	50,0	-	-
Privado	1	50,0	-	-

23.1.2 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

	SNS		Não SNS	
	n	%	n	%
Sim	10	62,5	-	-



Análise comparativa da evolução no Serviço Nacional de Saúde

Em 2003, a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (CAPNLCD) enviou a todos os Hospitais públicos do Continente e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, um inquérito que visava determinar o ponto da situação no que se refere à existência e caracterização de Unidades de Dor Crónica, Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória e sobre a Analgesia em Obstetrícia. Os dados então obtidos e que constam dum relatório da CAPNLCD são aqui comparados com os dados obtidos através do presente questionário. Saliente-se que as diferenças no universo de hospitais inquiridos e, principalmente, dos hospitais que responderam aos dois questionários, limitam o rigor desta comparação. No entanto, é provável que os hospitais que não responderam aos questionários sejam aqueles que não possuem estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica, dor aguda pós-operatória ou analgesia do parto. Assim, apesar das limitações acima descritas esta comparação é útil para avaliar a evolução ocorrida neste âmbito de 2003 para 2009.

Estruturas Hospitalares Organizadas para o Tratamento da Dor Crónica

No quadro seguinte faz-se a comparação entre o número de hospitais que possuíam actividade organizada para o tratamento da dor crónica (ADC) em 2003 e em 2009, agrupados de acordo com a região a que pertencem:

Região	Total de Hospitais		Hospitais com ADC		%	
	2003	2009	2003	2009	2003	2009
ARS Norte	23	32	11	16	47%	50%
ARS Centro	28	28	18	14	64%	50%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	27	27	15	16	56%	59%
ARS Alentejo	5	6	4	2	80%	33%
ARS Algarve	3	3	3	2	100%	67%
Região Autónoma da Madeira	1	1	1	1	100%	100%
Região Autónoma dos Açores	3	3	1	1	33%	33%
Total	90	100	53	52	59%	52%

Constata-se que houve um aumento significativo do número de hospitais com actividade organizada para o tratamento da dor crónica na ARS do Norte, e uma redução na ARS Centro, na ARS do Alentejo e na ARS do Algarve. Nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores não houve qualquer alteração, enquanto na ARS de Lisboa e Vale do Tejo surgiu mais um hospital com actividade organizada para o tratamento da dor crónica.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição de acordo com a classificação das estruturas hospitalares destinadas ao tratamento hospitalar da dor crónica:

Região	Consultas de Dor		Unid. Terap. Dor		Unid. Multid. Dor	
	2003	2009	2003	2009	2003	2009
ARS Norte	6	4	0	5	5	7
ARS Centro	13	8	1	3	4	3
ARS Lisboa e Vale do Tejo	5	6	2	3	8	7
ARS Alentejo	4	1	0	1	0	0
ARS Algarve	3	0	0	2	0	0
Região Autónoma da Madeira	0	0	0	0	1	1
Região Autónoma dos Açores	0	0	0	0	1	1
Total	31	19	3	14	19	19

Observou-se um aumento muito significativo do número de Unidades Terapêuticas de Dor e uma redução acentuada do número de Consultas de Dor (em 2003 estas estruturas hospitalares eram classificadas como Unidades de Dor de Nível Básico). O número de Unidades Multidisciplinares de Dor não se alterou, e ainda não existe qualquer centro Multidisciplinar de Dor.

Quanto aos profissionais de saúde que integram as estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica, constatou-se que 9 possuem apenas um médico e 8 possuem 2, enquanto em 2003 esse número era de 11 e 8, respectivamente. O número de estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica que possuem psicólogo na sua equipa subiu de 12 em 2003 para 35 em 2009, enquanto o número de psiquiatras desceu de 18 para 11.

A actividade semanal das estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica aumentou consideravelmente, conforme se pode verificar no quadro seguinte:

Actividade semanal	2003	2009
Inferior a 10 horas	21	9
Entre 10 e 29 horas	11	18
Igual ou superior a 30 horas	19	20

Constatou-se uma redução no número de estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica que participam em actividades de formação (de 41 em 2003 para 27 em 2009), mas um aumento significativo daquelas que participam em actividades de investigação (de 17 em 2003 para 27 em 2009).

De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor, a organização e diferenciação das estruturas diferenciadas para o tratamento especializado da dor deverá ser adequada aos hospitais em que se integram, devendo ter, pelo menos, as características de:

- (i) Consultas de Dor nos Hospitais Locais (plataforma C)
- (ii) Unidades Terapêuticas de Dor nos Hospitais Médico-Cirúrgicos (plataforma B)
- (iii) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Polivalentes (plataforma A)



(iv) Centros Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Universitários

(v) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Especializados Oncológicos

No quadro seguinte faz-se uma análise comparativa do tipo de estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica que existem nos vários tipos de hospitais. Dado que não existe qualquer Centro Multidisciplinar de Dor, neste quadro os Hospitais Universitários foram englobados nos Hospitais Polivalentes, tal como no relatório da CAPNLCD relativo ao inquérito levado a cabo em 2003.

	Unid. Multidisc. Dor		Unid. Terap. Dor		Cons. Dor Crónica	
	2003	2009	2003	2009	2003	2009
H. Polivalentes	9	11	0	8	5	2
H. Med-Cirurg.	6	5	3	4	13	12
H. Locais	0	1	0	1	10	4
H. Oncológicos	3	2	0	1	0	0

Nos Hospitais Polivalentes houve uma evolução no sentido da diferenciação das estruturas hospitalares organizadas para o tratamento da dor crónica, que não se verificou nos Hospitais Médico-Cirúrgicos. Nos Hospitais Locais o facto mais relevante é a redução do número de Consultas de Dor crónica sem que se tenha verificado qualquer evolução no sentido da diferenciação, excepto em 2 casos. Quanto aos Hospitais Oncológicos, houve uma evolução negativa pois num deles a Unidade Multidisciplinar de Dor existente em 2003 for convertida num Unidade Terapêutica de Dor.

Estruturas Hospitalares Organizadas para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória

No quadro seguinte faz-se a comparação entre o número de hospitais que possuíam Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória (UDA) em 2003 e 2009, agrupados de acordo com as regiões a que pertencem.

Região	Nº Hospitais com UDA	
	2003	2009
ARS Norte	6	9
ARS Centro	5	5
ARS Lisboa e Vale do Tejo	8	10
ARS Alentejo	1	1
ARS Algarve	1	0
Região Autónoma da Madeira	1	0
Região Autónoma dos Açores	3	1
Total	25	26

Verificou-se um aumento do número de UDA's na ARS do Norte e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, e uma redução na ARS do Algarve e nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Globalmente, houve um aumento de apenas mais uma UDA, pelo que o número de UDA's nos hospitais nacionais é ainda muito reduzido. Por outro lado, em 2003 houve 48 hospitais que afirmaram possuir protocolos de



actuação analgésica no pós-operatório, enquanto em 2009 apenas 25 hospitais afirmaram possuir esses protocolos, curiosamente um número inferior ao número de hospitais que afirmaram possuir UDA.

Quanto ao registo da intensidade da dor, 29 hospitais possuíam folhas de registo em 2003 (o inquérito foi efectuado antes da publicação da norma da Direcção Geral de Saúde que equiparou a Dor a 5º Sinal Vital), enquanto em 2009 33 hospitais afirmaram que a intensidade da dor como 5º Sinal Vital era avaliada e registada sistematicamente, 27 frequentemente, 8 às vezes e 3 nunca. Igualmente, 48 hospitais afirmaram em 2009 possuir registos clínicos próprios no âmbito do tratamento e monitorização da dor aguda pós-operatória.

A analgesia controlada pelo doente (PCA) era utilizada frequentemente em 15 hospitais em 2003, número que subiu para 18 em 2009 (incluindo dois hospitais que afirmaram a utilização de PCA sempre).

Em 2003, a coordenação das UDA's estava a cargo de elementos do Serviço ou Departamento de Anestesiologia em todos os casos excepto um, em que estava a cargo de um elemento da Unidade de Dor Crónica, enquanto em 2009 todas as UDA's são coordenadas por elementos do Serviço ou Departamento de Anestesiologia. Existia um anestesiologista destacada diariamente para a UDA em 23 hospitais em 2003 e um enfermeiro em 5 hospitais. Em 2009 esses números eram de 26 anestesiologistas (dos quais 6 apenas para essa actividade), 9 cirurgiões (todos em acumulação de funções) e 17 enfermeiros (5 dos quais apenas para essa actividade).

O ensino da analgesia do pós-operatório era efectuado por rotina em 32 hospitais em 2003 e em 43 hospitais em 2009.

Estruturas Hospitalares Organizadas para a Analgesia de Parto

No quadro seguinte faz-se a comparação entre o número de hospitais que possuíam actividade organizada de analgesia do parto (AP) em 2003 e em 2009, agrupados de acordo com a região a que pertencem:

Região	Nº Hospitais c/ AP	
	2003	2009
ARS Norte	12	13
ARS Centro	8	6
ARS Lisboa e Vale do Tejo	9	13
ARS Alentejo	2	3
ARS Algarve	1	1
Região Autónoma da Madeira	1	1
Região Autónoma dos Açores	1	2
Total	34	39



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Houve um ligeiro aumento do número de hospitais que dispõem de actividade organizada de analgesia do parto. Por outro lado, enquanto em 2003 existiam 18 hospitais com AP 24 horas por dia e 16 hospitais com AP 7 dias por semana, em 2009 esses números aumentaram para 35 e 38, respectivamente.

Em 2003 a via epidural era utilizada em 82% dos hospitais, enquanto em 2009 38 dos 39 hospitais com actividade organizada de AP utilizam aquela via sempre ou frequentemente.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Anexo 1

Questionário Sobre Tratamento da Dor Crónica



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

1 Identificação da Unidade Hospitalar.

1.1 – Designação da Unidade Hospitalar

1.2 – Designação do Centro Hospitalar (se aplicável)

1.3 – Localização da Unidade Hospitalar (Distrito, Concelho e Freguesia)

1.4 – Número de camas disponíveis

_____ camas

1.5 – A Unidade Hospitalar é pública ou privada?

Pública ☐

Privada ☐

Outra ☐

Se escolheu “Outra”, por favor especifique

1.6 – Classificação da Unidade Hospitalar

Hospital Universitário ☐

Hospital Polivalente ☐

Hospital Médico-Cirúrgico ☐

Hospital Local ☐

Hospital Especializado ☐

Se escolheu “Hospital Especializado”, por favor, especifique

2 Na sua Unidade ou Centro Hospitalar existe alguma actividade organizada dedicada ao tratamento da dor crónica?

Sim ☐

Não ☐

Se respondeu “Não” passe para a questão 28

3 Qual o tipo de actividade organizada para o tratamento da dor crónica existente na Unidade ou Centro Hospitalar (segundo normas constantes no anexo ao Programa Nacional de Controlo de Dor, DGS 2008)?

Centro Multidisciplinar de Dor ☐

Unidade Multidisciplinar de Dor ☐

Unidade Te apêutica de Dor ☐

Consulta de Dor Crónica ☐

Consulta vocacionada para um sintoma ou patologia ☐

Se escolheu “consulta vocacionada para um sintoma ou patologia”, por favor especifique

NOTA: Deverá preencher um Questionário para cada Consulta/Unidade/Centro dedicado ao tratamento da dor crónica na instituição (ex: se existe mais que uma consulta específica vocacionada para sintomas ou patologias neste âmbito deverá ser preenchido um questionário por cada uma destas consultas).



4 Na Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica, qual a frequência com que ocorrem as consultas?

Diárias	☐	Três a quatro vezes / semana	☐
Duas vezes / semana	☐	Semanais	☐
Quinzenais	☐	Outra	☐

Se escolheu “Outra”, por favor, especifique a frequência

4.1 – Indique, por favor, o número de horas de funcionamento semanal da Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica.

_____ horas de funcionamento semanal

5 Na Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica, existem consultas de grupo?

Sim ☐ Não ☐

5.1 – Se respondeu “Sim”, indique por favor com que frequência.

Diárias	☐	Três a quatro vezes / semana	☐
Duas vezes / semana	☐	Semanais	☐
Quinzenais	☐	Outra	☐

Se escolheu “Outra”, por favor, especifique a frequência

5.2 – Se respondeu “Sim”, indique por favor quais os profissionais/especialidades que habitualmente integram a consulta de grupo.

6 No que respeita ao Coordenador da Consulta/Unidade/Centro:



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

6.1 – Qual a sua especialidade médica?

6.2 – Possui a Competência em Medicina da Dor?

Sim ☐

Não ☐

7 Na Consulta/Unidade/Centro existem outros médicos com a Competência em Medicina da Dor?

Sim ☐

Não ☐

7.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique quantos:

_____ Médicos com Competência em Medicina da Dor

8 Quais e quantos os profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica?



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

8.1 – Indique, por favor, o número de profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade/Centro para cada classe profissional.

Classe Profissional	Nº	Classe Profissional	Nº
Médicos	_____	Enfermeiros	_____
Psicólogos	_____	Técnicos de serviço social	_____
Fisioterapeutas	_____	Terapeutas ocupacionais	_____
Técnicos administrativos	_____	Outros	_____

Se escolheu “Outros” indique quais: _____

8.2 – Indique, por favor, na tabela abaixo, para cada um dos profissionais que integram a equipa da Consulta/Unidade/Centro (acima quantificados), se exercem funções apenas na Consulta/Unidade/Centro ou em acumulação com outras actividades e a carga horária semanal aproximada de actividade nesta Consulta/Unidade/Centro. Deverá usar uma linha para cada profissional da equipa.

Classe Profissional (nos médicos indique, médico e a seguir a especialidade)	Apenas na Unidade	Em acumulação	Carga horária semanal
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas
_____	☐	☐	_____ horas

- 9 Relativamente às instalações onde a Consulta/Unidade/Centro desenvolve actividades, indique por favor para cada um dos espaços abaixo indicados o número disponível e indique se os espaços são próprios ou partilhados. Indique a opção “Não possui” no caso da Consulta/Unidade/Centro não possuir esse tipo de espaços para desenvolvimento das suas actividades.



Espaços de actividade	Nº	Próprios	Partilhados	Não possui
Salas de consultas	_____	☐	☐	☐
Salas de hospital de dia	_____	☐	☐	☐
Salas de tratamentos	_____	☐	☐	☐
Gabinete do Coordenador	_____	☐	☐	☐
Gabinetes para colaboradores	_____	☐	☐	☐
Espaço de secretariado	_____	☐	☐	☐
Sala de espera	_____	☐	☐	☐
Outros	_____	☐	☐	☐
Se escolheu "Outros" especifique _____				

10 A Consulta/Unidade/Centro dispõe de internamento quando necessário?

Sim ☐ Não ☐

10.1 – Se respondeu sim, por favor indique a(s) opção(ões) mais apropriada(s) e o número de camas no caso de haver camas próprias.

Internamentos em camas próprias ☐ Nº _____

Internamentos nos serviços de origem ☐

Outro tipo de internamentos ☐

Se escolheu "Outro" especifique _____

11 A Consulta/Unidade/Centro tem linha telefónica aberta para utilizadores?

Sim ☐ Não ☐

11.1 – Se respondeu "Sim", por favor indique quantas horas por dia e quantos dias por semana o serviço está disponível (se não conseguir indicar o valor exacto, indique o valor médio mais aproximado):

Nº de horas por dia _____ Nº de dias por semana _____



11.2 – Quais os profissionais que participam no atendimento e resolução de problemas através da linha telefónica aberta?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Médicos	☐	☐	☐	☐
Enfermeiros	☐	☐	☐	☐
Psicólogos	☐	☐	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐	☐	☐

Se escolheu “Outros”, especifique quais _____

12 A Consulta/Unidade/Centro dispõe de programa de apoio domiciliário?

Sim ☐ Não ☐

12.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique a opção mais apropriada. Caso indique a opção “Equipa Multidisciplinar”, por favor especifique quais os profissionais que a constituem.

Visitas de equipa multidisciplinar (membros da Consulta/Unidade/Centro dedicado ao tratamento da dor crónica)	☐	Em articulação com equipa independente de Cuidados Domiciliários	☐
Médico	☐		
Enfermeiro	☐		
Outro	☐		

Se escolheu “Outro”, especifique _____

13 A Consulta/Unidade/Centro desempenha actividade em regime de Hospital de Dia?

Sim ☐ Não ☐

14 A Consulta/Unidade/Centro dispõe de protocolos de referênciação?

14.1 – Dispõe de normas de referênciação de forma a articular com outras instituições de saúde (ex: cuidados primários) a referênciação de doentes a partir destas?

Sim ☐ Não ☐

14.2 – Dispõe de normas de referênciação para outras Consultas/Unidades/Centros de dor crónica mais diferenciadas?

Sim ☐ Não ☐

14.3 – Dispõe de normas de articulação com outras especialidades clínicas?

Sim ☐ Não ☐



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

14.3.1 – Se respondeu “Sim”, especifique as especialidades com as quais tem articulação.

15 A Consulta/Unidade/Centro tem registos clínicos próprios (registos adaptados às especificidades do tratamento e seguimento de doentes com dor crónica)?

Sim ☐ Não ☐

16 A Consulta/Unidade/Centro dispõe de protocolos clínicos de actuação terapêutica?

Sim ☐ Não ☐

17 Indique por favor as modalidades terapêuticas que na Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica estão disponíveis e com que regularidade são utilizadas?



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Modalidades de Tratamento Invasivas	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Medicação EV / SC / Epidural	☐	☐	☐	☐
Bloqueios analgésicos periféricos	☐	☐	☐	☐
Toxina botulínica	☐	☐	☐	☐
Ozonoterapia	☐	☐	☐	☐
Radiofrequência	☐	☐	☐	☐
Neuroestimulação	☐	☐	☐	☐
Bombas programáveis	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐

Se escolheu "Outros" indique quais _____

Modalidades de Tratamento Não Invasivas	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
TENS	☐	☐	☐	☐
Fisioterapia	☐	☐	☐	☐
Apoio psicoterapêutico	☐	☐	☐	☐
Terapia de grupo	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐

Se escolheu "Outros" indique quais _____

18 A Consulta/Unidade/Centro tem funções assistenciais no tratamento da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

19 Indique por favor, se possível, a percentagem aproximada de doentes oncológicos atendidos durante o ano de 2008 na Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento de dor crónica.

Doentes oncológicos _____ %

20 Complete dentro do possível, por favor, os indicadores de actividade da Consulta/Unidade/Centro abaixo solicitados. Para cada um dos indicadores solicitados, se possível, indique o número exacto de consultas baseando-se nos registos clínicos ou administrativos existentes; se isto não for possível, por favor



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

indique uma estimativa aproximada para cada caso e assinale esta opção.

20.1 – Indique, por favor, o número **total de primeiras consultas** (número de novos doentes) realizadas na Consulta/Unidade/Centro durante o ano de 2008 no ambulatório e no internamento.

	Número de primeiras consultas	Valor baseado nos registos	Estimativa
Ambulatório		☐	☐
Internamento		☐	☐

20.2 – Indique, por favor, o número **total de consultas** realizadas na Consulta/Unidade/Centro em 2007 e 2008.

	Número de consultas	Valor baseado nos registos	Estimativa
2007		☐	☐
2008		☐	☐

20.3 – Relativamente às consultas durante o ano de 2008, por favor especifique, tanto quanto possível tendo em conta os dados que tem disponíveis, o **número total de consultas para cada um dos subtipos abaixo indicados**. Complete a tabela abaixo o mais detalhadamente possível, tendo em conta a informação disponível. Se para alguns subtipos de atendimentos não conseguir obter estimativas aceitáveis, ou se não se aplicam no seu contexto, deixe os espaços em branco.

	Número de consultas	Valor baseado nos registos	Estimativa
1 – Total de consultas em ambulatório		☐	☐
1.1 – Consultas de dor		☐	☐
1.1.1 – Consultas com presença do doente		☐	☐
1.1.2 – Consultas sem presença do doente – consultas telefónicas		☐	☐
1.1.3 – Consultas sem presença do doente – outras		☐	☐



20.3 – Continuação.

	Número de consultas	Valor baseado nos registos	Estimativa
1.2 – Consultas de grupo	_____	☐	☐
1.3 – Atendimento em regime de hospital de dia	_____	☐	☐
1.4 – Visitas domiciliárias	_____	☐	☐
2 – Total de consultas no internamento ou serviço de urgência	_____	☐	☐
2.1 – Consultas internas de dor crónica	_____	☐	☐
2.2 – Consultas internas de dor aguda pós-operatória	_____	☐	☐

21 A Consulta/Unidade/Centro constitui um Centro de Custos independente?

Sim ☐

Não ☐

22 Se não tem Centro de Custos independente, em que serviço está integrada a Consulta/Unidade/Centro?

Serviço de Anestesiologia ☐

Serviço de Medicina Interna ☐

Serviço de Neurocirurgia ☐

Serviço de Neurologia ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, indique qual: _____

23 Na Consulta/Unidade/Centro existe um programa de formação multidisciplinar sobre dor crónica para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço?



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Sim ☐ Não ☐

23.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____

24 A Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica dispõe de programa de avaliação de qualidade?

Sim ☐ Não ☐

24.1 – Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

Mensal ☐ Trimestral ☐
Semestral ☐ Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____

24.2 – Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

Auditorias internas ☐ Auditorias externas ☐

25 Além da actividade assistencial, a Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica desenvolve actividade formativa?

Sim ☐ Não ☐

25.1 – Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

Pré-graduada (Por favor, especifique abaixo) ☐	Pós-graduada (Por favor, especifique abaixo) ☐
Alunos de Medicina ☐	Médicos ☐
Alunos de Enfermagem ☐	Enfermeiros ☐
Alunos de Psicologia ☐	Psicólogos ☐
Outros ☐	Outros ☐
Se escolheu “Outros”, indique quais: _____	Se escolheu “Outros”, indique quais: _____

26 Na Consulta/Unidade/Centro existem protocolos com Universidades?



26.1 – Protocolos no âmbito da formação/ensino?

Sim ☐ Não ☐

26.1.1 – Protocolos no âmbito da formação pré-graduada?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

26.1.2 – Protocolos no âmbito da formação pós-graduada?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

26.2 – Protocolos no âmbito de actividades de investigação?

Sim ☐ Não ☐

26.3 – Protocolos no âmbito de actividades de promoção da qualidade?

Sim ☐ Não ☐

26.4 – Outros protocolos?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

27 Além da actividade assistencial, a Consulta/Unidade/Centro dedicada ao tratamento da dor crónica desenvolve ou participa em actividades de investigação?

Sim ☐ Não ☐



27.1 – Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

Clínica ☐ Básica/Laboratorial ☐

Outra ☐

Se respondeu “Outra”, indique qual:

27.1.1 – Estas actividades de investigação são financiadas?

Sim ☐ Não ☐

27.1.1.1 – Se respondeu sim, por favor indique que tipo de financiamento:

Público ☐ Privado ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, indique qual:

27.1.2 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

Sim ☐ Não ☐

28 Tendo em conta que a organização das Consultas/Unidades/Centros dedicados ao tratamento da dor é um processo dinâmico e em constante evolução, guiada pela necessidade de prestar serviços de saúde da mais alta qualidade, indique por favor, dentro do possível, algumas acções ou projectos que eventualmente estejam a decorrer ou estejam planeados para o futuro.

Projectos em curso:

Projectos futuros:

Intervenções terapêuticas que estejam a planear disponibilizar no futuro:



- 29 Indique, por favor, as principais dificuldades e/ou barreiras que encontra ou encontrou no seu contexto, no âmbito da criação, manutenção e/ou desenvolvimento de uma actividade organizada para o tratamento da dor crónica.

- 30 Deixe, por favor, outros comentários ou sugestões.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e preciosa colaboração

Nome (do profissional que preencheu o questionário)

Categoria profissional, especialidade e cargo na Consulta/Unidade/Centro (se aplicável)

Data ____/____/____

Contacto (e-mail ou telemóvel) _____



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Anexo 2

Questionário Sobre Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

1 Identificação da Unidade Hospitalar.

1.7 – Designação da Unidade Hospitalar

1.8 – Designação do Centro Hospitalar (se aplicável)

1.9 – Localização da Unidade Hospitalar (Distrito, Concelho e Freguesia)

1.10 – Número de camas disponíveis

_____ camas

1.11 – A Unidade Hospitalar é pública ou privada?

Pública ☐

Privada ☐

Outra ☐

Se escolheu “Outra”, por favor especifique _____

1.12 – Classificação da Unidade Hospitalar

Hospital Universitário ☐

Hospital Polivalente ☐

Hospital Médico-Cirúrgico ☐

Hospital Local ☐

Hospital Especializado ☐

Se escolheu “Hospital Especializado”, por favor, especifique

NOTA: Preencha, por favor, um questionário para cada Unidade Hospitalar

2 Na sua Unidade Hospitalar existe uma Unidade de Dor¹ com actividade assistencial organizada para o tratamento da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐

Não ☐

Se respondeu “Não” passe, por favor, para a questão 11.

2.1 – Se respondeu “Sim”, indique por favor a que serviço compete a responsabilidade dessa organização.

Anestesiologia ☐

Serviços Cirúrgicos ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, por favor, especifique

¹ Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória – Consultar as orientações / recomendações para o Controlo da Dor Aguda no Peri-Operatório, descritas no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS (2001, p.26-36).



- 3 Qual o modelo organizativo implementado para a actividade assistencial de tratamento da dor aguda pós-operatória (segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, DGS 2001)?

Modelo centrado no médico (modelo americano) ☐

Modelo centrado no enfermeiro (modelo europeu) ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, especifique.

- 4 Indique, por favor, quais e quantos profissionais integram a equipa da unidade funcional para tratamento da dor aguda pós-operatória (Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória).

Classe Profissional	Nº	Classe Profissional	Nº
Anestesiologistas	_____	Cirurgiões	_____
Enfermeiros	_____	Farmacêuticos	_____
Psicólogos	_____	Outros	_____

Se escolheu “Outros”, indique quais: _____

- 5 Quem é o médico habitualmente responsável pela prescrição da analgesia no fim da intervenção cirúrgica?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Anestesiologista	☐	☐	☐	☐
Cirurgião	☐	☐	☐	☐
Decisão multidisciplinar	☐	☐	☐	☐
Médicos da UCPA	☐	☐	☐	☐
Médico da Unidade de Dor Crónica	☐	☐	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐	☐	☐

Se escolheu “Outros”, especifique quais _____

- 6 Na Unidade Hospitalar existem protocolos de actuação clínica implementados no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

6.1 – Se respondeu sim, indique por favor a que grupos etários se destinam.

Crianças ☐ Adultos ☐

Idosos ☐ Outros ☐

Se escolheu “Outros”, por favor, especifique _____

6.2 – Na Unidade Hospitalar existem normas de actuação/procedimentos (para médicos e enfermeiros) para controlo da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

6.2.1 – Se respondeu “Sim”, indique por favor todas as normas de actuação/procedimentos existentes na sua Unidade Hospitalar.

Administração de fármacos
(diluições, dosagens, frequência de administração) ☐

Utilização de técnicas não convencionais
(PCA, analgesia espinhal) ☐

Avaliação da dor como “5º Sinal Vital” ☐

Avaliação de parâmetros vitais ☐

Avaliação dos efeitos secundários da terapêutica instituída ☐

Abordagens no tratamento das complicações
(depressão respiratória, prurido, náuseas ou vômitos, etc.) ☐

Data de suspensão do tratamento ☐

Outros ☐

Se escolheu “Outros”, indique quais _____

7 Na Unidade Hospitalar, que profissionais de saúde estão destacados em cada dia para as actividades da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória, e em que regime de trabalho realizam esta tarefa?

	Apenas para essas actividades	Acumulação com outras tarefas
Anestesiologistas	☐	☐
Cirurgiões	☐	☐
Enfermeiros	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐

Se escolheu “Outros”, especifique _____



- 8 Qual o período do pós-operatório durante o qual, habitualmente, a equipa da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória assegura a avaliação e monitorização da actuação terapêutica?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Nas primeiras 24 horas	☐	☐	☐	☐
Até às 48 horas	☐	☐	☐	☐
Até às 72 horas	☐	☐	☐	☐
Outro	☐	☐	☐	☐

Se escolheu “Outro”, especifique _____

- 9 A avaliação e monitorização da actuação terapêutica são asseguradas diariamente e de forma continuada pela equipa da Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Nas analgesias convencionais (EV, PO, IM, outras)	☐	☐	☐	☐
Nas analgesias não convencionais (PCA sistémica ou epidural, outras)	☐	☐	☐	☐

- 10 Na Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória existe um programa de formação multidisciplinar sobre dor aguda pós-operatória para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço?

Sim ☐ Não ☐

10.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Outra ☐
Se escolheu “Outra”, especifique _____

- 11 A Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória dispõe de programa de avaliação de qualidade?

Sim ☐ Não ☐

11.1 – Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

Mensal ☐ Trimestral ☐
Semestral ☐ Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____

11.2 – Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

Auditorias internas ☐ Auditorias externas ☐



12 Na sua Unidade Hospitalar, quem é habitualmente responsável pela analgesia, nas horas e dias seguintes ao pós-operatório?

12.1 – Quem é que habitualmente **prescreve** a analgesia, nas horas e dias seguintes ao pós-operatório?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Anestesiologista	☐	☐	☐	☐
Cirurgião	☐	☐	☐	☐
Decisão multidisciplinar	☐	☐	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐	☐	☐

Se indicou “Outros”, especifique quais _____

12.2 – Quem é que habitualmente **avalia e revê** a analgesia, nas horas e dias seguintes ao pós-operatório?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Anestesiologista	☐	☐	☐	☐
Cirurgião	☐	☐	☐	☐
Decisão multidisciplinar	☐	☐	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐	☐	☐

Se indicou “Outros”, especifique quais _____



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

- 13** Assinale quais as especialidades cirúrgicas existentes na sua Unidade Hospitalar e, no caso de existir uma Unidade de Dor Aguda Pós-operatório, quais as especialidades abrangidas pelo programa operacional. Indique, por favor, todas as opções que se apliquem.

Especialidades Cirúrgicas	Existentes	Abrangida pela Unidade de Dor
Cirurgia Geral	☐	☐
Cirurgia Maxilo-Facial	☐	☐
Cirurgia Plástica	☐	☐
Cirurgia Torácica	☐	☐
Cirurgia Vascular	☐	☐
Ginecologia	☐	☐
Neurocirurgia	☐	☐
Obstetrícia	☐	☐
Oftalmologia	☐	☐
Ortopedia e Traumatologia	☐	☐
Otorrinolaringologia	☐	☐
Urologia	☐	☐
Se existem outras especialidades na Unidade Hospitalar, por favor especifique		
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐
_____	☐	☐

- 14** Na sua Unidade Hospitalar, assinale quais as modalidades terapêuticas mais utilizadas no controlo da dor aguda pós-operatória.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Modalidades de Tratamento Não Convencionais	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Analgesia epidural contínua	☐	☐	☐	☐
Analgesia epidural em bólus	☐	☐	☐	☐
PCA epidural	☐	☐	☐	☐
PCA sistêmica	☐	☐	☐	☐
Analgesia subaracnoideia	☐	☐	☐	☐
Infiltração da ferida cirúrgica	☐	☐	☐	☐
Bloqueio de nervos periféricos	☐	☐	☐	☐
Outros bloqueios regionais	☐	☐	☐	☐
Se escolheu "Outros bloqueios regionais", especifique _____				

Vias de Administração de Modalidades de Tratamento Convencionais	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Endovenosa	☐	☐	☐	☐
Intramuscular	☐	☐	☐	☐
Subcutânea	☐	☐	☐	☐
Via oral	☐	☐	☐	☐
Outra	☐	☐	☐	☐
Se escolheu "Outra", especifique _____				

Modalidades de Tratamento Não Farmacológico	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
TENS	☐	☐	☐	☐
Fisioterapia	☐	☐	☐	☐
Apoio psicoterapêutico	☐	☐	☐	☐
Relaxamento	☐	☐	☐	☐
Estratégias de conforto	☐	☐	☐	☐
Reestruturação cognitiva	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐
Se escolheu "Outros", especifique _____				



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

- 15** Na sua Unidade Hospitalar a dor como “5º Sinal Vital” é avaliada e registada de forma regular e sistemática?

Sempre Frequentemente Às vezes Nunca
☐ ☐ ☐ ☐

15.1 – Se a sua resposta foi afirmativa, indique quais as escalas mais frequentemente utilizadas.

Escala visual analógica (EVA) ☐ Escala numérica (EN) ☐
Escala de faces (EF) ☐ Escala qualitativa (EQ) ☐
Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____

- 16** Na sua Unidade Hospitalar existem registos clínicos próprios no âmbito do tratamento e monitorização da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

16.1 – Se respondeu sim, indique por favor que parâmetros contemplam. Indique todas as opções que se apliquem.

Avaliação de parâmetros vitais	☐
Avaliação da dor como “5º Sinal Vital”	☐
Náuseas e/ou vômitos	☐
Grau de sedação	☐
Prurido	☐
Parestesias	☐
Diminuição da força muscular	☐
Retenção urinária	☐
Depressão respiratória	☐
Intercorrências e/ou falência do equipamento	☐
Grau de satisfação dos utentes	☐
Outros	☐

Se escolheu “Outros”, especifique _____



- 17** Na sua Unidade Hospitalar é realizado ensino ao doente e/ou cuidadores, no período pré-operatório, acerca das orientações genéricas no controlo da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

17.1 – Se respondeu “Sim”, indique em que contexto é feito este ensino.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Consulta de Anestesiologista	☐	☐	☐	☐
Consulta de Cirurgia	☐	☐	☐	☐
Consulta de Enfermagem	☐	☐	☐	☐
Visita pré-anestésica	☐	☐	☐	☐
Enfermagem no Internamento	☐	☐	☐	☐
Outro	☐	☐	☐	☐

Se indicou “Outro”, especifique qual _____

17.2 – É disponibilizada informação escrita sobre o tratamento da dor aguda pós-operatória aos doentes e/ou cuidadores?

Sim ☐ Não ☐

- 18** Além da actividade assistencial, a Unidade Hospitalar desenvolve actividade formativa especificamente no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

18.1 – Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

Pré-graduada (Por favor especifique abaixo)	☐	Pós-graduada (Por favor especifique abaixo)	☐
Alunos de Medicina	☐	Médicos	☐
Alunos de Enfermagem	☐	Enfermeiros	☐
Alunos de Psicologia	☐	Psicólogos	☐
Outros	☐	Outros	☐
Se escolheu “Outros”, indique quais:		Se escolheu “Outros”, indique quais:	

19 Além da actividade assistencial, a Unidade Hospitalar desenvolve ou participa em actividades de investigação especificamente no âmbito do tratamento da dor aguda pós-operatória?

Sim ☐ Não ☐

19.1 – Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

Clínica ☐ Básica/Laboratorial ☐

Outra ☐

Se respondeu “Outra”, indique qual: _____

19.1.1 – Estas actividades de investigação são financiadas?

Sim ☐ Não ☐

19.1.1.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique que tipo de financiamento:

Público ☐ Privado ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, indique qual: _____

19.1.2 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

Sim ☐ Não ☐

20 Indique, por favor, as principais dificuldades e/ou barreiras que encontra ou encontrou no seu contexto, no âmbito da criação, manutenção e/ou desenvolvimento de uma actividade organizada para o tratamento da dor aguda pós-operatória.

[illegible]



21 Deixe, por favor, outros comentários ou sugestões.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e preciosa colaboração

Nome (do profissional que preencheu o questionário)

Categoria profissional, especialidade e cargo na Unidade (se aplicável)

Data ____/____/____

Contacto (e-mail ou telemóvel) _____



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Anexo 3

Questionário Sobre Analgesia de Parto



1 Identificação da Unidade Hospitalar.

1.1 – Designação da Unidade Hospitalar

1.2 – Designação do Centro Hospitalar (se aplicável)

1.3 – Localização da Unidade Hospitalar (Distrito, Concelho e Freguesia)

1.4 – Número de camas disponíveis

_____ camas

1.5 – A Unidade Hospitalar é pública ou privada?

Pública ☐

Privada ☐

Outra ☐

Se escolheu “Outra”, por favor especifique _____

1.6 – Classificação da Unidade Hospitalar

Hospital Universitário ☐

Hospital Polivalente ☐

Hospital Médico-Cirúrgico ☐

Hospital Local ☐

Hospital Especializado ☐
(Maternidade)

2 Indique, por favor, o número de partos realizados na Unidade Hospitalar no último ano (2008).

Números de partos _____

3 A Unidade Hospitalar dispõe de actividade organizada para a analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐

Não ☐

4 Na Unidade Hospitalar qual a disponibilidade de anestesiológista para garantir a analgesia de trabalho de parto?

4.1 – Quantas horas por dia está pelo menos um anestesiológista disponível para a analgesia de trabalho de parto?

24/24 horas ☐

12 horas diurnas ☐

Só manhãs ☐

Só tardes ☐

Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____



4.2 – Quantos dias por semana está, pelo menos, um anestesiológista disponível para a analgesia de trabalho de parto?

7 dias ☐ 5 dias ☐ < 5 dias ☐

Se escolheu “< 5 dias”, quantos? _____ dias

5 Na Unidade Hospitalar existe um anestesiológista responsável pela analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

5.1 – Se respondeu “Sim”, indique por favor quantos anos de experiência tem este profissional na área da analgesia de trabalho de parto.

_____ anos de experiência

6 Quantos anestesiológistas estão permanentemente destacados para a analgesia de trabalho de parto?

_____ anestesiológistas

7 Os anestesiológistas destacados para a analgesia de trabalho de parto poderão ser solicitados para outras tarefas?

Sim ☐ Não ☐

7.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique quais (indique todas as opções que se apliquem).

Bloco operatório	☐	Unidade de Dor Aguda	☐
Anestesia fora do bloco	☐	Consulta externa	☐
Cirurgia electiva de obstetrícia	☐	Outras	☐

Se escolheu “Outras”, indique quais: _____

8 Relativamente ao Bloco Operatório da Obstetrícia, responda por favor às seguintes questões.

8.1 – Na Unidade Hospitalar existe um Bloco Operatório exclusivo para Obstetrícia e separado dos Blocos das restantes especialidades?

Sim ☐ Não ☐

8.2 – O Bloco Operatório usado pela Obstetrícia está localizado na área da sala de partos?

Sim ☐ Não ☐

8.3 – Que tipo de cirurgias são feitas no Bloco Operatório da Obstetrícia?

Cirurgias urgentes ☐ Cirurgias electivas ☐

8.4 – Quantos anestesiológistas estão destacados permanentemente para o Bloco Operatório da Obstetrícia?

_____ anestesiológistas



9 Na Unidade Hospitalar existe uma consulta pré-parto com um anestesiolologista?

Sim ☐ Não ☐

10 Existe alguma articulação entre a Unidade Hospitalar e os cuidados primários na preparação e informação à grávida relativamente à analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

10.1 Se respondeu “Sim”, indique por favor que tipo de articulação.

11 Quem é(são) o(s) responsável(eis) pela realização das actividades de ensino sobre analgesia de trabalho de parto à grávida?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Obstetras	☐	☐	☐	☐
Enfermeiros	☐	☐	☐	☐
Anestesiologistas	☐	☐	☐	☐
Médicos de família	☐	☐	☐	☐
Outros profissionais	☐	☐	☐	☐

Se escolheu “Outros”, especifique quais _____

12 No âmbito das actividades de ensino sobre analgesia de trabalho de parto à grávida utilizam meios audiovisuais?

Sim ☐ Não ☐

13 Disponibilizam informação escrita sobre analgesia de trabalho de parto à grávida?

Sim ☐ Não ☐

13.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique as opções que se apliquem.

Procedimentos	☐	Disponibilidade de recursos	☐
Técnicas analgésicas	☐	Outros	☐

Se escolheu “Outros”, indique quais: _____



- 14** Existem na Unidade Hospitalar protocolos de actuação clínica de analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

14.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique quais os tipos de protocolos de actuação clínica disponíveis. Indique todas as opções que se apliquem.

Jejum peri-parto	☐	Fluidoterapia peri-parto	☐
Monitorização	☐	Analgesia EV	☐
Analgesia espinal	☐	Walking epidural	☐
Situações clínicas de risco	☐	Crítérios clínicos de prioridade em situações simultâneas de urgência	☐
Outros	☐		

Se escolheu “Outros”, indique quais:

- 15** Na Unidade Hospitalar são utilizadas técnicas de analgesia de trabalho de parto não farmacológicas?

Sim ☐ Não ☐

15.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique quais os tipos de técnicas de analgesia não farmacológicas disponíveis. Indique todas as opções que se apliquem.

TENS	☐	Relaxamento	☐
Acupunctura	☐	Outras	☐

Se escolheu “Outras”, indique quais: _____

- 16** No contexto da prática clínica relativa à analgesia de trabalho de parto na Unidade Hospitalar, indique por favor qual a frequência aproximada de utilização das várias vias de administração de fármacos, abaixo indicadas.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Epidural	☐	☐	☐	☐
Endovenosa	☐	☐	☐	☐
Intramuscular	☐	☐	☐	☐
Subaracnoideia	☐	☐	☐	☐



- 17** Na sua Unidade Hospitalar, quem solicita a analgesia para o trabalho de parto ao anestesiológico?

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Médico obstetra	☐	☐	☐	☐
Enfermeiro obstetra	☐	☐	☐	☐
Grávida	☐	☐	☐	☐

- 18** Quantas analgesias de trabalho de parto foram realizadas por via epidural no último ano (2008)? Se possível, indique o número exacto de epidurais baseando-se nos registos clínicos ou administrativos existentes. Se isto não for possível, por favor indique uma estimativa aproximada e assinale esta opção.

Número de epidurais em 2008	Valor baseado nos registos	Estimativa
	☐	☐

- 19** Existem registos clínicos próprios para a analgesia de trabalho de parto (registos próprios adaptados às especificidades clínicas deste contexto)?

Sim ☐ Não ☐

19.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique em que formato são realizados esses registos.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Nunca
Papel	☐	☐	☐	☐
Aplicação informática	☐	☐	☐	☐

Se utiliza uma aplicação informática para os registos clínicos, indique por favor qual a aplicação

- 20** Na Unidade Hospitalar existe um programa de formação multidisciplinar sobre analgesia de trabalho de parto para os profissionais de saúde envolvidos na prestação deste serviço?

Sim ☐ Não ☐

20.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique com que frequência acontece.

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique



21 Na Unidade Hospitalar existe um programa de avaliação de qualidade no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

21.1 – Se respondeu “Sim”, com que periodicidade são promovidas reuniões de controlo de qualidade?

Mensal ☐ Trimestral ☐
Semestral ☐ Outra ☐

Se escolheu “Outra”, especifique _____

21.2 – Se respondeu “Sim”, que tipo de avaliação de qualidade é realizada? Indique as opções que se apliquem.

Auditorias internas ☐ Auditorias externas ☐

22 Na sua Unidade Hospitalar, além da actividade assistencial, existem actividades formativas no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐

22.1 – Se respondeu “Sim”, por favor especifique:

Pré-graduada (Por favor, especifique abaixo) ☐	Pós-graduada (Por favor, especifique abaixo) ☐
Alunos de Medicina ☐	Médicos ☐
Alunos de Enfermagem ☐	Enfermeiros ☐
Alunos de Psicologia ☐	Psicólogos ☐
Outros ☐	Outros ☐
Se escolheu “Outros”, indique quais: _____	Se escolheu “Outros”, indique quais: _____

23 Na sua Unidade Hospitalar, além da actividade assistencial, existem actividades de investigação no âmbito da analgesia de trabalho de parto?

Sim ☐ Não ☐



23.1 – Se respondeu sim, por favor especifique:

Clínica ☐ Básica/Laboratorial ☐

Outra ☐

Se respondeu “Outra”, indique qual: _____

23.1.1 – Estas actividades de investigação são financiadas?

Sim ☐ Não ☐

23.1.1.1 – Se respondeu “Sim”, por favor indique que tipo de financiamento:

Público ☐ Privado ☐

Outro ☐

Se escolheu “Outro”, indique qual: _____

23.1.2 - Destas actividades de investigação já resultou algum artigo numa revista científica?

Sim ☐ Não ☐

24 Na sua Unidade Hospitalar, considera que tem recursos humanos (enfermeiros, anestesiológicos, obstetras, neonatologistas), instalações (localização do bloco operatório, sala de recobro, articulação com cuidados intensivos, etc.) e equipamentos adequados ao movimento e nível de cuidados prestados, tendo em conta as recomendações actuais da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para Anestesia em Obstetrícia?

25 Indique, por favor, as principais dificuldades e/ou barreiras que encontra ou encontrou no seu contexto, no âmbito da criação, manutenção e/ou desenvolvimento de uma actividade organizada para a analgesia de trabalho de parto.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

26 Deixe, por favor, outros comentários ou sugestões.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e preciosa colaboração

Nome (do profissional que preencheu o questionário)

Categoria profissional, especialidade e cargo (se aplicável)

Data ____/____/____

Contacto (e-mail ou telemóvel) _____



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Anexo 4

Lista dos hospitais a que foram enviados os questionários



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Hospital

Hospitais do SNS

Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE - Hospital de Santa Luzia
Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE - Hospital do Conde de Bertiandos
Hospital de Braga
Hospital de Santa Maria Maior, EPE
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE - Hospital de Guimarães
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE - Hospital de Fafe
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de Chaves
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - H. de Peso da Régua
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Hospital de S. Pedro
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Hospital de Lamego
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Hospital de Macedo de Cavaleiros
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Hospital de Mirandela
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Hospital de Bragança
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE - Hospital da Póvoa de Varzim
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE - Hospital de Vila do Conde
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE - Unidade de Santo Tirso
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE - Unidade de Famalicão
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital de São Gonçalo, EPE
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Hospital Padre Américo
Hospital de Nossa Senhora da Conceição
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE - Hospital Pedro Hispano
Hospital de S. João, EPE
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Hospital de Magalhães Lemos, EPE
Centro Hospitalar do Porto, EPE - Hospital de Santo António
Centro Hospitalar do Porto, EPE - Maternidade de Júlio Dinis
C.H. do Porto, EPE - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
Hospital de Joaquim Urbano
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
C.H. de /Espinho, EPE - Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Hospital de Nossa Senhora da Ajuda
C.H. de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São João da Madeira
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de São Sebastião
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE - Hospital de S. Miguel
Hospital Dr. Francisco Zagalo
Hospital Distrital de Águeda
Hospital do Visconde de Salreu
Hospital Infante D. Pedro, EPE
Hospital de José Luciano de Castro
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo
Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Arnes
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade do Lorrão
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade de Sobral CID
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE - Hospital Pediátrico de Coimbra
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE - Hospital Geral
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE - Maternidade Bissaya Barreto

Localidade

Viana do Castelo
Ponte de Lima
Braga
Barcelos
Guimarães
Fafe
Chaves
Peso da Régua
Vila Real
Lamego
Macedo de Cavaleiros
Mirandela
Bragança
Póvoa de Varzim
Vila do Conde
Santo Tirso
Vila Nova de Famalicão
Amarante
Penafiel
Valongo
Matosinhos
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Vila Nova de Gaia
Vila Nova de Gaia
Espinho
S. João da Madeira
Santa Maria da Feira
Oliveira de Azeméis
Ovar
Águeda
Estarreja
Aveiro
Anadia
Cantanhede
Cantanhede
Coimbra
Coimbra
Coimbra
Coimbra
Coimbra
Coimbra



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Coimbra
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Coimbra
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade do	Lorvão
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Figueira da Foz
Hospital Distrital de Pombal	Pombal
Centro Hospitalar do Oeste Norte - Hospital de Alcobaça	Alcobaça
Centro Hospitalar do Oeste Norte - Hospital Distrital das Caldas da Rainha	Caldas da Rainha
Centro Hospitalar do Oeste Norte - H. de São Pedro Gonçalves Telmo Peniche	Peniche
Centro Hospitalar do Oeste Norte - Hospital Termal Rainha D. Leonor	Leiria
Hospital de Santo André, EPE	Leiria
Hospital de Cândido de Figueiredo	Tondela
Hospital de São Teotónio, EPE	Viseu
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Hospital de Sousa Martins	Guarda
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - H. de Nossa Senhora da Assunção	Seia
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE- Hospital Cova da Beira	Covilhã
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE- Hospital Distrital da Covilhã	Fundão
Hospital Amato Lusitano	Castelo Branco
Hospital Distrital de Santarém, EPE	Santarém
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE- Hospital de Tomar	Tomar
C.H. do Médio Tejo, EPE - Hospital Distrital de Abrantes Manuel Constâncio	Abrantes
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE - Hospital Rainha Santa Isabel	Torres Novas
Centro Hospitalar de Torres Vedras - Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior	Torres Vedras
Centro Hospitalar de Torres Vedras - Hospital de Torres Vedras	Torres Vedras
Hospital de Reynaldo Dos Santos	Vila Franca de Xira
Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE	Amadora
Centro Hospitalar de Cascais - Hospital Condes de Castro Guimarães	Cascais
Centro Hospitalar de Cascais - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Cascais
Centro Hospitalar de Cascais - Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida	Alcabideche
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de S. José	Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, EPE	Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital Dona Estefânia	Lisboa
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Hospital de Júlio de Matos	Lisboa
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Hospital Miguel Bombarda	Lisboa
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria	Lisboa
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Pulido Valente, EPE	Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - H. de Santo António dos Capuchos	Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - H. de S. Francisco Xavier, EPE	Lisboa
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz, EPE	Oeiras
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz	Lisboa
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Lisboa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Lisboa
Hospital de Curry Cabral	Lisboa
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Lisboa
Hospital Garcia de Orta, EPE	Almada
Hospital Distrital do Montijo	Montijo
Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE	Barreiro
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo	Setúbal
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital Ortopédico Santiago do Outão	Setúbal
Hospital do Litoral Alentejano	Santiago do Cacém



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE - H. Doutor José Maria Grande
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE - H. de Santa Luzia de Elvas
Hospital do Espírito Santo, EPE
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE - Hospital José Joaquim Fernandes, EPE
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE - Hospital de S. Paulo
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE - Hospital Distrital de Lagos
Hospital de Faro, EPE
Hospital Central do Funchal
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE
Hospital de Santo Espírito, EPE
Hospital da Horta, EPE

Portalegre
Elvas
Évora
Beja
Serpa
Portimão
Lagos
Faro
Funchal
Ponta delgada
Angra do Heroísmo
Horta

Hospitais que não pertencem ao SNS

Hospital da Misericórdia de Valpaços
Hospital Particular de Viana do Castelo
Hospital da Misericórdia de Vila Verde
Clínica Particular de Barcelos
CliPóvoa - Hospor, SA
Hospital da Misericórdia de Vila do Conde
Casa de Saúde de Guimarães
Santa Casa da Misericórdia de Riba d'Ave - Hospital Narciso Ferreira
Hospital da Trofa
Hospital Santa Casa da Misericórdia
Hospital de Santa Maria
Centro Hospitalar Conde Ferreira
Hospital Privado dos Clérigos
Hospital da Boavista HPP
Hospital da Prelada
Hospital do Terço - Venerável N.ª Sr.ª do Terço e Caridade
Hospital Militar Regional n.º 1
Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa
Venerável Ordem Terceira N.ª Sr.ª Carmo
DMI - Hospital da Arrábida
Hospital da Misericórdia de Sangalhos
Hospital Fundação A. Amaro Diniz
Hospital da Misericórdia da Mealhada
Cliria - Hospital Privado de Aveiro, SA
Cliria - Clínica de Oitã
Clínica de Montes Claros
INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra
Sanfil – Casa de Saúde de Santa Filomena
Hospital Fundação N.ª Senhora da Guia
CLINIGRANDE - Clínica da Marinha Grande
Centro Hospitalar de S. Francisco
Santa Casa da Misericórdia de Leiria - Hospital D. Manuel de Aguiar
Centro Hospitalar N.ª Sr.ª da Nazaré
Hospital Santa Cecília
Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Valpaços
Viana do Castelo
Vila Verde
Barcelos
Póvoa de Varzim
Vila do Conde
Guimarães
Vila Nova de Famalicão
Trofa
Marco de Canavezes
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Porto
Vila Nova de Gaia
Anadia
Oliveira do Hospital
Mealhada
Aveiro
Oliveira do Bairro
Coimbra
Coimbra
Coimbra
Ansião
Marinha Grande
Leiria
Leiria
Nazaré
Alvaiázere
Entroncamento
Cascais



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Hospital de Sant'Ana	Cascais
Hospital Prisional S. João de Deus	Oeiras
ASMECI - Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio e Indústria	Lisboa
Cruz Vermelha Portuguesa	Lisboa
Clínica de S. Lucas	Lisboa
Clínica de Todos – os - Santos	Lisboa
Clínica Europa	Lisboa
Clínica S. João de Deus	Lisboa
CLISA – Clínica de Santo António	Lisboa
HOPALIS - Hospital Particular de Lisboa	Lisboa
Hospital CUF Descobertas	Lisboa
Hospital CUF - Infante Santo	Lisboa
Hospital Militar Principal	Lisboa
Hospital de Jesus	Lisboa
Hospital de S. Louis	Lisboa
Hospital da Força Aérea	Lisboa
Hospital da Marinha	Lisboa
Hospital dos Lusíadas	Lisboa
Hospital da Luz	Lisboa
Hospital dos SAMS	Lisboa
SAÚDE MÚTUA - Assoc. de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa	Lisboa
Venerável Ordem Terceira Lisboa	Lisboa
Hospital Residencial do Mar	Loures
Hospital de Santiago	Setúbal
Hospital da Misericórdia de Évora	Évora
Hospital Infantil S. João de Deus	Montemor-o-Novo
Centro de Medicina e Reabilitação do Sul	Faro
Hospital Particular do Algarve	Portimão
Hospital S. Gonçalo de Lagos	Lagos
Madeira Medical Center, SA	Funchal
Clínica da Sé	Funchal
Clínica de Santa Catarina	Funchal
Clínica de Santa Luzia	Funchal
Clínica do Bom Jesus	Ponta Delgada



Programa Nacional de Controlo da Dor

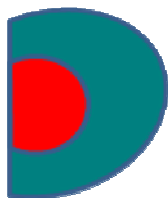


Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 2

IMPLEMENTAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL NOS HOSPITAIS PORTUGUESES



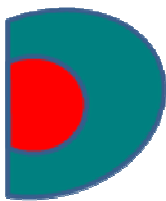
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Implementação da Dor como 5º Sinal Vital nos Hospitais Portugueses

Relatório Final

Julho 2010



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Introdução

A Direcção-Geral da Saúde instituiu a “Dor como o 5º sinal vital” em Portugal através da circular normativa nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003. Através deste documento, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: 1. O registo sistemático da intensidade da Dor; 2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”; 3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor. Assim, Portugal tornou-se no primeiro país da União Europeia a equiparar a dor a quinto sinal vital em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

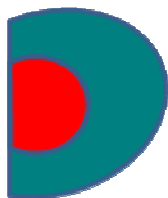
Sete anos após a publicação da norma, importa avaliar em que medida ela está a ser cumprida, em particular nas instituições hospitalares. Para o efeito, e na sequência de uma solicitação da Comissão Nacional para o Controlo da Dor, foi estabelecido um protocolo entre o Centro Nacional de Observação em Dor - OBSERV DOR, a Direcção Geral de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, com o objectivo de avaliar a aplicação da norma, através das respostas a um questionário enviado a todos os hospitais do SNS e a um grupo alargado de hospitais privados.

Metodologia

O processo para solicitar a colaboração dos hospitais alvo processou-se em duas fases. Com base numa lista de hospitais fornecida pela Direcção Geral de Saúde, na primeira fase enviou-se um ofício aos Enfermeiros Directores dos hospitais e um questionário para a recolha de dados (Anexo). Na segunda fase, cerca de duas semanas após o envio da carta, no caso de não haver contacto por parte do hospital alvo, enviou-se novamente um e-mail com o objectivo de saber se o ofício tinha sido recebido. Para facilitar a devolução do questionário disponibilizou-se uma morada para a devolução por carta, um número telefónico de fax e um endereço de correio electrónico. As respostas aos questionários recebidas foram transpostas para uma base de dados, utilizando-se o programa SPSS 18.0 para posterior análise estatística.

Resultados

Foram contactados 173 hospitais portugueses, dos quais 44 hospitais ou unidades locais de saúde e 24 centros hospitalares (que somam outros 61 hospitais) pertencem ao SNS, e 68 são hospitais privados (tabela 1). No período de 20 de Outubro de 2009 a 24 de Setembro de 2010 receberam-se respostas de 109 hospitais (taxa de resposta global - 63,0%), assinalados com



Centro Nacional de Observação em Dor

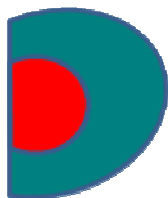
OBSERVDOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

“sim” na tabela 1, 78 dos quais pertencem ao SNS (taxa de resposta no SNS - 74,3%) e 31 são privados (taxa de resposta no sector privado - 45,6%).

Tabela 1: Lista dos hospitais a que foram enviados os questionários

Hospital, Centro / Unidade Hospitalar - SNS	Resposta
C.H. do Nordeste, EPE (U.H. de Macedo de Cavaleiros, U.H. de Mirandela)	Não
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro (H. Peso da Régua)	Sim
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro (H. São Pedro)	Sim
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro (H. de Chaves)	Sim
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro (H. de Lamego)	Sim
C.H. do Alto Minho, EPE (H. de Santa Luzia de Viana do Castelo)	Sim
C.H. do Alto Minho, EPE (H. do Conde de Bertandinos)	Não
C.H. da Póvoa de Varzim - Vila do Conde, EPE (U. da Póvoa de Varzim, U. de Vila do Conde)	Não
H. de São Marcos (Braga)	Não
H. de Santa Maria Maior, EPE (Barcelos)	Sim
C.H. do Alto Ave (H. Senhora da Oliveira)	Sim
C.H. do Alto Ave (H. de São José de Fafe)	Sim
C.H. do Médio Ave (H. de São João de Deus)	Sim
C.H. do Médio Ave (H. Conde de São Bento, Santo Tirso)	Sim
H. de Nossa Senhora da Conceição de Valongo	Não
H. de São João, EPE	Sim
C.H. do Porto, EPE (H. Santo António, EPE, H. Maria Pia, Maternidade de Júlio Dinis)	Não
H. de Joaquim Urbano	Sim
H. de Magalhães Lemos, EPE	Sim
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Sim
U.L.S. de Matosinhos, EPE	Sim
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho (H. Eduardo Santos Silva)	Sim
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho (H. Comendador Manuel Moreira de Barros)	Sim
C.H. de Vila Nova de Gaia/Espinho (H. de Nossa Senhora da Ajuda)	Sim
C.H. entre Douro Vouga - H. São Sebastião	Sim
C.H. entre Douro Vouga - H. São João da Madeira	Sim
C.H. entre Douro Vouga - H. São Miguel	Sim
H. Dr. Francisco Zagalo (Ovar)	Sim
H. do Visconde de Salreu (Estarreja)	Sim
H. Infante D. Pedro, EPE (Aveiro)	Sim
H. de José Luciano de Castro (Anadia)	Sim
H. de São Teotónio, EPE (Viseu)	Sim
H. Distrital de Águeda	Sim
H. de Sousa Martins (Guarda)	Não
H. de Cândido de Figueiredo (Tondela)	Sim
H. de Nossa Senhora da Assunção - Seia	Não
C.H. Cova da Beira (H. Distrital da Covilhã)	Sim
C.H. Cova da Beira (H. Distrital do Fundão)	Sim
H. do Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede)	Sim
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Sim
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Sim
C.H. do Tâmega e Sousa, EPE (U. H. Padre Américo, Vale do Sousa, EPE, H. de São Gonçalo, EPE)	Não
C.H. de Coimbra, EPE (H. Geral, H. Pediátrico de Coimbra, Maternidade Bissaya Barreto)	Não
C.H. Psiquiátrico de Coimbra (U. de Arnes)	Sim
C.H. Psiquiátrico de Coimbra (U. de Sobral CID)	Sim

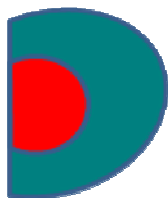


Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

C.H. Psiquiátrico de Coimbra (U. do Lorvão)	Sim
H. Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Sim
H. Distrital de Pombal	Sim
H. Amato Lusitano - Castelo Branco	Sim
C.H. do Médio Tejo, EPE (H. Distrital de Abrantes Manuel Constâncio)	Sim
C.H. do Médio Tejo, EPE (H. de Nossa Senhora da Graça)	Sim
C.H. do Médio Tejo, EPE (H. Rainha Santa Isabel)	Sim
H. de Santo André, EPE (Leiria)	Sim
H. Distrital de Santarém, EPE	Sim
H. Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (Amadora)	Sim
C.H. de Torres Vedras (H. de Torres Vedras)	Sim
C.H. de Torres Vedras (H. Dr. José Maria Antunes Júnior)	Sim
H. de Curry Cabral	Sim
C.H. do Oeste Norte (H. Distrital das Caldas da Rainha)	Sim
C.H. do Oeste Norte (H. Termal Rainha D. Leonor)	Sim
C.H. do Oeste Norte (H. de Alcobaça Bernardino Lopes Oliveira)	Sim
C.H. do Oeste Norte (H. de São Pedro Gonçalves Telmo Peniche)	Sim
C.M. Física Região Centro - Rovisco Pais	Não
C.H. Lisboa Norte (H. de Santa Maria)	Sim
C.H. Lisboa Norte (H. de Pulido Valente)	Sim
C.H. de Cascais (H. Condes de Castro Guimarães, H. Ortopédico Dr. José de Almeida)	Não
C.H. de Lisboa Central, EPE (H. de São José)	Sim
C.H. de Lisboa Central, EPE (H. de Santo António dos Capuchos)	Sim
C.H. de Lisboa Central, EPE (H. do Desterro)	Sim
C.H. de Lisboa Central, EPE (H. Dona Estefânia)	Sim
C.H. de Lisboa Central, EPE (H. de Santa Marta)	Sim
C.H. de Lisboa Ocidental, EPE (H. S. Francisco Xavier, H. de Santa Cruz, H. de Egas Moniz)	Não
C.H. Psiquiátrico de Lisboa (H. de Júlio de Matos)	Sim
C.H. Psiquiátrico de Lisboa (H. Miguel Bombarda)	Sim
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (Lisboa)	Sim
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Sim
Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Lisboa)	Não
H. Nossa Senhora do Rosário é no Barreiro	Sim
H. de Garcia de Orta, EPE	Sim
H. Distrital do Montijo	Não
C.H. Setúbal (H. de São Bernardo)	Sim
C.H. Setúbal (H. Ortopédico Santiago do Outão)	Sim
H. do Espírito Santo - Évora, EPE	Sim
U.L.S. do Norte Alentejano, EPE (H. de Santa Luzia de Elvas)	Sim
U.L.S. do Norte Alentejano, EPE (H. Doutor José Maria Grande)	Sim
H. do Litoral Alentejano (Santiago do Cacém)	Não
U.L.S. Baixo Alentejo (H. José Joaquim Fernandes)	Sim
U.L.S. Baixo Alentejo (H. de São Paulo)	Sim
C.H. do Barlavento Algarvio (H. do Barlavento Algarvio)	Sim
C.H. do Barlavento Algarvio (H. Distrital de Lagos)	Sim
H. de Faro, EPE	Sim
H. do Divino Espírito Santo (Ponta Delgada)	Sim
H. Santo Espírito (Angra do Heroísmo)	Sim
H. da Horta, EPE	Sim
H. Central do Funchal	Não



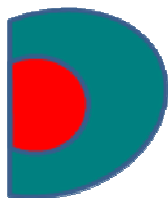
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVADOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Hospital / Centro de Medicina / Clínica - Privados

	Resposta
H. Particular de Viana do Castelo	Não
H. da Misericórdia de Valpaços	Sim
Santa Casa da Misericórdia de Riba d'Ave - H. Narciso Ferreira	Sim
HOSPOR- Clínica Médica da Póvoa de Varzim	Não
H. da Misericórdia de Vila do Conde	Sim
Clínica Particular de Barcelos	Sim
Casa de Saúde de Guimarães	Não
H. da Trofa	Sim
H. Militar Regional n.º 1	Não
C.H. Conde Ferreira	Não
H. da Prelada	Sim
H. de Jesus	Não
H. do Terço - Venerável N.ª Sr.ª do Terço e Caridade	Não
H. Privado dos Clérigos	Não
H. Santa Casa da Misericórdia - Marco de Canavezes	Não
H. St.ª Maria Porto	Não
Venerável Irmandade de Nossa Senhora da Lapa	Sim
Venerável Ordem Terceira N.ª Sr.ª Carmo	Não
DML - H. da Arrábida	Não
Cliria - H. Privado de Aveiro, SA	Não
H. da Misericórdia de Sangalhos	Não
Clínica Central da Oia	Sim
H. da Misericórdia da Mealhada	Não
H. Fundação A. Amaro Diniz (Oliveira do Hospital)	Não
INTERCIR – Centro Cirúrgico de Coimbra	Sim
Sanfil –Casa de Saúde de Santa Filomena	Não
H. da Confaria de Nossa Senhora da Nazaré	Não
Clínica de Montes Claros (Coimbra)	Sim
C.M. da Reabilitação da Região Centro	Sim
H. Fundação N.ª Senhora da Guia	Não
H. Santa Cecília (Alvaiázere)	Não
CLINIGRANDE	Não
C.H. de S. Francisco (Leiria)	Não
Santa Casa da Misericórdia de Leiria - H. D. Manuel de Aguiar	Não
H. São João Baptista (SC Misericórdia do Entroncamento)	Sim
H. de Reynaldo dos Santos	Sim
H. Militar Principal	Não
ASMECL -Associação de Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio de Lisboa	Não
British Hospital Lisbon XXI	Não
Clínica de São Lucas (Lisboa)	Não
Clínica de Todos-os-Santos (Lisboa)	Sim
Clínica do Bom Jesus (Lisboa)	Sim
Clínica Europa (Lisboa)	Sim
Clínica S. João de Deus	Sim
CLISA – Clínica de Santo António	Não
HOPALIS - H. Particular de Lisboa	Sim
H. CUF Infante Santo, Lisboa	Não



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVADOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

H. CUF Descobertas	Não
H. da Boavista HPP	Não
H. da Luz	Sim
H. de S. Louis	Sim
H. Ortopédico de Sant'Ana	Sim
H. dos Lusíadas HPP	Sim
H. Infantil S. João de Deus	Não
H. Prisional S. João de Deus	Sim
H. Residencial do Mar	Sim
H. SAMS	Sim
Venerável Ordem Terceira Lisboa	Não
Clínica da Associação	Sim
C.M. e Reabilitação do Sul	Sim
C.M. de Reabilitação Alcoitão	Sim
H. de Cascais	Sim
H. Santiago HPP Setúbal	Não
H. da Misericórdia de Évora	Não
H. de Santa Maria de Faro HPP	Não
H. da Misericórdia de Fão	Não
H. Particular do Algarve	Sim
H. Privado S. Gonçalo de Lagos HPP	Sim

O preenchimento do questionário foi realizado em 63,0% dos casos pelo(a) Enfermeiro(a) Director(a), em 8,3% pelo(a) Director(a) da Anestesiologia, em 7,4% pelo(a) Enfermeiro(a) Supervisor(a), em 6,5% pelo(a) Assessor(a) Adjunto da Direcção de Enfermagem, em 5,6% pelo Enfermeiro(a) Coordenador(a), em 4,6% pelo(a) Director(a) Clínico em 2,8% pelo(a) Enfermeiro(a) Adjunto(a) e em 1,9% pelo(a) Presidente do Conselho de Administração. O modo de envio das respostas aos questionários está expressa na figura 1.

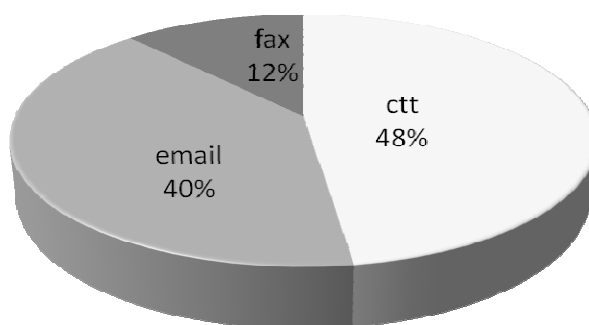
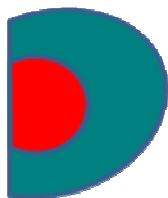


Figura 1 - Modo de envio dos questionários



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVADOR

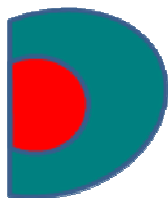
Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Realizou-se uma análise estatística das frequências das respostas dos 109 hospitais (Tabela 2), bem como uma análise comparativa entre os hospitais do SNS e os hospitais privados (Tabela 3).

Tabela 2: Análise descritiva das respostas ao questionário (n=109).

Questão

1 - No processo clínico do doente existe local próprio para registo da intensidade da dor?	n (%)
Não	11 (10,1)
Sim	98 (89,9)
1.1 - Se existe local próprio, qual ou quais as escalas utilizadas para avaliação da intensidade da dor (assinale todas as utilizadas)?	n (%)
Escalas Analógica Visual + de Faces	1 (1,0)
Escalas de Faces + Qualitativa	1 (1,0)
Escalas Analógica Visual + Numérica + Qualitativa	2 (2,0)
Escalas Numérica + de Faces + outra	2 (2,0)
Escala de Faces	4 (4,0)
Escala Qualitativa	4 (4,0)
Escalas Numérica + de Faces + Qualitativa + outra	5 (5,1)
Escalas Analógica Visual + Numérica	5 (5,1)
Escalas Numérica + de Faces	5 (5,1)
Escalas Numérica + Qualitativa	6 (6,1)
Escala Analógica Visual	8 (8,2)
Escala Numérica	10 (10,2)
Escalas Analógica Visual + Numérica + de Faces + Qualitativa	14 (14,3)
Escalas Analógica Visual + Numérica + de Faces	15 (15,3)
Escalas Numérica + de Faces + Qualitativa	16 (16,4)
2 - Os registos da intensidade de dor estão a ser realizados em que percentagem de serviços do hospital?	n (%)
<25%	9 (8,8)
25 a 50%	13 (12,7)
50 a 75%	22 (21,6)
75 a 99%	36 (35,3)
100%	22 (21,6)
3 - Em particular no Serviço de Urgência (caso exista) é sempre registada a intensidade da dor?	n (%)
Não	40 (47,1)
Sim	45 (52,9)
4 - Existe na sua instituição uma avaliação regular da qualidade dos processos clínicos que inclua o registo da avaliação da dor?	n (%)
Não	74 (69,2)
Sim	33 (30,8)



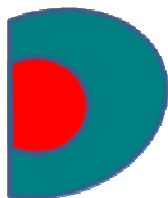
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVADOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Tabela 2 (continuação): Análise descritiva das respostas ao questionário (n=109).

5 - Existem orientações escritas para a avaliação da intensidade da dor nos serviços?	n (%)
Não	39 (36,4)
Sim	68 (63,6)
5.1 - Hospital enviou cópia das orientações?	n (%)
Não	17 (25,0)
Sim	51 (75,0)
6 - Nos últimos 3 anos, a sua instituição proporcionou aos enfermeiros formação sobre avaliação da dor?	n (%)
Não	26 (24,1)
Sim	82 (75,9)
6.1 - Se sim, que percentagem de enfermeiros foram abrangidos pela formação?	n (%)
<25%	8 (7,3)
25 a 50%	27 (24,8)
50 a 75%	12 (11,0)
75 a 99%	33 (30,3)
100%	2 (1,8)
Não aplicável	26 (24,8)
7 - Hospital enviou cópia do processo clínico?	n (%)
Não	60 (56,1)
Sim	47 (43,9)



Centro Nacional de Observação em Dor

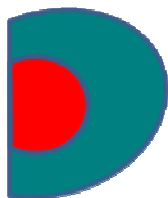
OBSERVADOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Tabela 3: Análise comparativa entre os hospitais públicos e privados.

Questão	SNS (n=78)	Privado (n=31)	Valor de p *
1 - No processo clínico do doente existe um local próprio para registo da intensidade da dor? n (%)			
Não	4 (5,1)	7 (22,6)	0,012
Sim	74 (94,9)	24 (77,4)	
2 - Os registos da intensidade de dor estão a ser realizados em que percentagem de serviços do hospital? n (%)			
<25%	6 (7,9)	3 (11,5)	0,754
25 a 50%	9 (11,8)	4 (15,4)	
50 a 75%	18 (23,7)	4 (15,4)	
75 a 99%	28 (36,8)	8 (30,8)	
100%	15 (19,7)	7 (26,9)	
3 - Em particular no Serviço de Urgência (caso exista) é sempre registada a intensidade da dor? n (%)			
Não	26 (38,2)	14 (82,4)	0,001
Sim	42 (61,8)	3 (17,6)	
4 - Existe na sua instituição uma avaliação regular da qualidade dos processos clínicos que inclua o registo da avaliação da dor? n (%)			
Não	50 (64,1)	24 (82,8)	0,049
Sim	28 (35,9)	5 (17,2)	
5 - Existem orientações escritas para a avaliação da intensidade da dor nos serviços? n (%)			
Não	24 (31,2)	15 (50,0)	0,056
Sim	53 (68,8)	15 (50,0)	
5.1 - Hospital enviou cópia das orientações. n (%)			
Não	8 (15,1)	9 (60,0)	0,001
Sim	45 (84,9)	6 (40,0)	

* Valor de p para o teste do Qui-quadrado para a independência ou teste exacto de Fisher, conforme apropriado.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVADOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Tabela 3 (continuação): Análise comparativa entre os hospitais públicos e privados.

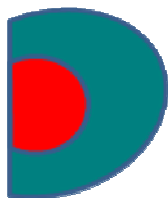
Questão	SNS (n=78)	Privado (n=31)	Valor de p *
6 - Nos últimos 3 anos, a sua instituição proporcionou aos enfermeiros formação sobre avaliação da dor? n (%)			
Não	11 (14,1)	15 (50,0)	0,001
Sim	67 (85,9)	15 (50,0)	
6.1 - Se sim, que percentagem de enfermeiros foram abrangidos pela formação?			
<25%	6 (7,7)	2 (6,7)	0,002
25 a 50%	20 (25,6)	7 (23,3)	
50 a 75%	9 (11,5)	3 (10,0)	
75 a 99%	30 (38,5)	3 (10,0)	
100%	2 (2,6)	0 (0)	
Não aplicável	11 (14,1)	15 (50,0)	
7 - Hospital enviou cópia do processo clínico? n (%)			
Não	42 (55,3)	18 (58,1)	0,482
Sim	34 (44,7)	13 (41,9)	

* Valor de p para o teste do Qui-quadrado para a independência ou teste exacto de Fisher, conforme apropriado.

Conclusões

Apesar das estratégias utilizadas para maximizar o número de respostas, a taxa de resposta a este questionário foi baixa (63%), particularmente no caso dos hospitais que não pertencem ao SNS (46%). Este facto limita a análise de resultados, pois fica por conhecer a situação relativa à implementação da circular normativa da Direcção Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital, num número significativo de hospitais. Por outro lado, pode-se especular que os hospitais que não responderam ao presente questionário serão maioritariamente aqueles em que a norma ainda não estará a ser implementada, levando a um viés nos resultados obtidos.

Apesar destas limitações mencionadas, deve salientar-se que dos 78 hospitais do SNS que responderam ao questionário apenas 4 afirmaram que no respectivo processo clínico não existia qualquer local para registo da intensidade da dor. Deve ainda salientar-se que dois daqueles quatro hospitais são hospitais psiquiátricos, o terceiro é um instituto de oftalmologia



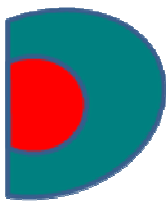
Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

e o quarto um hospital distrital. Assim, o número de hospitais que possuem no respectivo processo clínico local para registo da intensidade da dor representa 95% dos hospitais do SNS que responderam ao inquérito, mas apenas 70% do número total de hospitais pertencentes ao SNS de acordo com a listagem fornecida pela DGS. Os números relativos aos hospitais que não pertencem ao SNS são significativamente inferiores, pois apenas 77% dos hospitais que responderam ao inquérito, representando somente 35% do número total de hospitais privados a que foram enviados os inquéritos, afirmaram possuir local para registo da intensidade da dor nos respectivos processos clínicos. Deve ainda salientar-se que mais de metade dos hospitais, tanto do SNS (55%) como privados (58%), não enviaram cópia dos respectivos processos clínicos, ao contrário do que era solicitado.

A existência de um local próprio para o registo da intensidade da dor não é, só por si, condição suficiente para que aquele registo se efectue. De facto, o registo é executado em todos os serviços hospitalares de apenas cerca de 20% dos hospitais do SNS que responderam ao inquérito, e em outros 20% desses hospitais o registo é efectuado em menos de 50% dos serviços. Neste parâmetro não se observaram diferenças significativas entre os hospitais do sector público e os do sector privado. Pelo contrário, o registo da intensidade da dor no serviço de urgência, embora baixo, é muito mais frequente nos hospitais do SNS (62%) do que nos privados (18%).

A avaliação regular da qualidade dos processos clínicos que inclua o registo da avaliação da dor é feita numa minoria dos hospitais, tanto no sector público (36%) como no sector privado (17%). Em 5 dos hospitais do SNS que realizaram auditorias constatou-se que o registo da intensidade da dor era efectuado em 75 a 99,6% dos processos clínicos. Se esta avaliação de qualidade se generalizasse poderia representar uma forma de pressionar os profissionais de saúde a cumprir a circular normativa da Direcção Geral de Saúde.

Em quase 70% dos hospitais do SNS que responderam ao questionário existe orientações escritas para a avaliação da intensidade da dor, e essas orientações foram fornecidas por 85% dos hospitais. Nos hospitais privados, ambos os números são consideravelmente mais baixos (50% e 40%, respectivamente). As orientações por escrito são importantes por permitirem a padronização dos cuidados de enfermagem e por serem fonte de consulta no caso de dúvidas, pelo que seria importante que fossem implementadas em todos os hospitais.



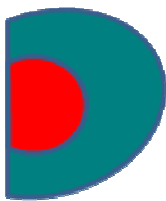
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Por fim, é de assinalar como muito positivo o facto de terem sido efectuadas acções de formação sobre avaliação da dor em mais de 85% dos hospitais do SNS e em 50% dos hospitais privados que responderam ao questionário. Embora essa formação não tenham atingido a globalidade dos enfermeiros das instituições, o que aliás seria difícil de conseguir, ela representa a consciencialização da necessidade de aumentar os conhecimentos nesta área da medicina. De facto, é necessária uma correcta formação que permita utilizar os instrumentos de avaliação da intensidade da dor de forma adequada.

Em conclusão, a circular normativa da Direcção Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14 de Junho de 2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital, já esta a ser cumprida num número significativo de serviços hospitalares, em particular no SNS, mas ainda não constitui uma prática generalizada. Por isso, é necessário desenvolver mais campanhas de consciencialização e de formação que alertem para a necessidade e as vantagens associadas à boa implementação daquela norma.



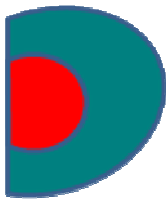
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

Bibliografia

1. Bonica JJ. Biology, pathophysiology and treatment of acute pain. In: Lipton S, Miles J. Persistent pain. Grune & Stratton: Orlando, (1985).
2. Castro-Lopes JM. Fisiopatologia da dor. Permanyer: Lisboa, Portugal (2003).
3. Coimbra A. A dor com sintoma e como doença. Progressos recentes na compreensão dos seus mecanismos determinantes. Acesso em outubro de 2006, disponível em: <http://phoenix.sce.fct.unl.pt/pub2/ColoquioCiencias/Data/COL16/16-4.pdf>
4. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. J Pain Symptom Manag 16 (1998) 29-40.
5. Chung JWY, Lui JCZ. Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. Nurs Health Sci 5 (2003) 13-21.
6. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 274 (1995) 1874-1880.
7. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. An Intervention study to enhance postoperative pain management. Anesth Analg 96 (2003) 179-185.
8. Core Curriculum for Professional Education in Pain - Acute and postoperative pain. Edited by Charlton JE. IASP Press: Seattle, (2005).



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

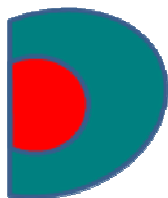
Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

9. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unonsson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. Qual Saf Health Care 11 (2002) 327-334.

10. Strassels SA, Chen C, Carr DB. Postoperative analgesia: economics, resource use, and patient satisfaction in an urban teaching hospital. Anesth Analg 94 (2002) 130-137.

11. Strohbuecker B, Mayer H, Evers GCM, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. J Pain Symptom Manag 29 (2005) 498-506.

12. Gomes RT, Silva JF, Pedras RBN, Melo JR. Dor: o quinto sinal vital. Prática Hospitalar 2006; 44:446-7.



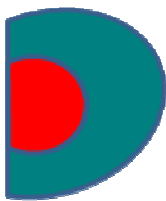
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

ANEXO

QUESTIONÁRIO DOR COMO 5º SINAL VITAL



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital

QUESTIONÁRIO DOR COMO 5º SINAL VITAL

1 - No processo clínico do doente existe um **local próprio** para registo da intensidade da dor?

Sim ☐

Não ☐

1.1- Se existe local próprio, qual ou quais as escalas utilizadas para avaliação da intensidade da dor (assinale todas as utilizadas)?

Escala Analógica Visual ☐

Escala Numérica ☐

Escala de Faces ☐

Escala Qualitativa ☐

Outras ☐ Especifique: _____

2 - Os registos da intensidade de dor estão a ser realizados em que percentagem de serviços do hospital?

<25% ☐

25 a 50% ☐

50 a 75% ☐

75 a 99% ☐

100% ☐

3 - Em particular no Serviço de Urgência (caso exista) é **sempre** registada a intensidade da dor?

Sim ☐

Não ☐

4 - Existe na sua instituição uma avaliação regular da qualidade dos processos clínicos que inclua o registo da avaliação da dor?

Sim ☐

Não ☐

4.1 - Se sim, qual o seu resultado? _____

5 - Existem orientações escritas para a avaliação da intensidade da dor nos serviços?

Sim ☐

Não ☐

5.1 - Se sim, por favor envie uma cópia das mesmas.

6 - Nos últimos 3 anos, a sua instituição proporcionou aos enfermeiros formação sobre avaliação da dor?

Sim ☐

Não ☐

6.1 - Se sim, que percentagem de enfermeiros foram abrangidos pela formação?

<25% ☐

25 a 50% ☐

50 a 75% ☐

75 a 99% ☐

100% ☐

Responsável pelo preenchimento do questionário:

Nome _____

Cargo _____

Hospital _____



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 3

**AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS HOSPITALARES DIFERENCIADAS PARA O TRATAMENTO
ESPECIALIZADO DA DOR CRÓNICA**

RELATÓRIO DE AUDITORIA

DESIGNAÇÃO GENÉRICA : Tratamento da Dor Crónica nos Hospitais

OBJECTIVOS / ÂMBITO DA AUDITORIA:

1. Avaliar as estruturas para o Tratamento da Dor Crónica nas Unidades Hospitalares

DURAÇÃO:

Setembro 2009 – Junho 2010

VARIÁVEIS A CONSIDERAR: As constantes no questionário sobre Tratamento de Dor Crónica num total de 47 questões

MATERIAL/POPULAÇÃO: Questionário respondido pelas seguintes Unidades Hospitalares: Hospitais Universidade de Coimbra, EPE; Hospital dos Covões; IPO de Coimbra; Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital São Bernardo; Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; Hospital de Santa Cruz, Hospital Egas Moniz, Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital dos Capuchos, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital Garcia d’Orta, Hospital do Barreiro, IPO de Lisboa, IPO do Porto, Hospital de S. João, Hospital de Santo António, Hospital de Vila Nova de Gaia, Hospital de Curry Cabral e Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital de Santa Maria.

METODOLOGIA DE COLHEITA DE DADOS: Verificação da conformidade das respostas constantes no questionário de cada Unidade Hospitalar através de:

- Entrevista realizada ao responsável e à equipa de tratamento da dor crónica;
- Análise documental
- Observação directa.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Análise das respostas constantes no questionário de cada Unidade Hospitalar no âmbito da entrevista, evidências documentais e observacionais.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS:

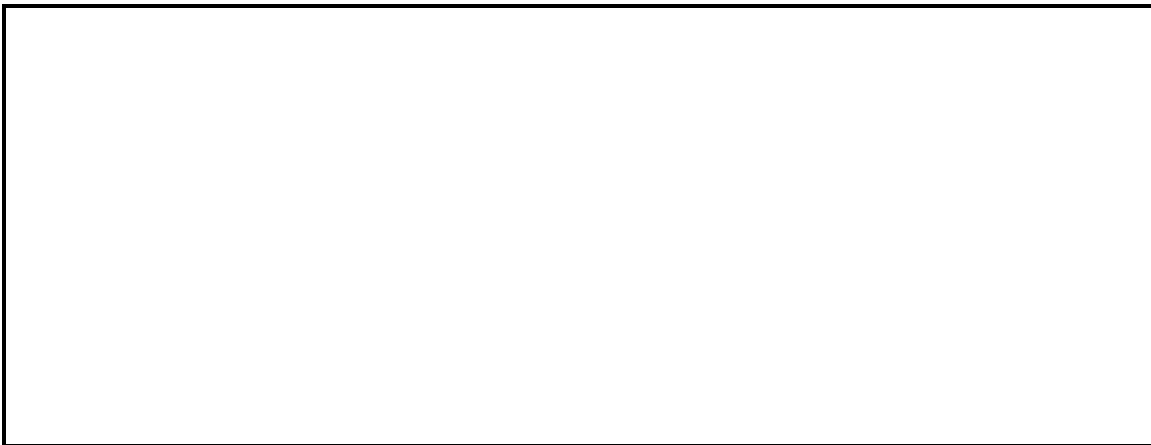
A avaliação das diversas Unidades revelou uma enorme diversidade dentro de cada uma das tipologias previstas, mas em comum há que sublinhar o entusiasmo dos diversos grupos profissionais pois só graças ao seu empenho e dedicação se tem conseguido assegurar o funcionamento da esmagadora maioria ao longo dos anos.

De sublinhar o grande número de consultas/actos praticados que revela um volume de trabalho apreciável.

Em várias das unidades integradas em hospitais, onde não estão ainda a decorrer projectos transversais na área da qualidade, percebe-se que há ainda um percurso a fazer na disseminação da cultura da melhoria contínua. No entanto há hospitais com algum trabalho efectuado na área da qualidade mas o qual ainda não abrangeu a terapia da dor.

Há que difundir mais a utilização de registos correctos, planos terapêuticos individualizados, multidisciplinaridade, orientações clínicas baseadas na evidência e no estado da arte, protocolos de colaboração escritos e efectivos e avaliações regulares dos resultados obtidos.

A investigação, quando não patrocinada pela indústria farmacêutica, tem um papel quase irrelevante no panorama nacional (das unidades visitadas) e a formação dos profissionais muitas vezes não é programada em função dos objectivos da Unidade.

**PONTOS FORTES:**

Dedicação e entusiasmo pela temática.

Preocupação com utilização de grande variedade do arsenal terapêutico.

PONTOS FRACOS:

Fraca utilização de orientações clínicas (guidelines), pouca evidência escrita e pouca multidisciplinaridade.

RECOMENDAÇÕES:

Antes de tudo recomendamos uma leitura atenta das normas de classificação das unidades, sobretudo no que ao número e variedade de especialidades diz respeito, pois surgiram várias dúvidas a esse nível. Na avaliação cingimo-nos escrupulosamente ao que está determinado, excepto numa Unidade que, pela qualidade do seu trabalho, da sua metodologia e da sua preocupação com a análise dos resultados, decidimos ignorar o facto de não ser diária e apenas 3 dias por semana, sendo no entanto efectuada uma recomendação para que brevemente alterassem essa situação o que entretanto já aconteceu.

A questão das consultas de grupo também levantou alguns equívocos: devem ser multidisciplinares, realizar-se com regularidade (a ser estipulada pela equipa), e discutir vários dos casos complexos. Na maioria das situações as consultas são “quando necessário”, o que não é uma boa prática.

A utilização de instrumentos de medida, o registo e a análise regular dos resultados devem fazer parte da prática diária, com auditorias clínicas periódicas.

Devem ser estabelecidos protocolos de colaboração como os Centros de Saúde para garantir a continuidade do acompanhamento terapêutico, mas também com Unidades de Terapêutica da Dor mais diferenciadas onde se concentre a execução de determinadas técnicas, para obtermos uma relação custo/benefício verdadeiramente efectiva.

Deve haver uma preocupação mais estruturada com a formação e ser dado um maior impulso à investigação.

AUDITORES: Dr.^a Alice Cardoso; Dr.^a Isabel Castelão; Enf. Susana Ramos (Nas 5 primeiras visitas tivemos a colaboração do Enf. Miguel Fausto)

Data: __/__/__	Os auditores:
----------------	---------------



Programa Nacional de Controlo da Dor

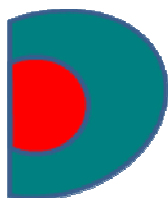


Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 4

ESTADO DA ARTE DO ENSINO DA DOR EM PORTUGAL



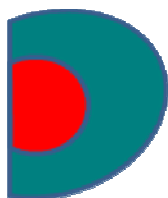
Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

Relatório Final

Maio 2010



INTRODUÇÃO

De acordo com estudos epidemiológicos levados a cabo por um grupo de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em Portugal a dor crónica afecta cerca de 30% da população adulta⁽¹⁾ e mais de 70% dos doentes cirúrgicos relatam sentir dor aguda pós-operatória⁽²⁾. Apesar das recomendações existentes, verifica-se que a falta de conhecimento e a inadequada avaliação da dor impedem o correcto controlo e prevenção da mesma. Uma adequada e completa formação em dor requer, não somente o ensino dos processos anatomo-fisiológicos, mas também a sua integração com a modulação das vias algícas, bem como a transposição para a prática clínica, permitindo uma melhor intervenção analgésica em toda a sua complexidade bio-psico-social^(3,4,5,6,7). A base dos conhecimentos necessários para o adequado tratamento dos doentes forma-se inicialmente no ensino pré-graduado, sendo este o momento para uma abordagem organizada dos conhecimentos fundamentais, incluindo a área da dor, que permitam o desenvolvimento posterior de uma boa prática clínica dos futuros profissionais da saúde. Os profissionais de saúde que diariamente tenham a seu cargo doentes com dor, ou que se dediquem especificamente à prevenção e ao tratamento da dor, deverão aprofundar e actualizar a formação pré-graduada através de cursos de pós-graduação e outras acções de educação contínua.

Apesar da crescente preocupação com o tema da dor e, consequente, do aumento do número de publicações nesta área, poucos trabalhos podem ser encontrados na literatura sobre o ensino da dor nas instituições de ensino superior. As escassas publicações que existem na área da educação em saúde são generalistas^(8,9,10) e à excepção de uma artigo sobre a situação do ensino médico sobre dor no Reino Unido em 1988⁽¹¹⁾, e uma tese de mestrado na área da enfermagem realizada no Brasil⁽¹²⁾, não foram encontrados estudos que avaliem e descrevam de forma sistemática o ensino ministrado na área da dor no contexto pré- e pós-graduado.

OBJECTIVOS

Na sequência de uma solicitação da Comissão Nacional para o Controlo da Dor, e no âmbito de um protocolo com a Direcção Geral de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, o Centro Nacional de Observação em Dor - OBSERV DOR estabeleceu como objectivo analisar o ensino da avaliação e tratamento da dor ministrado no contexto pré e pós-graduado nas instituições de ensino superior da área da saúde (Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Farmácia) em Portugal.

METODOLOGIA

Através de pesquisa na internet, foram identificadas 116 instituições do ensino superior portuguesas nas áreas da saúde acima mencionadas (tabela 1).

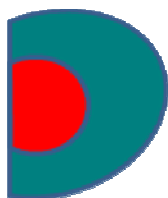
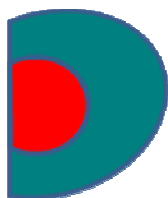


Tabela 1: Lista das instituições a que foram enviados os questionários, com a indicação sobre se enviaram ou não a resposta.

Medicina	Resposta
Universidade de Lisboa	Sim
Universidade do Minho	Sim
Universidade Nova de Lisboa	Sim
Universidade do Porto – FMUP	Sim
Universidade do Porto – ICBAS	Sim
Universidade da Beira Interior	Não
Universidade de Coimbra	Não
 Medicina Dentária	
Universidade de Lisboa	Sim
Universidade do Porto	Sim
Universidade Fernando Pessoa	Sim
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz	Sim
Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte	Sim
Universidade de Coimbra	Não
Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras	Não
 Enfermagem	
Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	Sim
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	Sim
Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica	Sim
Escola Superior de Enfermagem do Porto	Sim
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria	Sim
Universidade dos Açores - Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada	Sim
Universidade da Madeira - Escola Superior de Enfermagem da Madeira	Sim
Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	Sim
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	Sim
Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny	Sim
Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria	Sim
Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias	Sim
Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Sim
Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde de Faro	Sim
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde de Portalegre	Sim
Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde de Bragança	Sim



Centro Nacional de Observação em Dor

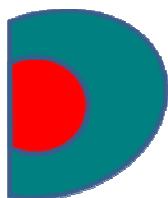
OBSERVDOR

Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches	Sim
Instituto Politécnico da Guarda - Escola Superior de Saúde da Guarda	Sim
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Algarve	Sim
Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu	Sim
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde de Setúbal	Sim
Universidade dos Açores - Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo	Sim
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	Sim
Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian	Sim
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	Sim
Universidade Católica Portuguesa - Escola Superior Politécnica de Saúde (Lisboa)	Sim
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Enfermagem	Sim
Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Nordeste	Sim
Univ. de Trás-os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de V. Real	Não
Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	Não
Escola do Serviço de Saúde Militar	Não
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	Não
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde de Beja	Não
Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro	Não
Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	Não
Universidade Fernando Pessoa (unidade de Ponte de Lima - ensino politécnico)	Não
Universidade Fernando Pessoa - Escola Superior de Saúde	Não
Universidade Católica Portuguesa - Escola Superior Politécnica de Saúde (Porto)	Não

Psicologia

Universidade de Évora	Sim
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa	Sim
Universidade do Minho	Sim
Instituto Superior De Ciências da Saúde - Norte	Sim
Universidade da Madeira	Sim
Universidade Lusíada do Porto	Sim
Universidade de Lisboa	Sim
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias	Sim
ISEIT Almada	Sim
Universidade da Beira Interior	Sim
Universidade do Algarve	Sim
Universidade do Porto	Sim
ISMAI	Sim



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

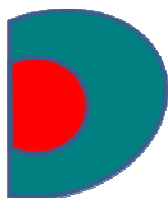
Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

Universidade Fernando Pessoa	Sim
Universidade de Aveiro	Sim
Universidade Católica Portuguesa do Porto	Não
Universidade dos Açores	Não
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Não
Instituto Superior D. Afonso III	Não
ISEIT Viseu	Não
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz	Não
Instituto Superior de Línguas e Administração de Bragança	Não
Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria	Não
Instituto Superior de Línguas e Administração de Vila Nova de Gaia	Não
Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes	Não
Instituto Superior Miguel Torga	Não
Universidade Autónoma de Lisboa	Não
Universidade Internacional da Figueira da Foz	Não
Universidade Lusíada de Lisboa	Não
Universidade Portucalense Infante D. Henrique	Não
Universidade Católica Portuguesa de Braga	Não
Universidade de Coimbra	Não
ISPA	Não

Fisioterapia

Instituto Politécnico de Castelo Branco	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	Sim
Escola Superior De Tecnologia da Saúde do Porto	Sim
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	Sim
Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	Sim
Escola Superior de Saúde de Setúbal	Sim
Universidade Atlântica	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Nordeste	Sim
Escola Superior de Saúde de Aveiro	Sim
Universidade Fernando Pessoa	Sim
Escola Superior de Saúde de Alcoitão	Sim
Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve	Sim
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	Não
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	Não
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	Não
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	Não

Farmácia



Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Algarve	Sim
Escola Superior de Saúde de Bragança	Sim
Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa	Sim
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches	Sim
Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde de Faro	Sim
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	Não
Instituto Politécnico da Guarda - Escola Superior de Saúde da Guarda	Não
Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto	Não
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	Não
Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	Não
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	Não

O processo para solicitar a colaboração das instituições-alvo consistiu em duas fases. Na primeira, foi enviada uma carta ao director da respectiva instituição, explicitando os objectivos e métodos do estudo e solicitando o preenchimento de um questionário para a recolha de dados (Anexo 1). Para facilitar a devolução do questionário, além da morada para a devolução por carta, disponibilizou-se também um número de fax e um endereço de correio electrónico. Na segunda fase, cerca de duas semanas após o envio da carta, as instituições alvo que não tivessem respondido foram contactadas telefonicamente com o objectivo de saber o andamento do pedido. Às instituições que acederam a responder ao inquérito foi disponibilizada informação adicional quando surgiram dúvidas, e se estas instituições não devolvessem o inquérito preenchido estabeleciam-se novos contactos telefónicos, até um máximo de cinco contactos efectivos distribuídos num período de três meses, com o objectivo de obter o maior número possível de respostas. Por fim, realizou-se um esforço adicional através de um novo envio dos questionários por carta, seguido dos respectivos telefonemas, para aquelas instituições que ainda não tinham respondido ao questionário.

Protocolo para análise dos dados

Os dados dos questionários recebidos foram transpostos para uma base de dados, utilizando-se o programa SPSS 18.0 para análise estatística. No presente relatório são aplicados métodos de estatística descritiva, medidas de sumário e representação gráfica, com o objectivo de resumir os resultados.

RESULTADOS

Foram contactadas 116 instituições de ensino superior divididas em seis áreas da saúde de interesse, designadamente Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Farmácia. O número de instituições contactadas e daquelas que enviaram o questionário, no período de Julho de 2009 a Julho de 2010, estão descritos na tabela 2.

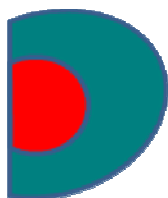


Tabela 2: Número de instituições contactadas nas várias áreas da saúde, questionários recebidos e taxas de resposta.

Instituição	Instituições contactadas	Questionários recebidos	Taxa de resposta
Medicina	7	5	71,4%
Medicina Dentária	7	5	71,4%
Fisioterapia	16	12	75,0%
Psicologia	33	15	45,5%
Enfermagem	42	32	76,2%
Farmácia	11	5	45,5%
TOTAL	116	74	63,8%

Os dados apresentados em seguida resultaram da análise das respostas aos questionários enviadas pelas instituições (tabela 1), conforme o protocolo descrito. Analisaram-se ainda os conteúdos programáticos das disciplinas referidas nas respostas aos questionários. Refira-se a este propósito que não foram fornecidos os conteúdos programáticos de 29% das disciplinas da pré-graduação referidas nas respostas aos questionários e 32% das disciplinas de pós-graduação (figura 1).

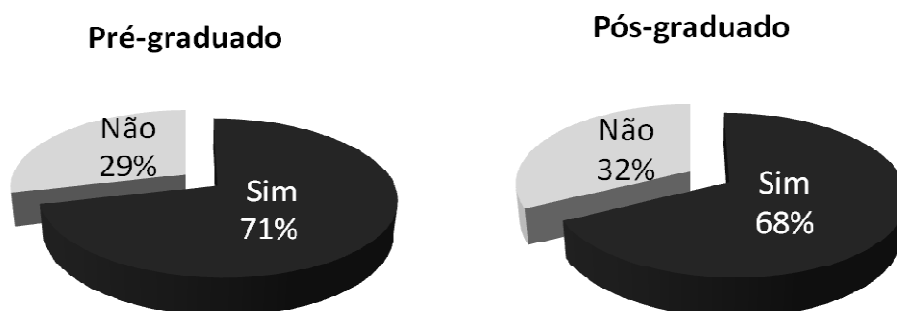


Figura 1. Percentagem de instituições que abordam a temática dor na pré e pós graduação e anexaram os respectivos conteúdos programáticos.

Os questionários foram respondidos pelo director da instituição em 48,6% dos casos, e por professores das instituições nos restantes. Em termos de distribuição regional, receberam-se 22 respostas do Minho e Douro Litoral, 3 de Trás-os-Montes e Alto Douro, 10 da Beira Litoral, 3 da Beira Interior, 23 da região de Lisboa e Vale do Tejo, 2 do Alentejo, 6 do Algarve, 2 da Região Autónoma dos Açores e 3 da Região Autónoma da Madeira (figura 2).

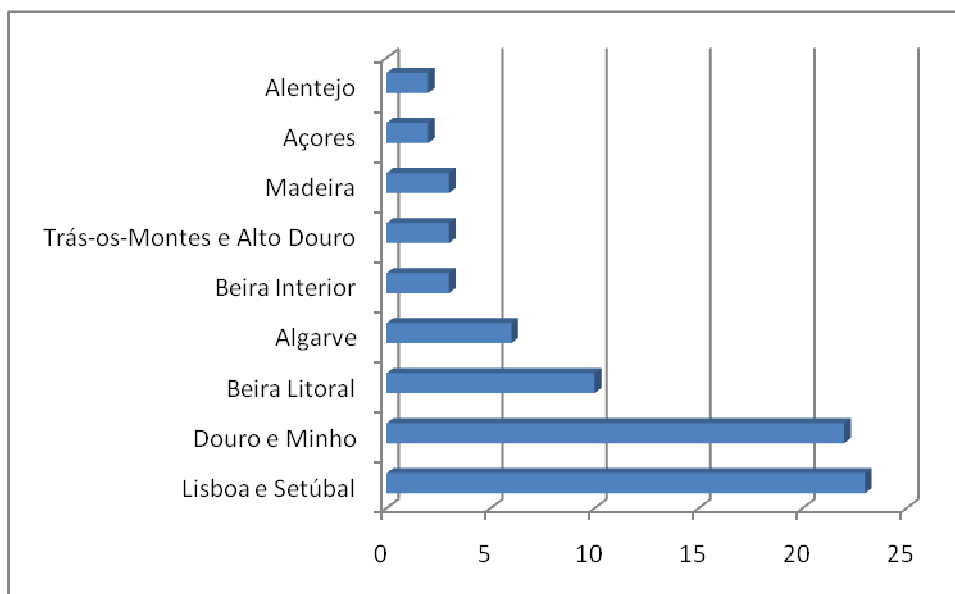
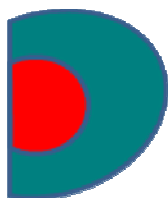


Figura 2. Distribuição regional das instituições que responderam aos questionários.

No total das 74 instituições, analisaram-se 223 disciplinas no ensino pré-graduado (8 específicas e 215 em que a temática dor está incluída no programa da disciplina), bem como 44 cursos de pós-graduação na área da dor ou que abordem esta temática nos conteúdos programáticos. Para facilitar a análise dos dados e descrição dos resultados, agruparam-se as disciplinas com programas curriculares semelhantes (Ex. Farmacologia + Terapêutica Farmacológica = Farmacologia).

Na tabela 3 apresentam-se os resultados da análise de todas as respostas aos questionários recebidas das seis áreas da saúde incluídas neste estudo. O número de instituições que possuem disciplinas relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento da dor estão descritas na tabela 4 e estas disciplinas agrupadas por temas são descritas na tabela 5. A estatística descritiva relativa a cada uma das áreas da saúde individualmente é apresentada nas tabelas 6 (Medicina), 7 (Medicina Dentária), 8 (Enfermagem), 9 (Psicologia), 10 (Fisioterapia) e 11 (Farmácia), estando igualmente descritas as análises dos conteúdos programáticos correspondentes. Os campos que não foram preenchidos ou que não se aplicavam foram considerados como dados omissos e não estão incluídos nos resultados.

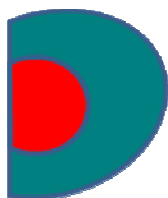


Tabela 3: Análise descritiva das respostas ao questionário de todas as instituições (n=74).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	68 (91,9)
Sim	6 (8,1)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
2 ^o	3 (37,5)
4 ^o	2 (25,0)
5 ^o	1 (12,5)
6 ^o	2 (25,0)
(Nota: existem duas escolas que possuem duas disciplinas específicas)	
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	27 (15/33)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	23 (23/36)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	2 (2/3)
Regime? n (%)	
Obrigatório	4 (50,0)
Opcional	4 (50,0)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	4 (5,5)
Sim	70 (94,5)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
1 ^o	51 (23,7)
2 ^o	61 (28,4)
3 ^o	56 (26,0)
4 ^o	32 (14,9)
5 ^o	10 (4,7)
6 ^o	5 (2,3)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	18 (1/200)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	24 (1/680)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	5 (0,4/42)
Regime? n (%)	
Obrigatório	198 (92,1)
Opcional	17 (7,9)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	48 (64,9)
Sim	26 (35,1)

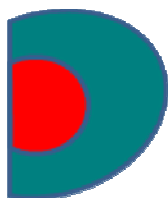


Tabela 4: Número de instituições que possuem uma ou mais disciplinas relacionadas com o estudo da dor.

Instituição	1 disciplina	2 disciplinas	3 disciplinas	4 ou mais disciplinas
Medicina	0	3	1	3
Med. Dentária	2	0	2	1
Fisioterapia	4	4	1	5
Psicologia	10	3	0	0
Enfermagem	7	10	7	10
Farmácia	1	1	1	0
TOTAL	24	21	12	19

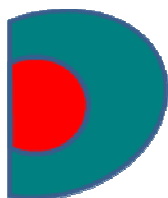


Tabela 5: Distribuição de frequências das disciplinas relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento da dor.

Disciplinas relacionadas com a dor.	n (%)
Fundamentos de enfermagem	34 (15,8)
Farmacologia	24 (11,2)
Fisiologia	22 (10,2)
Psicologia e saúde mental	18 (8,4)
Cuidados paliativos	17 (7,9)
Saúde infantil e adolescente	17 (7,9)
Cirurgia	11 (5,1)
Intervenção em fisioterapia	11 (5,1)
Saúde do adulto	10 (4,7)
Clínica Médica	9 (4,2)
Terapias	7 (3,3)
Fisioterapia Músculo-esquelética	6 (2,8)
Saúde materna e obstetrícia	5 (2,3)
Saúde do idoso	4 (1,9)
Anestesiologia	3 (1,4)
Electroterapia	3 (1,4)
Especialidades médicas	3 (1,4)
Oclusão, ATM e dor orofacial	3 (1,4)
Patologia	3 (1,4)
Estomatologia	1 (0,5)
Ética	1 (0,5)
Medicina oral	1 (0,5)
Neuroanatomia	1 (0,5)
Reabilitação oral	1 (0,5)
TOTAL	215 (100)

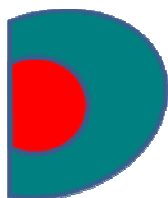
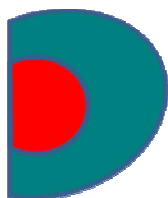


Tabela 6: Análise descritiva das respostas de Medicina ao questionário (n=5).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	4 (80,0)
Sim	1 (20,0)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
6º	1 (100)
Carga horária teórica?	15
Carga horária prática?	Não aplicável
ECTS?	1,5
Regime? n (%)	
Obrigatório	0 (0)
Opcional	1 (100)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	0 (0)
Sim	5 (100)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
2º	5 (15,6)
3º	8 (25,0)
4º	7 (21,9)
5º	7 (21,9)
6º	5 (15,6)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	12,5 (2/48)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	24 (2/36)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	7 (1/42)
Regime? n (%)	
Obrigatório	26 (81,2)
Opcional	6 (18,8)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	0 (0)
Sim	5 (100)



Disciplina específica e opcional em Medicina

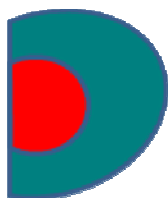
- **Noções Básicas de Medicina da Dor:** metodologias de investigação em dor; anatomo-fisiologia do sistema nociceptivo; farmacologia e terapêutica da dor; semiologia básica da dor; dor musculoesquelética; dor neuropática, dor visceral; dor aguda pós-operatória; psicologia da dor; técnicas invasivas de terapêutica da dor.

Disciplinas relacionadas com a dor em Medicina

- **Farmacologia:** terapêutica analgésica, antiinflamatória e da dor. AINES, analgésicos (fracos, moderados e opiáceos), anticonvulsivantes, antidepressivos.
- **Anestesiologia:** medicina e terapêutica da dor; analgesia pós-operatória; analgesia de parto; dor crónica.
- **Cirurgia:** dor abdominal/ventre agudo, dor no quadrante inferior do abdómen, inflamações agudas e neoplasias.
- **Psicologia e saúde mental:** aspectos psicossociais da dor.
- **Clínica médica:** manifestações cardinais, sinais e sintomas das doenças.
- **Oncologia e cuidados paliativos:** terapêutica da dor.

Pós-graduações em Medicina

- **Curso de Pós-Graduação em Medicina da Dor:** componente teórico (13,5 ECTS): bases anatómicas e farmacológicas do sistema nociceptivo; semiologia e taxonomia da dor; síndromes dolorosas; dor aguda pós-operatória; terapêutica farmacológica da dor; terapêutica não-farmacológica da dor; aspectos psicológicos e psiquiátricos associados à dor; abordagem multidisciplinar, científica e ética da dor. Componente prático (16,5 ECTS) constituído por um estágio em Unidades de Dor em estabelecimentos hospitalares.
- **Mestrado em Ciências da Dor:** capacitar na utilização de técnicas de avaliação e de intervenção terapêutica que possibilitem a abordagem clínica da dor; aprofundar conhecimentos na área de terapêutica da dor; preparar metodologicamente para a investigação na área do conhecimento da dor; estimular a capacidade de reflexão crítica e ética e de problematização das temáticas humanas e técnicas que o exercício clínico na área da dor levanta; conferir aos profissionais envolvidos na terapêutica da dor, ferramentas utilizáveis clínica, laboratorial e organizativamente.
- **Pós-Graduação em Acupuntura Médica:** prática médica em unidades de tratamento de dor que inclui 25 horas de presença física e 30 horas de estudo autónomo tutorado.
- **Curso internacional "PAIN Management - State of the Art":** princípios fisiológicos e farmacológicos; procedimentos de intervenção e terapêutica não farmacológica; terapêutica da dor aguda / pós-operatória; terapêutica da dor de origem oncológica; terapêutica opióide da dor de origem não-oncológica; terapêutica de síndromes específicas.
- **Especialização em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial:** 24 horas de cada uma das seguintes disciplinas: neurofisiologia, dor orofacial, fibromialgia e síndromes miofasciais, avaliação e tratamento das dores orofaciais.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERV DOR

Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

- **Mestrado em Ciências de Enfermagem:** 4 horas dedicadas a dor no bloco Cuidados de Enfermagem.
- **Mestrado em Medicina Chinesa:** 6 horas dedicadas a dor no bloco Acupuntura.
- **Mestrado em Oncologia:** 10 horas (2 teóricas e 8 práticas) nos blocos Oncologia e Qualidade de Vida.

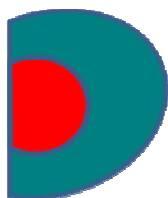
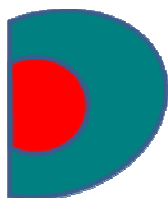


Tabela 7: Análise descritiva das respostas de Medicina Dentária ao questionário (n=5).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	3 (60,0)
Sim	2 (40,0)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
5 ^o	1 (33,3)
4 ^o	2 (66,7)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	15 (15/18)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	23 (23/36)
ECTS?	
	3 (2/3)
Regime? n (%)	
Obrigatório	2 (66,7)
Opcional	1 (33,3)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	0 (0)
Sim	5 (100)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
3 ^o	3 (25,0)
4 ^o	7 (58,3)
5 ^o	2 (16,7)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	30 (15/90)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	49,5 (23/135)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	
	4 (1,5/10)
Regime? n (%)	
Obrigatório	12 (100)
Opcional	0 (0)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	4 (80,0)
Sim	1 (20,0)



Disciplinas específicas obrigatórias em Medicina Dentária

- **Oclusão, ATM e dor orofacial:** natureza e evolução da dor, gestão da dor orofacial e ATM, classificação, apresentação e abordagem terapêutica das dores orofaciais.
- **Anestesia, dor e suporte básico de vida:** diferentes tipos de dor e técnicas anestésicas. Fármacos e atitudes em situações de urgência e emergência.

Disciplina específica opcional de uma das Faculdades de Medicina Dentária

- **Dor crónica:** disciplina nova com programa ainda não disponível.

Disciplinas relacionadas com a dor na Medicina Dentária

- **Anestesiologia:** dor aguda e crónica.
- **Cirurgia:** urgência e dor dental.
- **Psicologia e saúde mental:** percepção da dor.
- **Clínica médica:** neurologia.
- **Farmacologia:** homeostasia da dor, AINES, analgésicos (fracos, moderados e opiáceos), anticonvulsivantes, anestésicos.
- **Oclusão, ATM e dor orofacial:** diagnóstico e terapêutica da dor orofacial.
- **Clínica de reabilitação oral:** tratamento das disfunções da ATM através de abordagem terapêutica, tratamento ortodôntico, oclusal e protésico.

Pós-graduação na Medicina Dentária

- **Mestrado em oclusão, ATM e dor orofacial:** diagnóstico e terapêutica da dor orofacial com 125 ECTS.

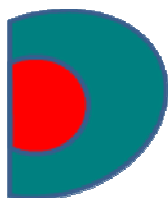
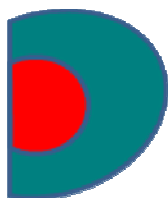


Tabela 8: Análise descritiva das respostas de Enfermagem ao questionário (n=32).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	30 (93,7)
Sim	2 (6,3)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
2º	2 (66,7)
3º	1 (33,3)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	27 (27/30)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	Não aplicável
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	
	2 (2/2)
Regime? n (%)	
Obrigatório	1 (33,3)
Opcional	2 (66,7)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	0 (0)
Sim	32 (100)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
1º	35 (32,7)
2º	32 (29,9)
3º	30 (28,0)
4º	10 (9,4)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	20 (2/200)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	20 (1/680)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	
	5 (0,4/30)
Regime? n (%)	
Obrigatório	101 (94,4)
Opcional	6 (5,6)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	18 (56,2)
Sim	14 (43,8)



Disciplina específica obrigatória de uma das Escolas de Enfermagem

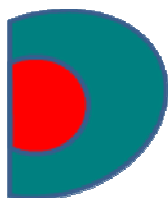
- **Dor, abordagens e perspectivas:** dor: conceitos, classificação, fisiopatologia, avaliação, sociologia e cultura; mitos, manifestações e implicações; terapêutica e intervenções em enfermagem.

Disciplinas específicas opcionais na Enfermagem

- **Teorias e técnicas de intervenção no doente com dor:** reconhecer a dor como resposta humana multidimensional frequente ao longo do ciclo vital; descrever os processos da neuropsicologia da dor; identificar os factores que interferem na experiência dolorosa; descrever os instrumentos de avaliação mais correntes e analisar a sua adequação a diversas idades e contextos; descrever as intervenções farmacológicas, físicas e psicológicas disponíveis para gerir a dor: características e efeitos dos medicamentos mais utilizados e técnicas de enfermagem; discutir as questões éticas e legais relacionadas com a gestão da dor; identificar os factores que contribuem para uma gestão eficaz da dor; competências específicas: realizar a história de dor, avaliar a dor com recurso a escalas, colaborar na gestão da analgesia, realizar o ensino ao doente e família sobre o auto-controlo da dor.
- **Avaliação da dor:** introdução à problemática da dor em Portugal; revisão de conhecimentos sobre dor: definição; tipos; fisiopatologia; teoria porta; repercussões da dor; mitos e crenças; indicadores de dor e suas manifestações ao longo do ciclo vital; factores que interferem com a percepção e resposta à dor; a história da dor; avaliação da intensidade dor; princípios orientadores na elaboração de protocolos de avaliação da dor.

Disciplinas relacionadas com a dor na Enfermagem

- **Fundamentos de enfermagem:** definição de dor, tipos e características, medidas de combate/compensação (químicas e físicas); dor como 5º sinal vital (registo sistemático); anestesia e gestão da dor na experiência cirúrgica; a dor no mundo (epidemiologia, planos e directrizes); a dor no país (epidemiologia, planos nacionais e estruturas). Avaliação da dor e tratamento farmacológico e não farmacológico.
- **Saúde (infantil, adolescente, adulto, idoso, materna e obstetrícia):** dor na criança submetida a cirurgia; analgesia no trabalho de parto. A pessoa com dor (dor isquémica, vascular, músculo-esquelética, artrítica, por ferida, oncológica, fantasma e cólica). Dor crónica oncológica e não oncológica; dor neuropática; princípios no tratamento da dor (escada analgésica).
- **Cuidados continuados / paliativos:** o impacto da dor nas actividades de vida da pessoa; avaliar e cuidar da pessoa com dor; directrizes nacionais e internacionais relacionadas com o controlo farmacológico e não farmacológico da dor; idoso: dor, sofrimento e morte; dor no doente em fim de vida.
- **Farmacologia:** AINES; analgésicos (fracos, moderados e opiáceos); anticonvulsivantes, miorrelaxantes, psicomodificadores e anestésicos.
- **Fisiologia:** fisiologia da dor.
- **Cirurgia e clínica médica:** avaliação e controlo da dor no pós-operatório.



- **Ética:** acompanhamento de doentes terminais e cuidados paliativos, a relação terapêutica.
- **Psicologia e saúde mental:** influência da aprendizagem e do meio sobre a dor; componentes da dor (percepção e reacção); experiência da dor; dor psicológica.

Pós-graduações na Enfermagem

- **Pós-licenciatura de Enfermagem médico-cirúrgica:** o problema da dor e sua gestão pelos profissionais de saúde; dor (incidência, complexidade, tipos, fisiologia, sensibilidade, reflexa e radicular); “gate control”; considerações clínicas; valorização; avaliação e tratamento. 317 horas.
- **Pós-licenciatura em Enfermagem em saúde infantil:** dor na criança e adolescente; fisiopatologia da dor; natureza multidimensional da dor na criança; aspectos psicológicos da percepção da dor; respostas a dor; avaliação e registo da dor (5º sinal vital na criança); intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor; medicamentos usados na gravidez; dor no trabalho de parto. 18 ECTS (155 horas).
- **Pós-Graduação em Cuidados paliativos / Curso de Formação Especializada em Enfermagem de Cuidados Paliativos:** prevenir e aliviar a dor e o sofrimento. Fisiopatologia e psicologia da dor crónica; controlo e gestão da dor. Tratamento farmacológico e não farmacológico da dor.
- **Pós-licenciatura em Enfermagem de Neonatologia:** dor no recém-nascido.
- **Pós-graduação em dor crónica:** história da dor; aspectos clínicos da dor crónica; aspectos psicossociais e culturais da dor crónica; farmacologia da dor; ética e dor; comunicação e relação humana; dor e efeito placebo; seminários temáticos; trabalho de projecto. Cuidados paliativos na dor oncológica; dor em geriatria; clínica da dor. 39 ECTS obrigatórios e 8 ECTS opcionais.
- **Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia:** controlo da dor em obstetrícia, desconfortos e controlo da dor no parto e pós-parto (farmacológico e não farmacológico). 155 horas
- **Seminário “A dor como 5º Sinal Vital”.**

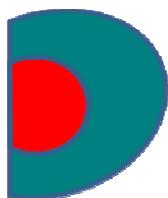


Tabela 9: Análise descritiva das respostas de Psicologia ao questionário (n=15).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	15 (100)
Sim	0 (0)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	4 (26,7)
Sim	11 (73,3)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
1 ^o	7 (43,7)
2 ^o	6 (37,5)
3 ^o	2 (12,5)
4 ^o	1 (6,3)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	3 (2/30)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	20 (2/45)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	
	6 (4/6)
Regime? n (%)	
Obrigatório	13 (81,2)
Opcional	3 (18,8)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	11 (73,3)
Sim	4 (26,7)

Disciplinas relacionadas com a dor na Psicologia

- **Psicologia e saúde mental:** natureza e sintomas da dor; avaliação da dor; dor crónica (tipos e teorias de dor, factores psicossociais da dor, intervenção farmacológica e psicossocial). Investigação e avaliação na dor crónica. Percepção da dor, tacto e sentidos da pele.
- **Fisiologia:** fisiologia da dor.
- **Saúde infantil e adolescente:** intervenção com a criança hospitalizada e com dor crónica; controlo da ansiedade e dor.

Pós-graduações na Psicologia

- **Mestrado em Psicologia da dor:** biologia da dor; psicologia da dor; sociologia da dor; métodos de avaliação da dor; diferentes abordagens à intervenção na dor. 252 horas.

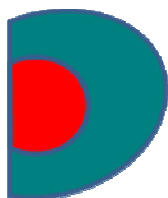
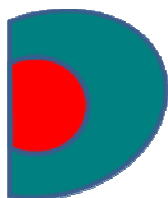


Tabela 10: Análise descritiva das respostas de Fisioterapia ao questionário (n=12).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	11 (91,7)
Sim	1 (8,3)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n(%)	
2º	1 (100)
Carga horária teórica?	33
Carga horária prática?	Não aplicável
ECTS?	2
Regime? n (%)	
Obrigatório	1 (100)
Opcional	0 (0)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	0 (0)
Sim	12 (100)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
1º	8 (19,5)
2º	21 (51,2)
3º	7 (17,1)
4º	5 (12,2)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	15 (1/60)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	30 (2/660)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	5,5 (1/36)
Regime? n (%)	
Obrigatório	39 (95,1)
Opcional	2 (4,9)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	9 (75,0)
Sim	3 (25,0)



Disciplina específica obrigatória de uma das Escolas de Fisioterapia

- **Fisiologia da dor:** conceitos de dor; neurofisiologia da dor; modelos de dor; mecanismos de dor; analgesia; mecanismos farmacológicos e “outputs” da dor; dor nociceptiva, neuropática e psicogénica; processamento e modulação da dor; transição da dor aguda a crónica.

Disciplinas relacionadas com a dor na Fisioterapia

- **Fisiologia:** sistema nervoso central e sentidos especiais somato-sensitivos, fisiologia e mecanismos da dor; dor crónica; dor aguda; dor nociceptiva, dor neuropática; mecanismos centrais de dor, vias ascendentes, modulação, sensibilização periférica e central; dimensões da dor; modelo biopsicossocial da dor; tipos de dor; avaliação e medida da dor; fisioterapia na dor (intervenção, modelos de intervenção, prática baseada em evidência).
- **Electroterapia:** neuroestimulação eléctrica transcutânea (TENS).
- **Intervenção em fisioterapia:** dor crónica (conceitos e epidemiologia); anatomo-fisiologia do sistema nociceptivo, neurofisiologia da dor e sua modulação; tipos de dor; aspectos psicossociais; medição da dor; relação terapeuta-utente; tratamentos conservadores e não-conservadores; farmacologia, intervenção multidimensional e na fisioterapia. Agentes térmicos superficiais (termoterapia e crioterapia); ultra-som; diatermia; iontoforese; correntes de baixa frequência (EET, TENS); laser; radiação infra-vermelha; fototerapia ultra-violeta; ondas de choque.
- **Terapia manual:** fisiologia da dor; massagem, alongamento e movimento.
- **Fisioterapia músculo-esquelética:** dor crónica (conceitos e epidemiologia); neurofisiologia da dor crónica; aspectos psicossociais; relação terapeuta-utente; avaliação dos utentes com dor crónica; intervenção em utentes com dor crónica; evidências de intervenção em utentes com dor crónica; tratamento da dor na fisioterapia.

Pós-graduações na Fisioterapia

- **Pós-graduação em dor crónica:** história da dor; aspectos clínicos da dor crónica; aspectos psicossociais e culturais da dor crónica; avaliação da dor crónica; análise crítica da evidência; farmacologia da dor; ética e dor; comunicação e relação humana; programas multidisciplinares de intervenção na dor crónica; dor e efeito placebo; trabalho de projecto. Estratégias de gestão do stress; exercício e função; programas de actividade graduada. 44 ECTS obrigatórios e 10 ECTS opcionais.
- **Mestrado em Fisioterapia (especialização Condições Músculo-Esqueléticas):** aspectos clínicos da dor: Neurofisiologia da dor; enquadramento patológico e clínico da dor; controlo de dor e métodos aplicados na clínica da dor; aspectos psicossociais da dor crónica. 6 ECTS.
- **Pós graduação em dor crónica:** história da dor; aspectos clínicos, psicossociais e culturais da dor; avaliação da dor crónica; farmacologia, ética e efeito placebo em dor; intervenção na dor crónica; gestão do stress; exercício, função e actividade graduada.

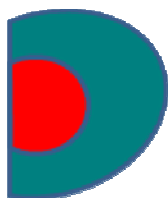
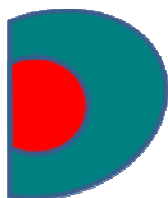


Tabela 11: Análise descritiva das respostas ao questionário para Farmácia (n=5).

Questão	
1.a - Na pré-graduação existe alguma disciplina específica para o <u>estudo da dor</u> ? n (%)	
Não	5 (100)
Sim	0 (0)
1.b - As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento <u>da dor</u> são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina? n (%)	
Não	1 (25,0)
Sim	4 (75,0)
Se sim, qual o ano da(s) disciplina(s)? n (%)	
1 ^o	1 (14,3)
2 ^o	3 (42,8)
3 ^o	2 (28,6)
4 ^o	1 (14,3)
Carga horária teórica? mediana (mínimo/máximo)	
	30 (30/45)
Carga horária prática? mediana (mínimo/máximo)	
	21 (15/30)
ECTS? mediana (mínimo/máximo)	
	5 (3/5)
Regime? n (%)	
Obrigatório	7 (100)
Opcional	0 (0)
2 - Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área <u>da dor</u> ? n (%)	
Não	5 (100)
Sim	0 (0)

- Disciplinas relacionadas com a dor na Farmácia
- **Fisiopatologia:** fisiopatologia da dor; sistema nervoso (cefaleias); otalgias, dor precordial, otalgias, dor perinasal, dor abdominal, cólica renal.
- **Farmacoterapia:** anestésicos gerais e locais, relaxantes musculares, anti-inflamatórios, psicofármacos, terapêutica farmacológica da dor, medicamentos usados na enxaqueca e cefaleia.



Conclusões

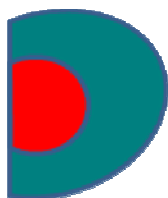
Entre as dificuldades para a realização deste estudo, salienta-se principalmente a colaboração das instituições para o preenchimento dos questionários, que em alguns casos apresentaram-se incompletos ou sem os solicitados conteúdos programáticos.

No ano de 2007 implementou-se a disciplina de “Noções Básicas de Medicina da Dor” numa das Faculdades de Medicina e em 2009 a disciplina de “Dor Crónica” numa das Faculdades de Medicina Dentária que responderam a este estudo. As duas disciplinas supra-citadas são opcionais, mas também já existem disciplinas específicas e obrigatórias: “Dor - abordagens e perspectivas” na Enfermagem; “Oclusão, ATM e dor orofacial”, bem como “Anestesia dor e suporte básico de vida” na Medicina Dentária e “Fisiologia da dor” na Fisioterapia.

Salienta-se que, com exceção de três faculdades de Psicologia e uma de Farmácia, todas as demais instituições que responderam ao questionário abordam a temática dor integrada nos seus conteúdos programáticos. De uma forma geral há um predomínio do ensino da dor nos três primeiros anos dos estudos (78,1%), com base nas disciplinas de Fisiologia e Farmacologia, o que permite ao futuro profissional de saúde compreender os mecanismos, bem como as abordagens terapêuticas da dor. Contudo, não existe qualquer disciplina específica nos últimos anos do curso, para fazer a ligação dos conteúdos básicos e aplicados obtidos nas disciplinas relacionadas. Destaca-se, como aspecto positivo, que quando existem disciplinas que abordam a temática dor estas são obrigatórias em praticamente todas as instituições (92,1%). Porém, verificou-se que cada instituição adopta um método próprio para inserir o ensino da dor nos conteúdos programáticos, não havendo padrões ou normas que possam harmonizar o ensino desta matéria.

Quando se comparam os diferentes cursos na área da saúde, verifica-se que para o ensino pré-graduado, é na Medicina Dentária e na Medicina que existem mais escolas com disciplinas específicas para o estudo da dor, e que estas disciplinas não existem nas escolas de Psicologia e Farmácia. Para estes dois últimos cursos, de uma forma geral, constatou-se que cerca de 25% das escolas nem sequer abordam a temática dor nos conteúdos programáticos de quaisquer disciplinas. Já para os demais cursos, a temática dor está incluída em uma ou mais disciplinas em todas as escolas.

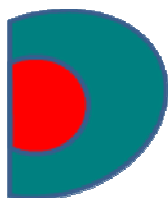
Existe um elevado interesse no ensino pós-graduado da dor, pois 27 das 74 instituições que responderam ao inquérito apresentam 47 cursos nesta área, distribuídos por 14 Escolas de Enfermagem, 5 de Medicina, 4 de Psicologia, 3 de Fisioterapia e 1 de Medicina Dentária. Este facto pode ser consequência da deficitária aprendizagem da dor no ensino pré-graduado. De um modo geral, constata-se que as pós-graduações na área da Medicina possuem uma maior abrangência de conteúdos do que na área da Enfermagem, onde existe uma maior especificidade voltada para grupos populacionais, como doentes terminais nos cuidados paliativos ou dor pós-operatória nos doentes cirúrgicos. Destaca-se o ensino pós-graduado da dor nas crianças, adolescentes e até mesmo nos recém-nascidos, pois sabe-se que cerca de 90% das crianças nascidas nos países desenvolvidos não recebem o tratamento adequado para as dores. Este facto deve-se provavelmente as falsas



crenças e mitos do passado, tornando-se óbvia a necessidade duma correcta educação nesta área^(13,14,15). Observou-se ainda a inclusão da disciplina “Avaliação da dor” numa Escola de Enfermagem, em consonância com a implementação da dor como o quinto sinal vital nos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde. Note-se que a avaliação e registo regular da intensidade da dor é obrigatória desde Junho de 2003, data em que foi publicada a circular normativa da Direcção Geral de Saúde que equipara a dor a 5º sinal vital.

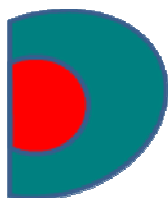
Em conclusão, o ensino pré-graduado da dor é realizado em todos os cursos superiores de Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem e Fisioterapia, e na maioria dos cursos de Psicologia e Farmácia. Contudo, este ensino é feito de forma fragmentada em disciplinas principalmente no âmbito da fisiologia e da farmacologia, não existindo na grande maioria dos casos qualquer disciplina que permita a integração dos conhecimentos. No campo da pós-graduação, a oferta de cursos é diversificada, permitindo desta forma aos profissionais de saúde interessados nesta matéria colmatar as falhas do ensino pré-graduado.

Infelizmente, não é possível traçar um paralelo com o passado do ensino superior na área da dor em Portugal, pois não existem estudos prévios de referência. Assim, este estudo representa um marco inicial, a partir do qual será possível acompanhar a evolução do ensino da dor no ensino superior na área da saúde.



BIBLIOGRAFIA

1. Azevedo LF, Mendonça L, Costa-Pereira A e Castro-Lopes J.M. Epidemiology of chronic pain in Portugal. Apresentado no I3S Scientific Retreat, Póvoa do Varzim, Maio de 2010.
2. Pozza D., Caseiro JM, Azevedo L., Barata N., Costa-Pereira A., Castro Lopes J.M. Prospective epidemiological multicenter study of postoperative pain in Portugal - preliminary results. Apresentado no 13th World Congress on Pain, Montreal, Canadá, Agosto de 2010
3. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA. 1995, 274:1874-1880.
4. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd, KH, Paice JA, Lipman AG, Bookbinder M, Sanders SH, Turk DC, Carr DB. American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. Arch Intern Med. 2005, 165:1574-1580.
5. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med. 1994, 330:592-596.
6. Council GM. Tomorrow's Doctors. London, GMC. 2003
7. Charlton JE. and International Association for the Study of Pain. Committee on Education. Core curriculum for professional education in pain. Seattle, IASP Press. 2005
8. Gibbins JR, McCoubrie, et al. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. Med Educ, 2009, 43(8):776-783.
9. Contemporary issues in medicine--medical informatics and population health: report II of the Medical School Objectives Project. Acad Med. 1999, 74(2):130-41.
10. Learning objectives for medical student education--guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. Acad Med. 1999, 74(1):13-8.
11. Mercer D and Deighton S. Intarctable pain: a neglected area of medical education in the UK. J. Royal Soc Med, 1988, 81:698-670
12. Bernardo CLE. Dor: o ensino do tema em cursos de graduação em enfermagem da Região Sudeste do Brasil. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina UNIFESP; 1998.
13. Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate, 1998, 73:1-9.
14. Loizzo A, Loizzo S, Capasso A. Neurobiology of pain in children: an overview. Open Biochem J. 2009, 24(3):18-25.
15. Torjesen K, Olness K. International Child Health: State of the Art. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2009, 39:192-213.



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

Anexo 1



Centro Nacional de Observação em Dor

OBSERVDOR

Questionário - Estado da Arte do Ensino da Dor em Portugal

Instituição _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Cargo: _____

1 - Ensino pré-graduado

1.a - Na pré-graduação existe alguma **disciplina específica** para o estudo da dor?

☐ Não ☐ Sim → Se respondeu "sim", por favor preencha a seguinte tabela:

Disciplina(s) <u>dedicada(s)</u> ao Estudo da Dor	Ano	Carga horária teórica	Carga horária prática	ECTS	Obrigatória ou opcional?

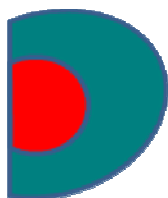
Por favor anexar o Programa da(s) disciplina(s) descrita(s) acima

1.b – As questões relacionadas com o estudo, avaliação e tratamento da dor são abordadas ou estão integradas em alguma outra disciplina?

☐ Não ☐ Sim → Se respondeu "sim", por favor preencha a seguinte tabela:

Disciplina(s) <u>relacionada(s)</u> com o Estudo da Dor	Ano	Carga horária teórica	Carga horária prática	ECTS	Obrigatória ou opcional?

Por favor anexar o Programa da(s) disciplina(s) descrita(s) acima



2 - Ensino pós-graduado

Existem actividades de Ensino Pós-Graduado na área da dor?

☐ Não ☐ Sim → Se respondeu "sim", por favor anexar o Programa da(s) actividade(s) relacionada(s) com o ensino da dor.

Agradecemos a devolução deste questionário, bem como, do Programa da(s) disciplina(s) e actividade(s) relacionada(s) directa ou indirectamente com o ensino da Dor, para o endereço:

OBSERVDOR

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Al. Prof. Hernâni Monteiro, 4200 – 319, Porto, Portugal

Muito obrigado pela sua colaboração!



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor
Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 5

ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE DOR AGUDA

ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE DOR AGUDA

Recomendações

**Grupo de Trabalho
DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA**

Fevereiro 2010

GRUPO DE TRABALHO

Dr.^a Catarina Sampaio

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Dr.^a Clara Lobo

Clube de Anestesia Regional (CAR)

Dr.^a Graça Soares

Centro Hospitalar do Porto, EPE

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA)

Dr.^a Isabel Aguiar

Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Dr.^a Isabel Bastardo

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Dr. João Brasil

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

Dr. Rui Costa

Hospital Garcia de Horta, EPE

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)

Dr. Rui Valente

Instituto Português de Oncologia do Porto

Enf.^a Sandra Santos Favas

Ordem dos Enfermeiros

Coordenação: Dr.^a Graça Soares

Índice

I. INTRODUÇÃO	3
II. DEFINIÇÃO/ÂMBITO DE ACÇÃO DA UNIDADE DE DOR AGUDA	5
III. OBJECTIVOS DA UNIDADE DE DOR AGUDA	5
IV. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE DOR AGUDA	6
1. Recursos Humanos	6
2. Funcionamento	8
2.1. Métodos de avaliação da dor e registos	8
2.2. Protocolos	8
2.3. Disponibilidade Permanente	9
2.4. Visita Médica da Unidade de Dor Aguda	9
2.5. Grupos de doentes com necessidades especiais	10
2.6. Abordagem de complicações	11
2.7. Equipamento	11
2.8. Fármacos	12
2.9. Logística	12
3. Formação e treino dos profissionais de saúde	12
4. Informação do doente	13
5. Auditoria	14
6. Investigação	14
V. CONCLUSÃO	14
VI. BIBLIOGRAFIA	15

Organização das Unidades de Dor Aguda

RECOMENDAÇÕES

I. INTRODUÇÃO

Dor aguda é, segundo a definição da IASP (International Association for the Study of Pain), a dor de início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida.¹

Na maioria das Unidades Hospitalares, a dor pós-operatória representa a principal causa de dor aguda. No entanto, a dor associada à realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não-cirúrgicos (punções e cateterismos vasculares, biópsias, pensos, etc.), trauma, queimados e algumas patologias médicas (enfarte agudo do miocárdio, pancreatite aguda, cólica renal, etc.), é também uma causa comum de sofrimento.

O tratamento eficaz deste tipo de dor, previsível e muitas vezes de causa iatrogénica, é um direito do doente e um dever dos profissionais de saúde.

A dor aguda, inadequadamente tratada, tem consequências fisiológicas, psicológicas e sócio-económicas deletérias e pode levar a estados de dor crónica.² Pelo contrário, o seu alívio contribui para a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes. O tratamento eficaz da dor aguda poderá prevenir a ocorrência de complicações, reduzindo o tempo de internamento hospitalar, promovendo o recobro e a reabilitação³ e, ainda, permitir uma utilização mais eficiente dos equipamentos e instalações hospitalares.⁴

Apesar dos avanços do conhecimento científico relativos à fisiopatologia e farmacologia da dor, diversos estudos, realizados em países europeus, demonstram a existência de deficiências no controlo da dor pós-operatória, levando-nos a acreditar que a dor aguda continua a ser inadequadamente tratada.⁵ Por outro lado, vários autores são unânimes em concluir que, nas últimas décadas, o maior obstáculo ao adequado alívio da dor não foi a falta de métodos analgésicos eficazes, mas a ausência de organização.⁶

Em 1976, nos Estados Unidos da América surge, pela primeira vez, o conceito de estrutura multidisciplinar organizada dedicada ao tratamento da dor aguda pós-operatória. Posteriormente, nas duas últimas décadas, várias sociedades científicas (norte-americanas⁷, europeias^{8,9} e australianas¹⁰) recomendaram a criação de Unidades de Dor Aguda (UDA), com modelos de organização diversos, conforme as especificidades locais. O reconhecimento da sua importância na abordagem da dor aguda fez com que, em alguns países como o Reino Unido, a Austrália e Nova Zelândia, a existência de uma UDA fosse considerada um dos requisitos para a acreditação da unidade hospitalar para formação pós-graduada em Anestesiologia.¹¹ Estes factores foram responsáveis pelo aumento significativo do número de UDA's, recentemente observado nestes países.

Em Portugal, o problema do tratamento inadequado da dor pós-operatória foi abordado, em 2001, pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD).¹² Neste documento defendia-se a criação de Unidades de Dor Aguda, com características semelhantes às existentes na Europa, como meio de melhorar a eficácia e segurança da abordagem da dor pós-operatória. Contudo, estas recomendações não se traduziram no aumento do número de Unidades de Dor Aguda existentes no país.¹³

O Programa Nacional de Controlo da Dor¹³, publicado em 2008, definiu como um dos seus objectivos específicos reduzir a prevalência de dor pós-operatória não controlada e, como estratégia de intervenção, a revisão das normas de organização das Unidades de Dor Aguda que constam do PNLCD.

As presentes orientações, relativas à organização de Unidades de Dor Aguda, resultaram da revisão e actualização das recomendações apresentadas no PNLCD e visam responder a esse objectivo. Foram elaboradas por um painel de profissionais de saúde, no qual estiveram representadas unidades hospitalares de dimensões, características e localização geográfica diversas e, ainda, sociedades científicas e de profissionais de saúde portuguesas. Têm como finalidade contribuir para a criação e desenvolvimento de Unidades de Dor Aguda, promovendo, deste modo, a melhoria da qualidade do tratamento da dor em meio hospitalar.

II. DEFINIÇÃO/ÂMBITO DE ACÇÃO DA UNIDADE DE DOR AGUDA

A Medicina da Dor é uma reconhecida competência da Anestesiologia, daí que se considere que a Unidade de Dor Aguda deve estar vinculada ao Serviço de Anestesiologia e ser liderada por um médico deste Serviço.

A abordagem da dor aguda, em contexto hospitalar, é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde (Anestesiologistas, Cirurgiões, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisiatras, Fisioterapeutas, etc.) directamente envolvidos no tratamento do doente.

A Unidade de Dor Aguda deverá, por isso, ter um carácter multidisciplinar, incluindo elementos de todos estes grupos profissionais e assumir o papel coordenador do processo global de gestão da dor aguda na unidade hospitalar.

Esta estrutura multidisciplinar terá de ser capaz de proporcionar o tratamento individualizado da dor a todos os doentes e providenciar a implementação de métodos de avaliação e documentação que tornem a dor “visível”. Além disso, deverá assegurar recursos humanos competentes nestas valências, informar/educar doentes e seus cuidadores sobre as formas de avaliação e tratamento da dor, promover auditorias periódicas das políticas/práticas institucionais relativas ao controlo da dor e fomentar o desenvolvimento de estudos de eficácia e segurança, à luz da medicina de evidência.

III. OBJECTIVOS DA UNIDADE DE DOR AGUDA

Os objectivos principais de uma Unidade de Dor Aguda são os seguintes:

- Tratamento individualizado da dor aguda, de modo eficaz e seguro.
- Implementação de métodos de avaliação da dor, adaptados à idade e condição clínica dos doentes.
- Implementação de métodos de registo fiáveis, que permitam a avaliação da eficácia e segurança do tratamento da dor aguda.

- Desenvolvimento de protocolos para abordagem da dor, elaborados de acordo com o estado da arte, revistos anualmente e aplicáveis a todos os doentes (idades extremas, co-morbilidades, situações particulares).
- Implementação de mecanismos de detecção precoce e tratamento de complicações das técnicas e fármacos usados na abordagem da dor aguda.
- Disponibilidade de serviços especializados de gestão da dor aguda, com capacidade de orientação e intervenção terapêutica permanentes (24h/dia).
- Ligação com outras equipas de profissionais responsáveis pelos cuidados partilhados de doentes com dor aguda.
- Formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca da avaliação e abordagem da dor.
- Criação e distribuição de informação e formação aos doentes e/ou seus familiares e cuidadores.
- Auditoria e avaliação da eficácia e segurança da abordagem da dor aguda.
- Incentivo e apoio da investigação clínica em dor.

IV. ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE DOR AGUDA

1. Recursos Humanos

- 1.1.** A Unidade de Dor Aguda deverá ser liderada por um médico Anestesiologista, o qual será responsável pela gestão de um serviço eficaz e seguro. Entende-se como gestão da Unidade a sua organização geral, a supervisão da elaboração e aplicação dos protocolos de actuação e o estabelecimento de contactos, no âmbito da terapêutica da dor aguda, com os outros serviços envolvidos na prestação de cuidados ao doente. Os planos de trabalho deste profissional deverão incluir tempo dedicado à realização desta actividade.
- 1.2.** A Unidade de Dor Aguda deverá ser constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais (Anestesiologistas, Cirurgiões, Enfermeiros, Farmacêuticos, etc.), com experiência na abordagem da dor aguda. O número de profissionais que integra a

equipa da UDA deverá ter em conta a dimensão e grau de diferenciação da unidade hospitalar em que esta se insere.

1.3. A eficiência da abordagem da dor aguda deverá ser otimizada pelo estabelecimento de acordos de colaboração entre a Unidade de Dor Aguda e a Unidade de Dor Crónica ou com outros Serviços Hospitalares, no sentido de ser obtida consultoria das especialidades que não integram fisicamente a Unidade. Os profissionais envolvidos nestas estratégias de colaboração deverão ter planos de trabalho que incluam tempo dedicado à abordagem da dor aguda.

1.4. Em cada área de internamento da unidade hospitalar (serviços cirúrgicos e não-cirúrgicos), deverá ser designado um Enfermeiro que desempenhará o papel de Interlocutor de Dor. Relativamente à abordagem da dor aguda, este Enfermeiro representará o elo de ligação entre os enfermeiros da sua área assistencial e a UDA e terá as seguintes funções:

- Colaboração com a UDA na implementação das recomendações de abordagem da dor aguda, na sua área assistencial.
- Reconhecimento e resolução de pequenos problemas relacionados com as técnicas ou os equipamentos utilizados na abordagem da dor aguda.
- Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros da sua área assistencial, no âmbito da abordagem da dor aguda e colaboração com a UDA na organização e realização das acções de formação.
- Colaboração com a UDA na difusão da informação e ensino dos doentes e/ou seus cuidadores sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor.
- Colaboração com a UDA na avaliação dos resultados obtidos no controlo da dor aguda, na sua área assistencial.

O Enfermeiro Interlocutor de Dor deverá ter acesso a formação regular sobre os mecanismos da dor, métodos de avaliação, fármacos, técnicas analgésicas, gestão de efeitos laterais e complicações.

1.5. Nas áreas assistenciais sem internamento (áreas de medicina de emergência, radiologia de intervenção e medicina paliativa, por exemplo), deverão existir profissionais de

saúde com conhecimentos e capacidades suficientes para providenciar uma adequada abordagem da dor aguda. Nestas situações, a abordagem da dor deverá fazer-se de acordo com os mesmos padrões de eficácia e segurança que os utilizados nos doentes com dor pós-operatória.

2. Funcionamento

2.1. Métodos de avaliação da dor e registos

A dor e a sua abordagem deverão ser avaliadas e documentadas de forma regular e sistemática, usando instrumentos validados para cada situação clínica.

A intensidade da dor deverá ser avaliada utilizando uma escala de avaliação adaptada à idade e condição clínica do doente, privilegiando, sempre que possível, o uso de escalas de auto-avaliação.

Esta avaliação deve ser realizada periodicamente, com uma frequência adaptada ao estado clínico do doente.

A avaliação da dor, as intervenções terapêuticas farmacológicas ou não-farmacológicas realizadas, a resposta ao tratamento e a ocorrência de efeitos laterais deverão ser sistematicamente registados, de forma clara e visível, em local próprio do registo clínico.

2.2. Protocolos

Os protocolos de abordagem da dor aguda são instrumentos de garantia de segurança e eficácia.

A sua elaboração, revisão e actualização regular deve ser feita segundo o estado da arte e é da responsabilidade da Unidade de Dor Aguda.

As recomendações clínicas deverão incidir sobre a avaliação e registo da dor, prescrições de analgésicos e detecção e controlo dos efeitos laterais.

A sua implementação prática deve ser acordada com os Serviços envolvidos na prestação de cuidados ao doente.

A sua aplicação individual deverá ser feita de acordo com os médicos directamente envolvidos na prestação de cuidados ao doente.

As recomendações deverão ser divulgadas e estar facilmente acessíveis para consulta, em todas as áreas onde seja realizada a abordagem de doentes com dor aguda.

2.3. Disponibilidade Permanente

De modo a optimizar o conforto e a segurança dos doentes, a Unidade de Dor Aguda deverá garantir uma capacidade permanente (24h por dia) de orientação e intervenção terapêutica especializada na abordagem da dor aguda.

Toda a informação relativa ao âmbito de acção e funcionamento da UDA deve ser convenientemente divulgada, de modo a que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos doentes com dor aguda conheçam a sua existência e modo de acesso aos seus serviços.

2.4. Visita Médica da Unidade de Dor Aguda

No âmbito de um plano de abordagem individualizada da dor, a terapêutica analgésica de todos os doentes deverá ser regularmente revista e, se necessário, ajustada de modo a garantir a sua eficácia e tolerabilidade.

Os doentes sob terapêutica analgésica administrada por métodos não convencionais deverão ser observados diariamente pela equipa da Unidade de Dor Aguda e, fora do horário de actividade desta, por um médico especialmente designado para essa actividade.

A visita médica tem como objectivos principais:

- Avaliação da eficácia e tolerância do plano terapêutico inicial.

- Ajuste e/ou alteração da terapêutica analgésica instituída, sempre que esta se manifeste insuficiente ou inadequada.
- Diagnóstico e tratamento das complicações inerentes às técnicas e/ou fármacos utilizados.
- Detecção e resolução de problemas técnicos dos equipamentos utilizados na administração de fármacos.
- Definição da estratégia analgésica posterior.

Esta visita, ao identificar e esclarecer dúvidas dos profissionais de saúde directamente envolvidos nos cuidados ao doente (Médicos, Enfermeiros), cumpre também uma função formativa.

2.5. Grupos de doentes com necessidades especiais

2.5.1. Deverão ser desenvolvidas estratégias específicas para a abordagem da dor aguda nos recém-nascidos, lactentes e crianças.

A sua elaboração e implementação deverão ser supervisionadas por profissionais de saúde com competência em Pediatria (Anestesiologistas Pediátricos, Pediatras, Neonatologistas), observando as recomendações de eficácia e segurança das técnicas utilizadas nos adultos.

2.5.2. Deverão ser desenvolvidas estratégias específicas para a abordagem da dor aguda em doentes:

- Com necessidades especiais, em virtude da sua vulnerabilidade ou incapacidade (ex. idosos, indivíduos com deficiência física, psíquica, ou com dificuldades de comunicação).
- Com problemas de abuso de fármacos ou drogas.
- Com tolerância aos opióides, em virtude de terapêutica prolongada com estes fármacos.
- Com agudização de dor crónica, previamente diagnosticada e tratada.

2.5.3. Deverão ser desenvolvidas e implementadas estratégias de abordagem da dor aguda aos doentes submetidos a cirurgia de ambulatório:

- Deverá ser fornecida analgesia adequada ao procedimento realizado e à condição clínica do doente, bem como instruções para a sua utilização no domicílio.
- O doente deverá ser informado de como obter ajuda adicional, se a analgesia obtida for insatisfatória.

2.6. Abordagem de complicações

Deverão existir mecanismos estabelecidos para abordagem das complicações graves da analgesia do neuro-eixo, nomeadamente lesão neurológica, hematoma e/ou infecção epidural. Incluem-se nestes mecanismos a disponibilidade permanente de apoio por outras especialidades médicas (Microbiologia, Imagiologia, Neurologia, Neurocirurgia) ou, no caso de hospitais onde eles não existam, a criação de protocolos inter-hospitalares, que permitam a avaliação do doente, realização de exames complementares de diagnóstico e intervenção terapêutica precoces.

2.7. Equipamento

A Unidade de Dor Aguda deverá ser dotada de equipamento apropriado e em quantidade adequada para garantir abordagem segura e eficaz da dor aguda, em adultos e crianças.

Este equipamento deverá incluir dispositivos para a administração de fármacos por via endovenosa, epidural, subaracnoideia, peripléxica ou perineural, sistemas de Analgesia Controlada pelo Doente (PCA - Patient Controlled Analgesia) e dispositivos de monitorização.

É essencial que os profissionais que manuseiam os equipamentos e pelos quais são responsáveis possuam treino formal, regular e adquiram competências na sua utilização.

A Unidade de Dor Aguda deverá desenvolver estratégias para a manutenção periódica do equipamento utilizado na abordagem da dor aguda.

2.8. Fármacos

Os fármacos destinados à administração por via endovenosa, epidural, subaracnoideia, peripléxica ou perinervosa, em perfusão contínua e/ou utilizando equipamentos de Analgesia Controlada pelo Doente, deverão ser preparados em condições controladas e estar sempre devidamente identificados.

Deverão ser implementadas medidas que assegurem que fármacos destinados à administração neuroaxial (epidural ou subaracnoideia), perinervosa ou peripléxica não sejam inadvertidamente administrados por outras vias.

2.9. Logística

Deverá existir apoio administrativo e de secretariado à actividade da Unidade de Dor Aguda.

Deverá existir espaço de armazenamento para os equipamentos e materiais educacionais.

3. Formação e treino dos profissionais de saúde

3.1. A formação dos profissionais de saúde é um factor determinante na abordagem da dor aguda, de forma eficaz e segura. A Unidade de Dor Aguda, no contexto da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deverá efectuar uma programação regular das actividades de formação e supervisionar a sua realização.

3.2. Todos os profissionais envolvidos na abordagem da dor aguda deverão receber formação relativa à prestação de um serviço eficaz e seguro. Esta formação deverá incluir treino da capacidade de comunicação, métodos de avaliação da dor, opções de tratamento analgésico, reconhecimento dos riscos inerentes a tipos particulares de terapêuticas, manuseamento de equipamentos relevantes e diagnóstico/abordagem precoce de complicações.

- 3.3.** Os profissionais que integram as Unidades de Dor Aguda deverão participar regularmente em programas de formação relacionados com a dor e sua abordagem. Deverá existir financiamento para essas actividades e dispensa das tarefas assistenciais.
- 3.4.** De modo a manter competências e assegurar a qualidade dos cuidados é imprescindível que esta formação seja actualizada periodicamente.

4. Informação do doente

- 4.1.** O doente e/ou os seus cuidadores deverão ser informados da necessidade de avaliar e reportar a dor, utilizando escalas de avaliação, bem como da importância do seu controlo adequado na recuperação do evento que motivou o internamento.
- 4.2.** O doente e/ou os seus cuidadores devem ser esclarecidos acerca das várias opções terapêuticas disponíveis e dos seus potenciais efeitos secundários e complicações.
- 4.3.** Esta informação deverá ser transmitida em linguagem acessível, utilizando vários métodos de comunicação (verbal e/ou escrita), de modo a que o doente e/ou os seus cuidadores possam tomar decisões e dar o seu consentimento informado, relativo ao método de abordagem da dor.
- 4.4.** Deverão ser previstas disposições especiais que permitam o acesso dos doentes que apresentem dificuldades de comunicação (visual, auditiva) ou de linguagem, a esta informação.

5. Auditoria

A Unidade de Dor Aguda deverá avaliar a qualidade e a segurança do serviço prestado através da implementação de programas de auditoria, regulares e sistemáticos, da eficácia, complicações e efeitos laterais das técnicas de abordagem da dor.

É da responsabilidade da UDA o relato e análise de incidentes críticos relacionados com a abordagem da dor aguda.

6. Investigação

A Unidade de Dor Aguda deverá realizar e incentivar a investigação clínica em Dor.

V. CONCLUSÃO

A abordagem eficaz e segura da dor associada à cirurgia, intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas não-cirúrgicas e algumas patologias médicas é uma prioridade básica dos cuidados de saúde, dando resposta às expectativas mínimas dos doentes e dos seus cuidadores. A prestação de serviços de abordagem de dor aguda de alta qualidade está relacionada com a prevenção e abordagem de complicações graves, podendo melhorar a capacidade funcional, o bem-estar físico e psíquico e a qualidade de vida do doente. Sendo reconhecida a importância das Unidades de Dor Aguda na melhoria da qualidade e segurança bem como na promoção de boas práticas profissionais, no âmbito abordagem da dor, entende-se que os hospitais deverão assegurar recursos humanos e materiais adequados à sua organização e funcionamento.

VI. BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Ready LB, Edwards WT, editors: Management of Acute Pain: A practical guide. Seattle: IASP;1992.
- ² Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 Years on. Br J Anaesth 2008;101(1):77-86
- ³ White PF, Kehlet H, Neal JM, et al. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. Anesth Analg 2007;104(6):1380-96
- ⁴ Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services. RCoA, London 2009 (<http://www.rcoa.ac.uk/docs/GPAS-AcutePain.pdf>)
- ⁵ Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence from published data. Br J Anesth 2002;89: 409-23
- ⁶ Rawal N. Organization, function and implementation of Acute Pain service. Anesthesiol Clin N Am 2005;23:211-225
- ⁷ Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by American Society of Anesthesiologists, task force on acute pain management. Anesthesiology 2004;100:1573-81
- ⁸ Commission on the Provision of Surgical Services. Report of the Working Party on Pain After Surgery. RCS Eng and RCoA, London 1990.
- ⁹ Pain management services: Good practice. RCoA and The Pain Soc, London 2003 (<http://www.rcoa.ac.uk/docs/painservices.pdf>)
- ¹⁰ Acute Pain Management: Scientific Evidence (2nd Ed). Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Melbourne 2005
- ¹¹ Werner UM, Sørholm L, Rotbøll-Nielsen P, et al. Does an acute pain service improve postoperative outcome? Anesth Analg 2002;95:1361-72.
- ¹² Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direção-Geral da Saúde, Lisboa 2001 (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005651.pdf>)
- ¹³ Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008 (<http://www.dgs.pt>)



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 6

ORIENTAÇÕES PARA O CONTROLO DA DOR EM OBSTETRICIA

ORIENTAÇÕES PARA O CONTROLO DA DOR EM OBSTETRICIA

A existência de dor durante o trabalho de parto tem sido menorizada, apesar de ser uma constante em todos os partos. Cerca de 90 % das mulheres em trabalho de parto requerem algum tipo de analgesia. O défice de preparação psicológica, associado ao medo e ansiedade podem aumentar a sensibilidade dolorosa e levar a um grande desconforto durante o referido trabalho de parto. Nas culturas primitivas, a dor era controlada com a educação e preparação das grávidas feita pelas outras mulheres que já tinham passado pela experiência. Nos nossos dias, ainda há correntes de opinião, mesmo dentro da comunidade médica e científica, que consideram a dor associada ao trabalho de parto como menor e sem importância.

Por existir grande variabilidade na intensidade desta dor, devido aos diferentes factores (fisiológicos, psicossociais e ambientais) que a condicionam, associados a uma interrelação entre ela ,(causando algum descontrolo e passividade da grávida), o prazer e a emoção do nascimento do filho (levando a uma maior tolerância para a dor), torna-se difícil a sua avaliação.

A dor durante o trabalho de parto, embora associada a um processo natural e fisiológico, tem sido considerada como um modelo de dor aguda. As suas origens, a sua transmissão neurológica e os seus efeitos fisiológicos foram estudados e investigados, permitindo o seu controlo efectivo e seguro, para a mãe e para o feto.

Assim, sabemos que a libertação de alguns mediadores químicos provocados pela dor do trabalho de parto, influencia não só o decorrer do próprio trabalho de parto, como provoca alterações nas funções cardiovascular e respiratória da grávida . Apesar de complexas, estas alterações são normalmente bem toleradas, podendo, no entanto, ser prejudiciais para a mãe e para o feto.

Concomitantemente, uma dor intensa durante o trabalho de parto, pode ter graves consequências psicológicas e físicas, incluindo depressão e negação de futuras relações sexuais.

Hoje em dia, com a esmagadora maioria dos partos a decorrerem em ambiente hospitalar, é possível e desejável a existência de unidades que respondam às necessidades analgésicas de todas as grávidas, adquirindo, o controlo da dor durante o trabalho de parto, os contornos de direito universal, ao qual todas elas tenham igualdade de acesso.

Os serviços hospitalares e, de modo particular, os de anestesia devem organizar-se de modo a cumprirem aquele objectivo, respondendo às legítimas expectativas das grávidas.

De entre os vários métodos analgésicos, as técnicas de bloqueio do neuroeixo constituem o “Gold Standard” da analgesia do trabalho de parto, pois a qualidade da analgesia é muito superior à proporcionada pelos outros métodos farmacológicos.

Novas técnicas de anestesia locoregional, novos e variados fármacos e modos da sua administração, bem como a existência de serviços de anestesia dedicados, levam a que o parto sem dor, com recurso à anestesia locoregional por bloqueio do neuroeixo, seja uma opção segura para todas as grávidas.

O anestesista é o profissional mais qualificado para a sua execução. Além do domínio da técnica, exige-se que ele tenha conhecimentos dos aspectos específicos da grávida e do feto – anatómicos, fisiológicos e fisiopatológicos.

Em resumo: o trabalho de parto é um processo doloroso, por vezes muito intenso, para a maioria das mulheres.

Não existe nenhuma outra situação médica, em que seja aceitável indivíduos terem uma experiência dolorosa, que pode ser minorizada ou eliminada de maneira segura, em ambiente hospitalar.

O pedido da grávida é suficiente para iniciar o alívio da dor durante o trabalho de parto.

De entre os vários métodos farmacológicos usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, as técnicas de bloqueio do neuroeixo são as mais seguras e eficazes, e que permitem uma mãe alerta e participante.

RECOMENDAÇÕES

- Todas as grávidas devem ser esclarecidas e informadas acerca dos diferentes procedimentos a efectuar na sala de partos, nomeadamente as técnicas de analgesia e anestesia, de modo a obter o seu consentimento informado.
- As grávidas de risco devem ser referenciadas a uma consulta de anestesia.
- Os locais - salas de partos - onde se realizem as diferentes técnicas de analgesia, por bloqueio do neuroeixo ou outras, devem dispor de todos os recursos: em termos de material, instalações e pessoal qualificado, necessários ao tratamento e prevenção das suas complicações.
- As salas de partos devem dispor de, pelo menos, um anestesista qualificado para administrar a analgesia/ por bloqueio do neuroeixo, 24/24 h.
- A analgesia deve ser iniciada a pedido da grávida.

- O anestesista deverá estar disponível durante todo o trabalho de parto e, pelo menos, no puerpério imediato.
- A presença de um neonatologista é indispensável no momento do parto, para poder prestar todos os cuidados necessários ao recém-nascido.
- Deverá existir uma estreita colaboração entre a equipa de obstetras e o anestesista. Este deverá reconhecer as necessidades e preocupações especiais daqueles, que, por sua vez, reconhecerão no anestesista, o especialista no tratamento da dor e na reanimação cardiorespiratória, reconhecendo ambos a necessidade de prestar cuidados de alta qualidade a todas as grávidas.

Vantagens

- Alívio eficaz da dor
- Segura para a mãe e feto
- Sem influência na progressão do trabalho de parto
- Por vezes pode acelerar a 1ª fase
- Permite boa colaboração materna no período expulsivo
- Analgesia/anestesia nos parto distócicos

Efeitos secundários

- hipotensão breve e ligeira
- diminuição da força muscular dos membros inferiores
- dificuldade em urinar
- prurido

Complicações

- injeção intravascular
- cefaleias
- lesões nervosas
- hematoma epidural

Contraindicações

- alterações da coagulação
- recusa da grávida
- cirurgia prévia da coluna lombar
- infecção da pele



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 7

**REFERENCIAÇÃO DE DOENTES COM DOR CRÓNICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS PARA AS UNIDADES DE DOR CRÓNICA**

REFERENCIAÇÃO DE DOENTES COM DOR CRÓNICA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA AS UNIDADES DE DOR CRÓNICA

Introdução

A dor crónica envolve tangencialmente a prática clínica dos médicos exercendo a sua actividade quer nos Cuidados de Saúde Primários, quer em Instituições Hospitalares.

Atendendo a que a dor crónica constitui um dos motivos mais frequentes de consulta em Medicina Familiar, imperativos científicos e médico-legais impõem que o seu tratamento seja realizado de forma correcta nestas instituições.

O Médico de Família tendo um conhecimento profundo do seu doente e do diagnóstico subjacente ao quadro álgico, da patologia associada e medicação concomitante, da personalidade e características psicológicas, do grau de diferenciação cultural, das capacidades sócio-económicas e envolvimento do seu agregado familiar constitui um elemento privilegiado para promover o tratamento da dor crónica

Abordagem da Dor Crónica nos Cuidados de Saúde Primários

A – A abordagem do doente com dor crónica nos Cuidados de Saúde Primários exige dos médicos de família:

- 1 – Actualização nos conceitos de dor crónica e de quadros álgicos (nociceptivos – somáticos e viscerais - e neuropáticos)
- 2 – Familiaridade com avaliação por escalas de dor, conceitos relacionados com a escada analgésica da OMS e linhas gerais de orientação no tratamento da dor crónica
- 3-Conhecimento dos efeitos adversos imputáveis à terapêutica, sua prevenção e tratamento.
- 4 – Compromisso na periodicidade de reavaliação em doentes em tratamento de dor crónica

B - Deverá ser nomeado em cada Centro de Saúde (USF/UCSP) um Médico Coordenador/Consultor (*CoordenaDor*) na área da dor e que funcionará como um interlocutor privilegiado entre a sua instituição e a Unidade de Dor Crónica.

Este Médico deverá ser funcionalmente reconhecido inter-pares pela sua capacidade formativa na área da dor crónica, devendo estar envolvido na discussão de diagnósticos de quadros algícos, terapêutica, referência e monitorização de situações complexas de doentes com dor crónica do seu Centro de Saúde. Deverá estar envolvido do ponto de vista organizativo na articulação com as Unidades de Dor, coordenando a referência dos doentes, definindo graus de prioridade e zelando pela monitorização terapêutica e assistencial após reenvio destes doentes da Unidade de Dor aos médicos do seu Centro de Saúde.

C – Os doentes com dor crónica seguidos nos Cuidados de Saúde Primários deverão ser referenciados para as Unidades de Dor Crónica da área de influência de cada Centro de Saúde sempre que:

1 – Apesar de terapêutica analgésica correctamente instituída se mantenham sem alívio sintomático.

2 – Da terapêutica analgésica resultem efeitos secundários não controlados com medidas preventivas adequadas.

3 – Na abordagem do quadro algíco seja necessário:

- a) Esclarecimento do diagnóstico
- b) Avaliação multidisciplinar
- c) Recurso a técnicas não disponíveis nos Centros de saúde
- d) Esclarecer receios na adesão à terapêutica
- e) Avaliar suspeitas de comportamentos aditivos (dos doentes e/ou conviventes)
- f) Compatibilizar co-morbilidades e/ou polimedicação com terapêutica analgésica
- g) Reserva fundamentada na utilização de fármacos analgésicos

D - Constituem critérios para a não referência de doente para Unidade de Dor Crónica:

- 1- A presença de patologia associada instável e não controlada
- 2- A previsível não adesão ao plano terapêutico por défices cognitivos e/ou comportamentos instáveis
- 3- A existência de expectativas irrealistas em relação ao alívio da dor ou à recuperação funcional
- 4- A expectativa prioritária de ganhos secundários

Como Referenciar?

A – A referenciação deverá ser feita pelo médico do doente ou pelo *CoordenaDor* do Centro de Saúde que referenciará o doente para a Unidade de Dor Crónica do Hospital da sua área de influência

B – A referenciação deverá ser feita mediante preenchimento de formulário adequado, tendo como objectivos:

1 - Fornecer informação clínica tão objectiva e concisa quanto possível, pelo que não deverá apresentar omissões no seu preenchimento

2 – Traduzir as dificuldades no alívio da dor crónica com a terapêutica já instituída e permitir aferir o grau de prioridade no agendamento da consulta pela Unidade de Dor Crónica

Informação Obrigatória para Referenciação

Proposta de Formulário Standard

A – Diagnostico etiológico do quadro álgico
.....
Início quadro álgico.....
Início terapêutica analgésica.....
Exames comprovativos de diagnóstico S... N...Quais?.....
.....
Faz terapêutica dirigida à doença? S ... N ... Qual?.....
.....
Plano terapêutico.....

B – Caracterização da Dor

Dor OncológicaNão Oncológica
Nociceptiva Somática.....Visceral ...Neuropática.....Mista
Quantificação da dor (Escala: visual-analógica, numérica, qualitativa):
Dor basal Dor irruptiva

C – Terapêutica analgésica (doses e periodicidade). Especifique

Paracetamol.....
AINES.....
Opióides fracos

Opióides fortes.....
Anticonvulsivantes
Antidepressivos.....
Corticóides.....
Outros.....
Efeitos secundários.....
.....

D – Motivo(s) de referenciação para Unidade de Dor Crónica

..... Analgesia insuficiente com terapêutica monitorizada
..... Efeitos secundários da terapêutica analgésica não controláveis. Quais?
.....
..... Necessidade de Técnicas Especiais
..... Necessidade de validação diagnóstica
..... Não adesão do doente à terapêutica
..... Suspeita de comportamentos aditivos
..... Necessidade de consultoria por especialidade Qual?.....
..... Necessidade de Psicologia Clínica
..... Necessidade de Medicina Física/Reabilitação
..... Impacto da dor nas AVD's / Qualidade de vida
..... Outros

E – Condições sócio-económicas e familiares
.....

F– Classifica a necessidade de avaliação pela Unidade de Dor como:

..... - muito urgente
..... - urgente
..... - moderadamente urgente
..... - sem urgência

G– Observações

.....
.....
.....

VALIDAÇÃO DA PROPOSTA

- 1** – Após avaliação da referenciação e de acordo com a prioridade atribuída, será agendada consulta na Unidade de Dor Crónica, sendo esta data comunicada ao Centro de Saúde
- 2** – Propostas omissas serão rejeitadas, e devolvidas ao Centro de Saúde especificando o motivo
- 3** – As propostas corrigindo dados omissos deverão ser de novo reenviadas pelo Centro de Saúde à Unidade de Dor
- 4** – O contacto pessoal salienta-se como o vínculo de comunicação privilegiado entre o médico do Centro de Saúde e o médico da Unidade de Dor
- 5** – A partir da data da primeira consulta cabe à Unidade de Dor Crónica assumir a tutela do tratamento da dor do doente

ARTICULAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE DOR E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- 1** – O doente deverá ser seguido pela Unidade de Dor até ser alcançada a analgesia considerada ideal ou possível
- 2** – Após ser alcançada estabilidade analgésica, deverá o médico da Unidade de Dor informar o médico de família das medidas terapêuticas efectuadas e do plano proposto, através de formulário standard que lhe dirigirá
- 3** – Obtido o controlo da dor, caberá ao Médico do Centro de Saúde, a manutenção da terapêutica analgésica de acordo com as orientações preconizadas pela Unidade de Dor
- 4** – Sempre que o médico de família verifique ao longo das suas consultas de seguimento agravamento do quadro algico, surgimento de efeitos secundários de difícil controlo, ou outras alterações relevantes, deverá reenviar o doente à Unidade de Dor, especificando em formulário qual o motivo.
- 5** – Esta articulação constitui um processo dinâmico em que o objectivo principal é o bem-estar físico, psíquico e social do doente, pelo que cada

Unidade poderá agilizar os mecanismos que permitam rentabilizar os seus recursos técnicos e humanos

6 – Os formulários constituem elementos de partilha de informação clínica entre os Cuidados de Saúde Primários e as Unidades de Dor Crónica pelo que deverão ser considerados documentos clínicos relevantes

Formulário de informação clínica da Unidade de Dor para Centro de Saúde

A – Médico.....Ced Prof

Unidade de Dor do Hospital.....

Contacto telefónico.....Email.....

B – Utente.....

Subsistema de Saúde.....

Referenciado em..... 1ª consulta

Consultas subsequentes.....

C – Diagnóstico etiológico do quadro álgico

Intervenções terapêuticas efectuadas.....

Alívio Obtido EVA Max EVA Min.....

Plano terapêutico proposto.....

Efeitos Adversos..... Prevenção

D – Necessidade de acompanhamento concomitante em Unidade de Dor? S/ N

Motivo ?.....

Alta da Unidade de Dor. Motivo.....

Periodicidade de avaliação pela Unidade

Mensal..... Trimestral..... Semestral..... Anual

F – Outras Informações

.....

Formulário do Pedido de Centro de Saúde para reavaliação por Unidade de Dor

A – Médico.....Ced Prof
Centro de Saúde.....
Contacto telefónico Email.....

B- Utente.....
Subsistema de Saúde.....

C- Última consulta na Unidade de Dor.....

D – Diagnóstico Etiológico do quadro álgico.....
.....
Terapêutica analgésica em curso.....
.....
Início de agravamento do quadro álgico.....
Ajuste terapêutico.....
Início de não controle de efeitos indesejados.....
Medidas adoptadas.....

E – Intercorrências clínicas verificadas.....
Situações a esclarecer.....
Observações.....



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 8

REVISÃO DAS REGRAS DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS OPIÓIDES

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA DOR

INTRODUÇÃO

O novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR), anexo à Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD, de 18 de Junho de 2008, foi aprovado por Despacho de Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde, datado de 8 de Maio de 2008, e visa dar continuidade, numa versão actualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

O presente Programa pretende normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

O investimento a fazer no âmbito do referido Programa impõe um apelo especial à congregação de esforços interdisciplinares e, principalmente, dos hospitais, no sentido de se obterem, da forma mais rápida possível, evidentes ganhos em qualidade de vida junto da população que sofre com dor.

DOR

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo.

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

PROPOSTAS

Incluído no Plano de Actividades para 2009, foi constituído o Grupo de Trabalho encarregue da *"Revisão das regras de prescrição dos medicamentos opióides, designadamente o que se refere ao receituário especial, com ênfase para a prescrição electrónica"*, tendo por meta apresentar uma proposta de revisão da prescrição de medicamentos opióides.

Analizada a actual situação da prescrição dos medicamentos opióides, a legislação nacional em vigor que suporta a mesma, bem como a prática de prescrição de medicamentos opióides fortes em diversos países da União Europeia, o Grupo de Trabalho foi unânime nas seguintes conclusões:

- ✓ **Desmaterialização do receituário**

- ✓ **Simplificação**

Simplificação da prescrição electrónica, nos termos da medida M009 do SIMPLEX.

Foi abordada a possibilidade da prescrição em receita médica renovável, aplicando-se as regras da actual receita médica normal e renovável. O preenchimento da receita médica é um processo moroso e burocrático, pelo que se propõe optar-se apenas pelo preenchimento do N.º Cartão Utente/SNS e/ou Cartão do Cidadão.

- ✓ **Não discriminação**

Que o receituário a implementar tivesse em conta a necessidade de não discriminação em relação ao receituário corrente. A cor amarela é extremamente estigmatizante para o doente que avia a receita na farmácia. Deverá optar-se pela inserção de um código que a distingue dos outros modelos de receita médica.

- ✓ **Prescrição múltipla em qualidade e quantidade**

Prescrição tal como acontece com o receituário comum para os crónicos. A impossibilidade de se prescrever mais do que uma denominação comum internacional por receita dificulta o processo para o prescritor. É vontade optar-se pela mesma modalidade que a da clássica receita médica.

- ✓ **Transversalidade na prescrição**

Prescrição transversal a Centros de Saúde, Hospitais e Clínicas Privadas.

✓ **Inexistência de canhoto.**

O canhoto torna o processo complexo, burocrático e não acrescenta qualquer mais-valia ao processo de controlo deste tipo de medicamentos.

IMPLICAÇÕES LEGISLATIVAS

MODELO DE RECEITA MÉDICA

De acordo com o n.º 2 do artigo 27.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 1 de Outubro, a aprovação do modelo de receita *“é precedida de parecer do INFARMED, no âmbito do qual devem ser ouvidas a Direcção-Geral da Saúde, as administrações regionais de saúde, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Médicos Veterinários, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional de Farmácias.”*

Refere o n.º 1 do artigo 27.º do mesmo diploma que *“Só mediante apresentação de receita médica ou médico-veterinária, conforme modelo a aprovar por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, podem ser fornecidas ao público, para tratamento, as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II”.*

Ou seja, a aprovação do modelo de receita médica é aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde mas precedida de parecer do INFARMED.

ADQUIRENTE

Foi apontado como um constrangimento na prescrição electrónica a questão do adquirente que se desloca à farmácia para aviar a receita, nos termos do artigo 28.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 1 de Outubro.

É um processo moroso e burocrático.

Artigo 28.º Aviamento de receitas

1 - O farmacêutico que avie uma receita especial respeitante a substâncias estupefacientes ou psicotrópicas verifica a identidade do adquirente e anota à margem do original da receita o nome, número

e data do bilhete de identidade ou da carta de condução, ou o nome e número do cartão de cidadão ou, no caso de estrangeiros, do passaporte, indicando a data de entrega e assinando de forma legível.

2 - Para identificação do adquirente pode o farmacêutico aceitar outros documentos, desde que tenham fotografia do titular, devendo, nesse caso, recolher a assinatura deste; se não souber ou não puder assinar, o farmacêutico consigna essa menção.

3 – (...)

CONCLUSÕES



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 9

LISTA DOS GDH'S RELATIVOS ÀS ACTIVIDADES DAS UNIDADES DE DOR CRÓNICA

Tabela Medicina da Dor

Cód.	Designação
------	------------

Nas áreas de intervenção psicológica e social ver tabelas em vigor.

1. Procedimentos Gerais na Unidade de Dor

Sempre que aplicável podem ser usados outros códigos constantes da tabela de Serviços e técnicas gerais

32235	Preparação de bomba infusora portátil (por exemplo "PCA")
32220	Preparação de seringa infusora
32222	Preparação de dispositivos infusores (elastómeros)
32200	Consulta de grupo

2. Procedimentos analgésicos / anestésicos diagnósticos ou terapêuticos

Se necessário, no caso de procedimentos sob controlo imagiológico, acrescem os códigos da tabela de Radiologia. Sempre que necessário acresce o código da técnica anestésica constante na tabela de Anestesiologia. Podem ser usados outros códigos constantes nas tabelas de Reumatologia, Ortopedia, Radiologia ou outras.

2.1. Procedimentos no Sistema Nervoso Periférico

Todos os códigos abaixo são referentes a bloqueios únicos. Em caso de bloqueios contínuos acresce ao código base o código 32590. Quando aplicável acresce o custo do (s) fármaco (s).

32300	Bloqueio do simpático torácico e lombar
32305	Bloqueio da raiz ganglionar sagrada
32310	Bloqueio das raízes articulares do nervo obturador e nervo femoral
32315	Bloqueio de gânglio cervico-torácico (gânglio estrelado)
32320	Bloqueio de nervo e gânglio de C1, C2 ou C3
32325	Bloqueio de nervos periféricos da cabeça (por exemplo ramos periféricos do trigémio, occipital, etc.)
32330	Bloqueio do gânglio de Gasser
32335	Bloqueio do gânglio esfenopalatino
32340	Bloqueio do gânglio impar
32345	Bloqueio do nervo ílioinguinal, femurocutâneo e genitourinário
32350	Bloqueio do plexo braquial
32230	Bloqueio do plexo celíaco/hipogástro
32355	Bloqueio do plexo lombar
32360	Bloqueio do ramo lateral medial lombar
32370	Bloqueio dos ramos comunicantes de Gray
32375	Bloqueio intercostal
32380	Bloqueio interpleural
32385	Bloqueio intravenoso regional
32390	Bloqueio paravertebral
32395	Bloqueio do nervo ciático e/ou femoral
32400	Bloqueio somático do braço, antebraço e mão
32405	Bloqueio somáticos da extremidade inferior (perna e pé)
32410	Bloqueio supra-escapular
32415	Acréscimo se técnica contínua
32420	Outros bloqueios (glossofaríngeo, etc...)

2.2. Procedimentos do neuroeixo

Os códigos 32505, 32510 e 32513 são referentes a procedimentos únicos. Em caso de procedimentos contínuos acresce ao código base o código 32550.

32505	Procedimentos epidurais para tratamento da dor
32510	Procedimentos subaracnoideus para tratamento da dor
32513	Técnica sequencial para tratamento da dor (por exemplo dor isquémica de membros inferiores)
32520	Colocação de bomba infusora programável epidural/intratecal
32521	Programação bomba infusora programável implantada

Tabela Medicina da Dor

Cód.	Designação
32522	Preenchimento bomba infusora implantada com morfina
	Preenchimento bomba infusora implantada com baclofeno (ver tabela de MFR, código 61168 - Preenchimento)
32519	Preenchimento bomba infusora implantada com associação de fármacos
novo	Preenchimento bomba infusora implantada com outros fármacos (por exemplo ziconotide)
32523	Revisão/substituição de cateter conectado a bomba implantada
32524	Revisão/substituição bomba infusora implantada
32525	Colocação de cateter e reservatório sub cutâneo intratecal/epidural
32530	Outros procedimentos no neuroeixo
32550	Acréscimo se técnica contínua

2.3 . Procedimentos de neuromodulação

32610	Colocação de dispositivos implantáveis para modulação periférica
32630	Avaliação do sistema de estimulação / reprogramação
32635	Implantação de eléctrodo único epidural por via percutânea (1º tempo)
32640	Implantação de eléctrodos múltiplos epidurais por via percutânea (1º tempo)
32645	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) electrodo único
novo	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) electrodo único - gerador recarregável
novo	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) electrodos múltiplos
novo	Colocação de gerador de neurostimulação (2º tempo) electrodos múltiplos - gerador carregável
32650	Implantação de neuroestimulador medular eléctrodo único/múltiplo epidural por via percutânea
32670	Revisão/remoção de eléctrodo num nervo periférico
32675	Revisão/remoção de eléctrodo único epidural por via percutânea
32680	Revisão/remoção de eléctrodos múltiplos epidurais por via percutânea
32685	Revisão substituição de gerador não recarregável
32687	Revisão substituição de gerador recarregável
32690	Revisão/remoção de neuro-estimulador medular
32695	Técnicas de estimulação cerebral profunda
32700	Outras técnicas de neuroestimulação

2.4 . Procedimentos em articulações, músculos, tendões e partes moles

Quando aplicável, acresce o custo do (s) fármaco(s).

32430	Infiltração ao nível atlanto-occipital ou atlantoaxial
32445	Infiltração ao nível da articulação da ATM
32465	Infiltração das articulações inter-apofisárias cervical, dorsal e lombar
32435	Infiltração ao nível da articulação esterno-clavicular, manúbrio esternal e apêndice xifóide
32427	Infiltração articular a nível do membro superior
32440	Infiltração ao nível da articulação sacroilíaca
32455	Infiltração ao nível da articulação do coccix
32428	Infiltração articular a nível do membro inferior
32470	Infiltração de músculo superficial
32475	Infiltração de músculo superficial com toxina botulínica
32425	Infiltração/bloqueio do músculo piriforme
32480	Infiltração de músculo profundo com toxina botulínica - Psoas, quadrado lombar ou piriforme
32485	Infiltração com toxina botulínica para síndromes miofasciais e situações neurológicas
32450	Infiltração ao nível dos pontos de "trigger"

Tabela Medicina da Dor

Cód.	Designação
32460	Infiltração ao nível dos tecidos moles
novos	Outros procedimentos

2.5. Ozonoterapia

32750	Ozonoterapia intra articular grandes articulações
32755	Ozonoterapia intra articular pequenas articulações
32760	Ozonoterapia intra discal
32765	Outras aplicações

2.6. Procedimentos por Radiofrequência

Podem ser utilizadas correntes de radiofrequência monopolar ou bipolar, pulsada ou de lesão, consoante a situação clínica. Acresce apoio de Radiologia e ou injeção de contraste

32815	Radiofrequência C1 nervo e gânglio, C2
32800	Radiofrequência gânglio de Gasser
32805	Radiofrequência gânglio esfenopalatino
32810	Radiofrequência gânglio cervicotorácico (Estrelado)
32820	Radiofrequência do gânglio da cadeia simpática torácica/lombar
32830	Radiofrequência nervos esplâncnicos
32835	Radiofrequência ramos comunicantes de Gray
32840	Radiofrequência ganglionar das raízes cervicais ou dorsais
32845	Radiofrequência ganglionar das raízes lombares / sagrada
32860	Radiofrequência do gânglio Ímpar
32865	Radiofrequência dos plexos ou nervos periféricos (supraescapular, intercostais, occipital...) e outros ramos sensitivos articulares
32870	Radiofrequência de pontos de "trigger"
32875	Radiofrequência para anuloplastia
32825	Radiofrequência facetas cervicais , dorsais ou lombares (intra articular ou do ramo medial)
32855	Radiofrequência da articulação sacroilíaca
32880	Radiofrequência para outros procedimentos

2.7. Outros procedimentos minimamente invasivos

Inclui procedimentos reconstructivos, terapêuticas complementares como laser, Radiofrequência, fármacos, etc.

Devem ser considerados com ou sem biopsia.

A terapêutica de aumento vertebral pode ser a mais de um nível

32900	Anuloplastia
32905	Vertebroplastia, cervical, dorsal , lombar
32910	Cifoplastia, cervical, dorsal, lombar
32915	Vesselplastia
32920	Colocação de espaçador interssomático
32925	Nucleoplastia
32930	Terapêutica Electrotermal Intradiscal (IDET)
32935	Epiduroscopia / Tecaloscopia
32960	Outros procedimentos percutâneos ou minimamente invasivos para tratamento da Dor, incluindo endoscópicos

2.8. Outras terapêuticas complementares no tratamento da Dor (itens com remissivo)

32965	Electroacupunctura
32970	Outras técnicas terapêuticas



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 10

RESUMO DA LEGISLAÇÃO NACIONAL SOBRE MEDICAMENTOS OPIÓIDES

OPIOIDES E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS – IMPLICAÇÕES NA AUTONOMIA DOS DOENTES E ACTIVIDADE PROFISSIONAL EM AMBULATÓRIO

- transporte, utilização e prescrição por profissionais de saúde
 - condução de veículos automóveis por doentes que são medicados com estas substâncias
 - regime legal vigente
-

I.

Conforme solicitado, procedemos à pesquisa e análise dos diplomas legais vigentes que regulem ou de alguma forma estejam relacionados com as questões colocadas:

- quais as regras a que estão sujeitos os profissionais de saúde que, no exercício da sua actividade, transportam, utilizam e/ou prescrevem substâncias psicotrópicas, morfínicas, ansiolíticas e outras de natureza análoga;
- quais as regras/proibições a que estão sujeitos os doentes que, no âmbito de tratamento médico prescrito/supervisionado por profissional de saúde habilitado, tomam medicamentos desta natureza e, em concreto, quais as regras/proibições relacionadas com a condução de veículos automóveis sob o efeito de tais medicamentos.

II.

Na pesquisa efectuada, foi possível identificar os seguintes diplomas legais, que se afiguram de interesse para a questão em análise:

- D.L. nº. 15/93, de 22.Jan – Legislação de combate à droga;
- Decreto Regulamentar nº. 61/94, de 12.Out – Regulamenta o D.L. nº. 15/93;
- D.L. nº. 114/94, de 03.Mai – Código da Estrada;
- Lei nº. 18/2007, de 17.Mai – Regulamento de Fiscalização da Condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas;
- Portaria nº. 902-B/2007, de 13.Ago – Regulamenta o tipo de material a utilizar na recolha e transporte das amostras biológicas destinadas a determinar, no sangue, a presença de substâncias psicotrópicas;

- Despacho Normativo nº. 35/2007, de 25.Set – Aprova o Guia Orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas.

III.

D.L. 15/93 [Lei de combate à droga]

D.Reg. 61/94 [Regulamenta a Lei 15/93]

O **DL 15/93** define o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Em consequência, o emprego, a distribuição, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso de plantas, substâncias e preparações constantes das tabelas I a VI estão sujeitas a este regime, bem como ao respectivo Decreto Regulamentar 61/94.

Assume especial relevância, no que à matéria em análise diz respeito, o Capítulo II do D.L. 15/93 – “*Autorizações, fiscalização e prescrições médicas*”, que dispõe o seguinte:

- O Infarmed é a entidade competente para estabelecer condicionamentos e conceder autorizações para “*o cultivo, a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso de plantas, substâncias e preparações*” indicados nas tabelas I a IV, anexas ao DL 15/93;
- o processo de autorização obedece a diversos procedimentos prévios [p.ex., pronúncia do Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça];
- o despacho de autorização é publicado no DR;
- cada autorização genérica é válida pelo período de 1 ano, considerando-se renovadas por igual período, se o Infarmed nada disser em contrário até 90 dias antes do termo do prazo;
- cada autorização específica só é válida para o período que for fixado no despacho, mas nunca superior a 1 ano;
- as autorizações são intransmissíveis.

- As pessoas podem atravessar as fronteiras portuguesas transportando, para uso próprio, substâncias e preparações incluídas nas tabelas I-A, II-B, II-C, III e IV, desde que a quantidade não exceda o necessário para 30 dias de tratamento e se façam acompanhar de documento médico justificativo da necessidade do seu uso.

- As substâncias e preparações incluídas nas tabelas I a II só são fornecidas ao público, para tratamento, mediante receita médica especial com especificidades reguladas no Dec. Reg. 61/94:
 - ☑ as receitas são numeradas, passadas em triplicado, devendo o médico prescriptor conservar o seu triplicado em arquivo pelo prazo de 3 anos.

- Excepcionalmente, em caso de urgente necessidade, o farmacêutico pode, sob sua responsabilidade e para uso imediato, fornecer sem receita médica substâncias e preparações incluídas nas tabelas I a II, desde que o fármaco fornecido não exceda a dose máxima para ser tomada de uma só vez.

- As substâncias e preparações incluídas nas tabelas III e IV estão sujeitas a receita médica, nos termos gerais.

- Os serviços de saúde do Estado ou privados enviam trimestralmente ao Infarmed uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico.

O **Decreto Regulamentar 61/94** estabelece os procedimentos a observar, para cumprimento do que dispõe o D.L. 15/93:

- Os despachos de autorização, revogação ou suspensão das actividades acima referidas são da competência do Presidente do Infarmed.

- Nos serviços de saúde do Estado ou privados, a responsabilidade pelo controlo das substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II

cabe às comissões de farmácia e terapêutica ou, não existindo, às direcções clínicas e aos farmacêuticos directores, que fornecerão ao Infarmed, em termos a acordar e com a periodicidade a prever, os dados e informações considerados indispensáveis.

- Sem prejuízo, e como se disse acima, devem enviar ao Infarmed, trimestralmente, uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico, segundo modelo aprovado pelo Infarmed, em suporte manual ou informático.
- Todos os livros de registo que as entidades estão obrigadas a ter devem ser de modelos aprovados pelo Infarmed, numerados e rubricados em todas as páginas pelo Infarmed, com termos de abertura e encerramento.
- Os livros seguem uma ordem cronológica, com numeração sequencial, não podendo conter espaços em branco, entrelinhas, rasuras ou emendas não ressalvadas.
- Os registos relativos às tabelas I, II e IV devem ser mantidos pelo prazo de 5 anos, a contar do último lançamento efectuado. Os registos relativos às restantes tabelas devem ser mantidos pelo prazo de 3 anos, também a contar do último lançamento.

Quanto às consequências pela prática de infracções ao estabelecido neste diploma e respectivo regulamento, dispõe-se que:

- A violação do estabelecido na lei quanto às autorizações constitui contra-ordenação, punível com coima e sanções acessórias [revogação ou suspensão da autorização concedida para o exercício da respectiva actividade; interdição do exercício de profissão ou actividade por período não superior a 3 anos].

- O Infarmed tem registo de todas as pessoas singulares ou colectivas autorizadas a exercer algumas das actividades acima referidas, sendo averbadas a esse mesmo registo todas as sanções que sejam aplicadas.

Em anexo, remetemos diversos documentos relacionados com os pedidos de autorização:

- ☒ minuta para obtenção de autorização para aquisição directa de substâncias estupefacientes/psicotrópicas e seus preparados – Anexo 3;
- ☒ minuta para obtenção de autorização para fabricar, comercializar por grosso, importar, exportar e trânsito de substâncias estupefacientes/psicotrópicas e seus preparados – Anexo 4;
- ☒ minuta de termo de responsabilidade do responsável pelos registos dos medicamentos que contêm estupefacientes e/ou substâncias psicotrópicas – Anexo 5;
- ☒ circular informativa sobre a receita médica especial – Anexo 6.

Os dois diplomas acima referidos relevam para a apreciação da primeira questão [quais as regras a que estão sujeitos os profissionais de saúde que, no exercício da sua actividade, transportam, utilizam e/ou prescrevem substâncias psicotrópicas, morfínicas, ansiolíticas e outras de natureza análoga].

Na verdade, parece-nos que os profissionais de saúde [*in casu*, os médicos] e as entidades [pessoas singulares ou colectivas] que pretendam exercer alguma das actividades previstas na lei, terão, obrigatoriamente, que dispor de autorização para o efeito, a conceder pelo Infarmed.

E isto é válido, cremos, designadamente, para:

i) aquisição de estupefacientes ou psicotrópicos para administração em doentes, seja em hospital privado [já que nos hospitais públicos, a obrigatoriedade não recai sobre os médicos] no exercício da sua clínica privada [operações

realizadas em hospitais/clínicas privadas por médicos que apenas utilizam as instalações, i.e., que não realizam as operações ao serviço dos hospitais/clínicas], seja em clínica privada [em concreto, no consultório, p.ex., em pequenas cirurgias ambulatoriais];

ii) transporte dos estupefacientes ou psicotrópicos adquiridos [p.ex., do consultório para o hospital/clínica privada, ou até para o domicílio do doente, nos casos em que é prestada assistência médica domiciliária].

IV.

Lei 114/94 [Código da Estrada]

Lei 18/2007 [Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas]

Portaria 902-B/2007, de 13.Ago [Regulamenta o tipo de material a utilizar na recolha e transporte das amostras biológicas destinadas a determinar, no sangue, a presença de substâncias psicotrópicas]

Despacho Normativo 35/2007 [Aprova o Guia Orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas]

- Dispõe o C.E. – art. 81º - que é proibido conduzir sob influência de substâncias psicotrópicas, sendo que a infracção a esta disposição legal constitui contra-ordenação muito grave. Acresce que é qualificada como crime pelo artigo 292º do Código Penal.
- Considera-se sob influência de substâncias psicotrópicas o condutor que, após exame realizado nos termos do C.E. e respectivo Regulamento, seja como tal considerado em relatório pericial.
- Para os efeitos do disposto no art. 81º C.E. [proibição de conduzir], são especialmente avaliadas as seguintes substâncias psicotrópicas: canabinóides; cocaína e seus metabolitos; opiáceos; anfetaminas e derivados. Isto sem prejuízo de, para os mesmo efeitos, a lei permitir que seja pesquisada a presença no sangue de qualquer outra substância psicotrópica que tenha influência negativa na capacidade para o exercício da condução.

- As regras segundo as quais são realizados os exames de rastreio e de confirmação são definidas na Lei 18/2007, na Portaria nº. 902-B/2007, e tendo por base o Guia Orientador aprovado pelo Despacho Normativo nº. 35/2007.

Da análise dos diplomas legais, não se verifica que a lei permita alguma excepção à proibição de condução sob o efeito de substâncias psicotrópicas, designadamente, em caso de consumo por prescrição médica, para tratamento de patologia específica.

A posse, pelo doente/conductor, de prescrição médica para substâncias psicotrópicas relevará para apreciação/afastamento de eventual ilícito criminal relacionado com o consumo/tráfico de estupefacientes, mas não cremos que assim seja para a apreciação da contra-ordenação/ilícito criminal por condução sob o efeito de tais substâncias.

Documentos em anexo:

- 1- Decreto-Lei 15/93, de 22.Jan [Legislação de Combate à Droga]
- 2- Decreto Regulamentar 61/94, de 12.Out [Regulamenta o D.L. 15/93]
- 3- Minuta para obtenção de autorização para aquisição directa de substâncias estupefacientes/psicotrópicas e seus preparados
- 4- Minuta para obtenção de autorização para fabricar, comercializar por grosso, importar, exportar e trânsito de substâncias estupefacientes/psicotrópicas e seus preparados
- 5- Minuta de termo de responsabilidade do responsável pelos registos dos medicamentos que contêm estupefacientes e/ou substâncias psicotrópicas
- 6- Circular informativa sobre a receita médica especial
- 7- Decreto-Lei 114/94, de 02.Mai [Código da Estrada]
- 8- Lei 18/2007, de 17.Mai [Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência de Álcool ou Substâncias Psicotrópicas]
- 9- Portaria 902-B/2007, de 13.Ago [Regulamenta os Exames para detecção de álcool ou substâncias psicotrópicas no sangue]
- 10- Despacho Normativo 35/2007, de 25.Set [Aprova o Guia Orientador de Indícios de Influência por Substâncias Psicotrópicas]

11- Instrução Técnica 1/2007, 21.Ago [Instruções Técnicas para Avaliação do Estado de Influenciado por Substâncias Psicotrópicas)

IMPRIMIR DOCUMENTO

JusNet

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, Revê a legislação de combate à droga (JusNet 7/1993)

(DR N.º 18, Série I-A, 22 Janeiro 1993; Data Distribuição 22 Janeiro 1993; Rectificação DR N.º 43, Série I-A 1º Supl, 20 Fevereiro 1993)

- Emissor: Ministério da Justiça
- Entrada em vigor: 21 Fevereiro 1993
- Versão consolidada vigente desde: 12 Maio 2009; Última alteração legislativa [L.n.º 38/2009, de 20 de Julho](#) (objectivos, prioridades e orientações de política criminal para o biénio de 2009-2011) (JusNet 1455/2009)

A aprovação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, oportunamente assinada por Portugal e ora ratificada - [Resolução da Assembleia da República n.º 29/91 \(JusNet 159/1991\)](#) e [Decreto do Presidente da República n.º 45/91 \(JusNet 160/1991\)](#), publicados no Diário da República, de 6 de Setembro de 1991 - é a razão determinante do presente diploma. Tal instrumento de direito internacional público visa prosseguir três objectivos fundamentais.

Em primeiro lugar, privar aqueles que se dedicam ao tráfico de estupefacientes do produto das suas actividades criminosas, suprimindo, deste modo, o seu móbil ou incentivo principal e evitando, do mesmo passo, que a utilização de fortunas ilicitamente acumuladas permita a organizações criminosas transnacionais invadir, contaminar e corromper as estruturas do Estado, as actividades comerciais e financeiras legítimas e a sociedade a todos os seus níveis.

Em segundo lugar, adoptar medidas adequadas ao controlo e fiscalização dos precursores, produtos químicos e solventes, substâncias utilizáveis no fabrico de estupefacientes e de psicotrópicos e que, pela facilidade de obtenção e disponibilidade no mercado corrente, têm conduzido ao aumento do fabrico clandestino de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

Em terceiro lugar, reforçar e complementar as medidas previstas na [Convenção sobre Estupefacientes de 1961 \(JusNet 11/1970\)](#), modificada pelo Protocolo de 1972 ([JusNet 36/1978](#)), e na [Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 \(JusNet 68/1979\)](#), colmatando brechas e potenciando os meios jurídicos de cooperação internacional em matéria penal.

A transposição para o direito interno dos objectivos e regras que, num processo evolutivo, vão sendo adquiridos pela comunidade internacional mostra-se necessária ao seu funcionamento prático, acontecendo que as disposições mais significativas daquela Convenção das Nações Unidas não são exequíveis sem mediação legislativa.

No domínio internacional, tiveram-se ainda em conta a Convenção Relativa ao Branqueamento, Despistagem, Apreensão e Perda dos Produtos do Crime, elaborada no

seio do Conselho da Europa e que Portugal assinou em 8 de Novembro de 1990 (**JusNet 128/1990**), bem como a directiva do Conselho das Comunidades Europeias de 10 de Junho de 1991, relativa à prevenção da utilização do sistema financeiro para efeito de branqueamento de capitais.

Igualmente mereceu atenção a proposta de directiva do Conselho relativa à produção e colocação no mercado de certas substâncias utilizadas na produção ilícita de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, instrumento que visa estabelecer as medidas de fiscalização sobre os "precursores" exigidas pelo artigo 12.º da aludida Convenção das Nações Unidas de 1988, assinada autonomamente pela Comunidade, ao mesmo tempo que pretende afastar distorções da concorrência no fabrico lícito e na colocação de tais produtos químicos no mercado comunitário, em complementaridade com a fiscalização dos mesmos para o exterior das Comunidades Europeias.

Após a publicação do **Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de Dezembro (JusNet 58/1983)**, ora em revisão, entrou em vigor um novo **Código de Processo Penal (JusNet 11/1987)**, pelo que algumas das especialidades e inovações - por exemplo a do princípio da oportunidade - previstas naquele diploma estão hoje consagradas em termos gerais no novo sistema processual penal.

Entrou, também, em vigor um diploma sobre cooperação internacional, o **Decreto-Lei n.º 43/91, de 22 de Janeiro (JusNet 162/1991)**, o qual se propôs regular, num único texto, diferentes formas de cooperação, que vão desde a extradição à transmissão de processos penais, execução de sentenças penais, transferência de pessoas condenadas e vigilância das mesmas ou das libertadas condicionalmente, até um amplo leque de medidas de auxílio judiciário em matéria penal.

Como se refere no próprio preâmbulo, essa lei interna atendeu já à Convenção das Nações Unidas de 1988, "designadamente em matéria de auxílio judiciário, extradição e execução de decisões de perda de produtos do crime".

O presente diploma, compatibilizando-se com a terminologia e as novas regras do processo penal, recebe já alguns princípios novos enformadores da reforma ainda em curso do **Código Penal (JusNet 10/1995)**, como é o caso da multa em alternativa (e não em acumulação) da pena de prisão.

Este último aspecto tem de ser objecto de ponderação especial perante o facto de hoje se considerar prioritário o ataque às fortunas ilícitas dos traficantes.

Desaparecendo a possibilidade de cumular a pena de multa, de cariz patrimonial, com a pena de prisão, para os tipos legais mais graves, passa a assumir relevo particular o inventário de medidas destinadas a desapossar os traficantes no tocante aos bens e produtos que são provenientes, directa ou indirectamente, da sua actividade criminosa.

Também no que respeita à dosimetria das penas a presente reformulação haverá de continuar a harmonizá-las com o restante sistema jurídico, particularmente com o Código Penal. É sabido, outrossim, o nulo ou reduzido efeito dissuasor da previsão abstracta de penas severas - como já se sublinhava no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 430/83 -, se não for acompanhado de uma melhoria progressiva dos recursos técnicos da investigação criminal e da formação e dinamismo dos seus titulares.

Conhecida a relutância de certas correntes de pensamento em aceitar um direito penal e processual recheado de normas especiais para combater certas formas de criminalidade e também, diga-se em abono da verdade, o facto de o novo Código de Processo Penal já estar munido de modernos institutos de investigação criminal, tudo aponta para que as especificidades nesse campo sejam reduzidas ao mínimo, mas sem que deixe de se

reconhecer que os crimes mais graves de tráfico de droga devem merecer equiparação ao tratamento previsto nesse diploma para a criminalidade violenta ou altamente organizada e para o terrorismo.

Posto que o objectivo primeiro da revisão seja o de efectuar as adaptações do direito nacional indispensáveis a tornar eficaz no âmbito interno a aludida Convenção das Nações Unidas de 1988, não se excluía a possibilidade de ponderar outras alterações consideradas importantes.

A organização das tabelas anexas ao diploma principal foi um dos pontos objecto de preocupação.

Não ofereceria dificuldade aditar às tabelas existentes as duas listas, respeitantes aos precursores, nos termos da Convenção de 1988, aproveitando a oportunidade para integrar as substâncias que entretanto haviam sido incluídas por portarias editadas nos termos das Convenções de 1961 e 1971.

No entanto, afigurou-se que se poderia dar mais um passo no sentido de uma certa gradação de perigosidade das substâncias, reordenando-as em novas tabelas e daí extraindo efeitos no tocante às sanções.

Já hoje, como se sabe, as substâncias constantes da tabela IV anexa ao Decreto-Lei n.º 430/83 são alvo de tratamento diferenciado relativamente às restantes, designadamente no capítulo da punição do tráfico, do incitamento ao seu consumo e do próprio consumo.

A gradação das penas aplicáveis ao tráfico tendo em conta a real perigosidade das respectivas drogas afigura-se ser a posição mais compatível com a ideia de proporcionalidade. O que não implica necessária adesão à distinção entre drogas duras e leves e, muito menos, às ilações extraídas por alguns países no campo da descriminalização ou despenalização do consumo.

Simplesmente, a decisão de uma gradação mais ajustada tem de assentar na aferição científica rigorosa da perigosidade das drogas nos seus diversos aspectos, onde se incluem motivações que ultrapassam o domínio científico, para relevarem de considerandos de natureza sócio-cultural não minimizáveis.

Tudo para concluir que a matéria da (re)organização das tabelas merece ainda ponderação futura a efectuar no tempo e sede próprios.

Idêntica postura pareceu de adoptar quanto ao tráfico no alto mar. A despeito do relevo crescente que assume como meio preferencial de circulação da droga, aproveitando os traficantes em seu benefício da reduzida capacidade de intervenção dos Estados em águas internacionais, não se encontraram fórmulas que permitissem intensificar o controlo, desde logo pela posição reducionista que advém do próprio artigo 17.º da Convenção de 1988.

Com efeito, a predominância conferida ao país do pavilhão, mesmo quando haja suspeita séria de que o navio abusa da liberdade de circulação que o direito internacional garante para se dedicar ao tráfico ilícito, só limitável mediante tratado, acordo ou protocolo, é um sinal de prevalência de certos interesses, nomeadamente os comerciais, como expressamente se reconhece no n.º 5 do artigo 17.º, sobre os da saúde e bem-estar da população de todo o mundo.

Esta temática preocupa especialmente os países que fazem parte do Conselho da Europa (Grupo Pompidou).

Assunto a merecer continuada reflexão do nosso país, quer no âmbito de tratados bilaterais a estabelecer com países vizinhos da orla marítima, quer ainda pela especial posição nacional como detentor de uma zona económica exclusiva de considerável

extensão.

Apesar do importante papel que se reconhece à prevenção dirigida à informação, formação e educação, entendeu-se que, sendo temática de sentido evolutivo acentuado, que não convém sedimentar, e que pode ser objecto de diploma próprio, não deveria, nesta sede, receber tal matéria particular desenvolvimento.

Por maioria de razão se retiraram disposições de tipo organizativo dos serviços.

Por ele perpassa, todavia, o apelo à maior articulação entre o papel do sistema judiciário e dos serviços e organismos de saúde pública, especificamente na parte que é dirigida à prevenção e tratamento de toxicodependentes, não só em termos de qualidade como também de quantidade e com consequências a nível de dispersão territorial. Só assim será imaginável levantar uma barreira resistente à extensão de um fenómeno de raízes culturais mas com manifestações imediatas e bem visíveis na saúde do indivíduo.

Ponto obrigatório de reflexão ao proceder-se a uma revisão de alguma envergadura terá de ser o modo como o sistema jurídico deve lidar com o consumo de drogas.

Uma alteração radical da política legislativa em tal campo terá de se basear, não só no conhecimento profundo das últimas aquisições científicas sobre o efeito destas drogas na personalidade humana, como também na perscrutação minuciosa da sensibilidade das camadas sociais mais envolvidas (os jovens, os pais, as famílias em geral, os educadores, dada a sua influência cultural), sem o que essa medida necessariamente se transformará numa intervenção sem reflexão posterior.

Abandonando, à partida, essa reavaliação, não deixou de se sopesar a posição seguida nos últimos anos, comparando-a com a de outros países geográfica e culturalmente próximos.

Disse-se em 1983, no exórdio do Decreto-Lei n.º 430/83:

Considera-se censurável socialmente o consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, desde logo pela quebra de responsabilidade individual de cada cidadão perante os outros. Tal não significa, todavia, que o toxicodependente não deva ser encarado, em primeira linha, como alguém que necessita de assistência médica e que tudo deve ser feito para o tratar, por sua causa e também pela protecção devida aos restantes cidadãos.

Em conformidade com tais afirmações, o consumidor de drogas é sancionado pela lei vigente de maneira quase simbólica, procurando-se que o contacto com o sistema formal da justiça sirva para o incentivar ao tratamento, na hipótese de ter sido atingido pela toxicodependência.

Esta posição tem vindo a ganhar adeptos em países como a Itália e a Espanha, por exemplo.

A posição mais dissonante do resto da Europa é a da Holanda, onde o consumo de droga na prática não é proibido. Arrogando-se de uma solução pragmática, não emocional nem dogmática, o centro de gravidade da actuação pretende-se localizado na saúde do consumidor, acreditando-se mais no controlo social que na eficácia da legislação.

Esta postura vem merecendo a crítica de laxismo, desde logo nos próprios países nórdicos, eles também já experimentados em posições mais brandas, que foram progressivamente abandonando.

Pode, porém, dizer-se que a generalidade dos países representados nas Nações Unidas receia que o invocado pragmatismo do tipo holandês abra brechas num combate cuja amplitude de danos na saúde, especialmente das camadas jovens, se perfila de uma gravidade tal, na conjuntura hoje vivida, que não haveria diques bastante para o travar, conhecida que é a capacidade dos traficantes para explorar novas situações e mercados.

Neste sentido também caminha o Conselho da Europa - cf. pontos 9, 10 e 17 da Recomendação n.º 1141 (1991), adoptada em 31 de Janeiro de 1991 pela Assembleia Parlamentar.

Sendo certo, por outro lado, que não podendo, embora, descurar-se a forte componente economicista do fenómeno, aparece como muito arriscada uma transição de estratégia que assente fundamentalmente nas regras de oferta/procura e suas consequências nos preços, ainda que mesclada de ingredientes que pudessem assegurar o controlo essencial do "mercado" por órgãos públicos. Principalmente se essa transição se desse por forma brusca. Posto que muito longe do encerramento da discussão sobre tão controverso tema, não se vêem motivos para alteração na postura da legislação vigente quanto ao modo de intervenção do sistema jurídico-penal em matéria de consumo de droga.

A censurabilidade implícita nessa intervenção - aliás, reduzida ao mínimo- será o complemento de coerência com a restante mensagem, quer a nível de prevenção, quer da própria relação terapêutica com o drogado, impregnada de um apelo constante ao seu sentido de responsabilidade na coesão de todo o restante tecido social a que, irremediavelmente, o seu destino o ligou.

Por conseguinte, o ditame fundamental das alterações introduzidas neste ponto dirigir-se-á ao moldar da utensilagem jurídica no sentido de contribuir, no máximo da sua valência, para que o toxicodependente ou consumidor habitual se liberte da escravidão que o domina, mediante os incentivos adequados do tratamento médico e da reabilitação, que o tragam de volta para o cortejo da vida útil, se possível feliz, no seio da comunidade.

Para os consumidores ocasionais, acima de tudo deseja-se a sua não etiquetagem, a não marginalização, enfim, que o seu semelhante o não empurre para becos sem saída ou que a saída acabe mesmo por ser a droga.

A escolha diversificada de alternativas, conforme os casos, e a maleabilidade do sistema consituem a palavra de ordem, em colaboração estreita com as autoridades sanitárias.

Para além da composição diversificada do grupo de trabalho que elaborou o estudo que fundamentou o presente diploma - com representantes dos sistemas da justiça, saúde, educação, juventude, finanças, comércio e turismo, do Banco de Portugal e da Ordem dos Advogados -, foram ouvidos o Conselho Superior da Magistratura, a Procuradoria-Geral da República, a Ordem dos Médicos e outras entidades, através do Conselho Nacional do Projecto VIDA.

Foram também ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Assim:

No uso da autorização legislativa concedida pela [Lei n.º 27/92, de 31 de Agosto \(JusNet 115/1992\)](#), e nos termos das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 201.º da [Constituição \(JusNet 7/1976\)](#), o Governo decreta o seguinte: ➡

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1. *Objecto.* ➡

O presente diploma tem como objecto a definição do regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Artigo 2. *Regras gerais e tabelas.* ➡

1 - As plantas, substâncias e preparações sujeitas ao regime previsto neste decreto-lei

constam de seis tabelas anexas ao presente diploma.

2 - As tabelas i a iv serão obrigatoriamente actualizadas, de acordo com as alterações aprovadas pelos órgãos próprios das Nações Unidas, segundo as regras previstas nas convenções ratificadas por Portugal. ➡

3 - As tabelas v e vi serão obrigatoriamente actualizadas, de acordo com as alterações aprovadas pelos órgãos próprios das Nações Unidas, segundo as regras previstas nas convenções ratificadas por Portugal ou por diploma das Comunidades Europeias.

4 - O cultivo, a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso de plantas, substâncias e preparações indicadas nos números anteriores ficam sujeitos aos condicionamentos definidos no presente diploma.

5 - As regras necessárias à boa execução deste diploma, no que concerne à matéria referida no número anterior, constarão de decreto regulamentar, no qual se especificará ainda a margem de excedentes de cultivo, as quotas de fabrico, as entidades e empresas autorizadas a adquirir plantas, substâncias e preparações, as condições de entrega, os registos a elaborar, as comunicações e informações a prestar, os relatórios a fornecer, as características das embalagens e rótulos, as taxas pela concessão de autorizações e as coimas pela violação da regulamentação.

Artigo 3. Âmbito do controlo. ➡

Ficam sujeitas a controlo todas as plantas, substâncias e preparações referidas nas convenções relativas a estupefacientes ou substâncias psicotrópicas ratificadas por Portugal e respectivas alterações, bem como outras substâncias incluídas nas tabelas anexas ao presente diploma.

CAPÍTULO II

Autorizações, fiscalização e prescrições médicas

Artigo 4. Licenciamentos, condicionamentos e autorizações. ➡

1 - O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento é a entidade competente a nível nacional para estabelecer condicionamentos e conceder autorizações para as actividades previstas no n.º 4 do artigo 2.º no que concerne às substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, dentro dos limites estritos das necessidades do País, dando prevalência aos interesses de ordem médica, médico-veterinária, científica e didáctica.

2 - A Direcção-Geral do Comércio Externo é a entidade competente a nível nacional para emitir a declaração de importação e a autorização de exportação das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI.

3 - A Direcção-Geral da Indústria é a autoridade competente a nível nacional para autorizar a produção e fabrico das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI.

4 - Antes de apreciar qualquer pedido de autorização, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento envia cópia do pedido ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça, que se pronunciará no prazo de 30 dias e, se for caso disso, ouvirá os departamentos adequados dos Ministérios da Agricultura, da Indústria e Energia e do Comércio e Turismo.

5 - O despacho de autorização do presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento é publicado no Diário da República e estabelece as condições a observar pelo requerente, dele cabendo imediato recurso contencioso; havendo recurso hierárquico facultativo, este terá efeito meramente devolutivo.

6 - Cada autorização genérica concedida pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento não excederá o período de um ano, prorrogável.

7 - O disposto neste artigo não prejudica as competências próprias dos Ministérios do Comércio e Turismo e da Indústria e Energia em matéria de licenciamento das operações de comércio externo ou de licenciamento da instalação e laboração de estabelecimentos industriais onde se fabriquem os produtos constantes das tabelas I a VI, respectivamente.

Artigo 5. Competência fiscalizadora do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.

1 - Compete ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento fiscalizar as actividades autorizadas de cultivo, produção, fabrico, emprego, comércio por grosso, distribuição, importação, exportação, trânsito, aquisição, venda, entrega e detenção de plantas, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV.

2 - Na fiscalização das actividades autorizadas referidas no número anterior pode, a qualquer momento, ser feita inspecção às empresas, estabelecimentos ou locais e ser solicitada a exibição dos documentos ou registos respectivos.

3 - As infracções detectadas são comunicadas às entidades competentes, para investigação criminal ou para a investigação e instrução contra-ordenacional.

4 - Mediante portaria conjunta dos Ministros da Justiça, da Agricultura e da Saúde, será proibida a cultura de plantas ou arbustos dos quais se possam extrair substâncias estupefacientes, quando essa medida se revele a mais apropriada para proteger a saúde pública e impedir o tráfico de droga.

5 - Idêntica medida pode ser adoptada quanto ao fabrico, preparação ou comercialização de substâncias estupefacientes ou preparações.

Artigo 6. Natureza das autorizações.

1 - As autorizações são intransmissíveis, não podendo ser cedidas ou utilizadas por outrem a qualquer título.

2 - Quando se trate de empresas com filiais ou depósitos é necessária uma autorização para cada um deles.

3 - Dos pedidos de autorização deve constar a indicação dos responsáveis pela elaboração e conservação actualizada dos registos e pelo cumprimento das demais obrigações legais.

Artigo 7. Requisitos subjectivos.

1 - Só podem ser concedidas autorizações a entidades cujos titulares ou representantes legais ofereçam suficientes garantias de idoneidade moral e profissional.

2 - Compete ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça, a solicitação do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, verificar os elementos que permitem determinar as circunstâncias a que se refere o número anterior, socorrendo-se, se necessário, da colaboração das entidades que integram o Grupo de Coordenação do Combate ao Tráfico de Droga, no respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

Artigo 8. Manutenção e caducidade da autorização.

1 - No caso de falecimento, substituição do titular ou mudança de firma, o requerimento de manutenção da autorização deve ser presente ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento no prazo de 60 dias.

2 - A manutenção da autorização depende da verificação dos requisitos de idoneidade moral e profissional.

3 - A autorização caduca em caso de cessação de actividade ou, nos casos previstos no n.º 1, se não for requerida a sua manutenção no prazo estabelecido.

Artigo 9. Revogação ou suspensão da autorização.

1 - O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento deve revogar a autorização concedida logo que deixem de verificar-se os requisitos exigidos para a concessão da mesma.

2 - Pode ter lugar a revogação ou ser ordenada a suspensão até seis meses, conforme a gravidade, quando ocorrer acidente técnico, subtração, deterioração de substâncias e preparações ou outra irregularidade passível de determinar risco significativo para a saúde ou para o abastecimento ilícito do mercado, bem como no caso de incumprimento das obrigações que impendem sobre o beneficiário da autorização.

3 - Os despachos de revogação e de suspensão são publicados no Diário da República.

Artigo 10. Efeitos da revogação da autorização.

1 - No caso de revogação da autorização, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento pode autorizar, a solicitação do interessado, a devolução das existências de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV a quem as tenha fornecido ou a cedência a outras entidades, empresas autorizadas ou farmácias.

2 - A devolução ou cedência deve ser requerida no prazo de 30 dias, a contar da data em que a revogação tiver sido publicada, da comunicação do despacho ministerial que a tiver confirmado ou do trânsito em julgado da decisão judicial confirmatória.

3 - No decurso do prazo previsto no número anterior, as existências são inventariadas e guardadas em compartimento selado da empresa, por ordem do presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, que pode promover a venda ou a destruição, se houver risco de deterioração ou de entrada ilícita no mercado, entregando o produto da venda ao proprietário, deduzidas as despesas feitas pelo Estado.

Artigo 11. Importação e exportação das substâncias referidas nas tabelas anexas.

1 - As operações de importação e de colocação no mercado de substâncias compreendidas nas tabelas V e VI ficam submetidas ao regime de vigilância estatística prévia, e as de exportação ao regime de licenciamento, nos termos previstos no **Decreto-Lei n.º 126/90, de 16 de Abril (JusNet 129/1990)**, e na **Portaria n.º 628/90, de 7 de Agosto (JusNet 130/1990)**, bem como da regulamentação comunitária respectiva.

2 - Sempre que existam indícios de que a importação ou a exportação de substâncias compreendidas nas tabelas V e VI se destinam a produção ou fabrico ilícitos de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas, as entidades responsáveis pela vigilância e pelo licenciamento informam de imediato a autoridade competente para a investigação.

3 - A Direcção-Geral do Comércio Externo enviará ao Gabinete do Combate à Droga do Ministério da Justiça cópia das declarações de importação e das licenças de exportação das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI.

4 - A Direcção-Geral da Indústria, no âmbito da sua competência para a concessão de autorizações de fabrico ou produção de substâncias constantes das tabelas V e VI, pode adoptar as medidas adequadas ao controlo das referidas operações.

5 - Para o exercício da sua competência, as entidades referidas nos números anteriores podem colher informações junto do Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça.

6 - Aos fabricantes, importadores, exportadores, grossistas e retalhistas, licenciados ou autorizados a fabricar ou comercializar substâncias inscritas nas tabelas V e VI que tomaram conhecimento de encomendas ou operações suspeitas e, podendo fazê-lo, não informarem as autoridades fiscalizadoras nacionais pode ser retirada a licença ou revogada a autorização, sem prejuízo da aplicação de qualquer sanção criminal ou coima.

7 - Mediante portaria conjunta dos Ministros das Finanças, da Justiça, da Agricultura, da Indústria e Energia e do Comércio e Turismo, pode ser proibida a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso das substâncias inscritas nas tabelas V e VI, quando essa medida se revele a mais apropriada para proteger a saúde pública e impedir o tráfico ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

8 - A fiscalização, o controlo e a regulamentação previstos no presente artigo não prejudicam eventuais medidas mais estritas provenientes do direito comunitário.

Artigo 12. Competência fiscalizadora da Inspecção-Geral das Actividades Económicas e da

Direcção-Geral das Alfândegas.

1 - Sem prejuízo das competências das autoridades policiais e administrativas, e no sentido de evitar o desvio para fins ilícitos, cabe, respectivamente, à Inspeção-Geral das Actividades Económicas fiscalizar, entre outras, as actividades autorizadas de comércio por grosso, distribuição, aquisição, venda, transporte, entrega e detenção das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI e à Direcção-Geral das Alfândegas fiscalizar as actividades de importação, exportação e trânsito.

2 - Na fiscalização das actividades referidas no número anterior pode, a qualquer momento, ser feita inspecção às empresas, estabelecimentos ou locais e ser solicitada a exibição da documentação respectiva.

3 - As infracções detectadas são comunicadas à autoridade competente para a investigação.

4 - A Direcção-Geral das Alfândegas dá conhecimento à Inspeção-Geral das Actividades Económicas das operações de desalfandegamento que tenham por objecto as substâncias compreendidas nas tabelas V e VI, com identificação do importador, exportador e destinatário, quando conhecido.

5 - Ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça é dado conhecimento da apreensão das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI.

Artigo 13. Circulação internacional de pessoas. ➡

As pessoas que atravessarem as fronteiras portuguesas podem transportar, para uso próprio, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B, II-C, III e IV, em quantidade não excedente à necessária para 30 dias de tratamento, desde que apresentem documento médico justificativo da necessidade do seu uso.

Artigo 14. Provisões para meios de transporte. ➡

1 - É permitido o transporte internacional, em navios, aeronaves ou outros meios de transporte público internacional, de quantidades reduzidas de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B, II-C, III e IV, que se possam tornar necessárias durante a viagem para administração de primeiros socorros.

2 - As substâncias e preparações devem ser transportadas em condições de segurança, de modo a evitar a sua subtracção ou descaminho.

3 - As substâncias e preparações objecto de transporte, nos termos do n.º 1, ficam sujeitas às leis, regulamentos e licenças do país da matrícula, sem prejuízo da possibilidade de as autoridades portuguesas competentes procederem às verificações, inspecções ou quaisquer outras operações de controlo que se mostrem necessárias a bordo dos meios de transporte.

Artigo 15. Prescrição médica. ➡

1 - As substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i a ii só são fornecidas ao público, para tratamento, mediante apresentação de receita médica especial com as especificidades constantes do diploma regulamentar.

2 - As substâncias e preparações compreendidas nas tabelas iii a iv estão sujeitas a receita médica, nos termos da lei geral, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 - Mediante portaria do Ministro da Saúde, as substâncias e preparações compreendidas na tabela iv, podem ser sujeitas a receita especial, bem como a outras medidas de controlo previstas no diploma regulamentar para as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i a ii, sempre que tal se revele apropriado para proteger a saúde pública.

4 - O modelo de receita médica relativa a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i a ii deve ser adaptado à forma electrónica, em termos a definir pelo diploma regulamentar.

Artigo 16. Obrigações especiais dos farmacêuticos. ➡

1 - Só o farmacêutico, ou quem o substitua na sua ausência ou impedimento, pode aviar receitas respeitantes a substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i e ii, devendo cumprir as regras sobre identificação previstas no diploma regulamentar.

2 - O farmacêutico deve recusar-se a aviar as receitas que não obedeçam às condições impostas no artigo anterior.

3 - Não poderá ser aviada a receita se tiverem decorrido 10 dias sobre a data de emissão, nem podem ser fornecidas mais de uma vez, com base na mesma receita, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas anexas.

4 - As farmácias são obrigadas a manter existências regulares das substâncias ou preparações referidas no n.º 1 e a conservar as receitas em arquivo por prazo não superior a cinco anos, em termos a fixar por decreto regulamentar.

Artigo 17. Casos de urgente necessidade.

Em caso de urgente necessidade, podem os farmacêuticos, sob a sua responsabilidade e para uso imediato, fornecer sem receita médica substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i e ii, desde que o total do fármaco não exceda a dose máxima para ser tomada de uma só vez.

Artigo 18. Controlo de receituário. ➡

1 - O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, em articulação com a Direcção-Geral da Saúde, procede, com recurso a meios informáticos, ao controlo do receituário aviado, ficando sujeitos ao segredo profissional todos aqueles que acedam a esta informação.

2 - Os serviços de saúde do Estado ou privados enviam trimestralmente ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico.

Artigo 19. Proibição de entrega a demente ou menor. ➡

1 - É proibida a entrega a indivíduos que padeçam de doença mental manifesta de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i a iv.

2 - É proibida a entrega a menor de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i-A, ii-B e ii-C.

3 - Se o menor não tiver quem o represente, a entrega pode ser feita à pessoa que o tenha a seu cargo ou esteja incumbida da sua educação ou vigilância.

Artigo 20. Participação urgente. ➡

1 - A subtracção ou extravio de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas i a iv são participados, logo que conhecidos, à autoridade policial local e ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, pela entidade responsável pela sua guarda, narrando circunstanciadamente os factos, indicando com rigor as quantidades e características das substâncias e preparações desaparecidas e fornecendo as provas de que dispuser.

2 - Idêntico procedimento deve ser adoptado no caso de subtracção, inutilização ou extravio de registos exigidos pelo presente diploma e respectivo regulamento e de impressos para receitas médicas.

CAPÍTULO III**Tráfico, branqueamento e outras infracções****Artigo 21. Tráfico e outras actividades ilícitas.** ➡ ➡

1 - Quem, sem para tal se encontrar autorizado, cultivar, produzir, fabricar, extrair, preparar, oferecer, puser à venda, vender, distribuir, comprar, ceder ou por qualquer título receber, proporcionar a outrem, transportar, importar, exportar, fizer transitar ou ilicitamente detiver, fora dos casos previstos no artigo 40.º, plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i a iii é punido com pena de prisão de 4 a 12 anos. ➡

2 - Quem, agindo em contrário de autorização concedida nos termos do capítulo ii, ilicitamente ceder, introduzir ou diligenciar por que outrem introduza no comércio plantas, substâncias ou preparações referidas no número anterior é punido com pena de prisão de 5 a 15 anos.

3 - Na pena prevista no número anterior incorre aquele que cultivar plantas, produzir ou fabricar substâncias ou preparações diversas das que constam do título de autorização.

4 - Se se tratar de substâncias ou preparações compreendidas na tabela iv, a pena é a de prisão de 1 a 5 anos.

Artigo 22. Precursores. ➡

1 - Quem, sem se encontrar autorizado, fabricar, importar, exportar, transportar ou distribuir equipamento, materiais ou substâncias inscritas nas tabelas v e vi, sabendo que são ou vão ser utilizados no cultivo, produção ou fabrico ilícitos de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos. ➡

2 - Quem, sem se encontrar autorizado, detiver, a qualquer título, equipamento, materiais ou substâncias inscritas nas tabelas v e vi, sabendo que são ou vão ser utilizados no cultivo, produção ou fabrico ilícitos de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

3 - Quando o agente seja titular de autorização nos termos do capítulo ii, é punido:

- a) No caso do n.º 1, com pena de prisão de 3 a 12 anos;
- b) No caso do n.º 2, com pena de prisão de 2 a 8 anos.

Artigo 23. Conversão, transferência ou dissimulação de bens ou produtos. ➡

...

Artigo 24. Agravação. ➡

As penas previstas nos artigos 21.º e 22.º são aumentadas de um quarto nos seus limites mínimo e máximo se:

- a) As substâncias ou preparações foram entregues ou se destinavam a menores ou diminuídos psíquicos; ➡
- b) As substâncias ou preparações foram distribuídas por grande número de pessoas; ➡
- c) O agente obteve ou procurava obter avultada compensação remuneratória; ➡
- d) O agente for funcionário incumbido da prevenção ou repressão dessas infracções; ➡
- e) O agente for médico, farmacêutico ou qualquer outro técnico de saúde, funcionário dos serviços prisionais ou dos serviços de reinserção social, trabalhador dos correios, telégrafos, telefones ou telecomunicações, docente, educador ou trabalhador de estabelecimento de educação ou de trabalhador de serviços ou instituições de acção social e o facto for praticado no exercício da sua profissão; ➡

- f) O agente participar em outras actividades criminosas organizadas de âmbito internacional;
- g) O agente participar em outras actividades ilegais facilitadas pela prática da infracção;
- h) A infracção tiver sido cometida em instalações de serviços de tratamento de consumidores de droga, de reinserção social, de serviços ou instituições de acção social, em estabelecimento prisional, unidade militar, estabelecimento de educação, ou em outros locais onde os alunos ou estudantes se dediquem à prática de actividades educativas, desportivas ou sociais, ou nas suas imediações;
- i) O agente utilizar a colaboração, por qualquer forma, de menores ou de diminuídos psíquicos;
- j) O agente actuar como membro de bando destinado à prática reiterada dos crimes previstos nos artigos 21.º e 22.º, com a colaboração de, pelo menos, outro membro do bando;
- l) As substâncias ou preparações foram corrompidas, alteradas ou adulteradas, por manipulação ou mistura, aumentando o perigo para a vida ou para a integridade física de outrem.

Artigo 25. Tráfico de menor gravidade.

Se, nos casos dos artigos 21.º e 22.º, a ilicitude do facto se mostrar consideravelmente diminuída, tendo em conta nomeadamente os meios utilizados, a modalidade ou as circunstâncias da acção, a qualidade ou a quantidade das plantas, substâncias ou preparações, a pena é de:

- a) Prisão de 1 a 5 anos, se se tratar de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i a iii, v e vi;
- b) Prisão até 2 anos ou multa até 240 dias, no caso de substâncias ou preparações compreendidas na tabela iv.

Artigo 26. Traficante-consumidor.

1 - Quando, pela prática de algum dos factos referidos no artigo 21.º, o agente tiver por finalidade exclusiva conseguir plantas, substâncias ou preparações para uso pessoal, a pena é de prisão até 3 anos ou multa, se se tratar de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i a iii, ou de prisão até 1 ano ou multa até 120 dias, no caso de substâncias ou preparações compreendidas na tabela iv.

2 - A tentativa é punível.

3 - Não é aplicável o disposto no n.º 1 quando o agente detiver plantas, substâncias ou preparações em quantidade que exceda a necessária para o consumo médio individual durante o período de cinco dias.

Artigo 27. Abuso do exercício de profissão.

1 - As penas previstas nos artigos 21.º, n.os 2 e 4, e 25.º são aplicadas ao médico que passe receitas, ministre ou entregue substâncias ou preparações aí indicadas com fim não terapêutico.

2 - As mesmas penas são aplicadas ao farmacêutico ou a quem o substitua na sua ausência ou impedimento que vender ou entregar aquelas substâncias ou preparações para fim não terapêutico.

3 - Em caso de condenação nos termos dos números anteriores, o tribunal comunica as decisões à Ordem dos Médicos ou à Ordem dos Farmacêuticos.

4 - A entrega de substâncias ou preparações a doente mental manifesto ou a menor, com violação do disposto no artigo 19.º, é punida com pena de prisão até um 1 ano ou multa até 120 dias.

5 - A tentativa é punível.

Artigo 28. Associações criminosas.

1 - Quem promover, fundar ou financiar grupo, organização ou associação de duas ou mais pessoas que, actuando concertadamente, vise praticar algum dos crimes previstos nos artigos 21.º e 22.º é punido com pena de prisão de 10 a 25 anos. 

2 - Quem prestar colaboração, directa ou indirecta, aderir ou apoiar o grupo, organização ou associação referidos no número anterior é punido com pena de prisão de 5 a 15 anos. 

3 - Incorre na pena de 12 a 25 anos de prisão quem chefiar ou dirigir grupo, organização ou associação referidos no n.º 1. 

4 - Se o grupo, organização ou associação tiver como finalidade ou actividade a conversão, transferência, dissimulação ou receptação de bens ou produtos dos crimes previstos nos artigos 21.º e 22.º, o agente é punido:

a) Nos casos dos n.os 1 e 3, com pena de prisão de 2 a 10 anos;

b) No caso do n.º 2, com pena de prisão de 1 a 8 anos.

Artigo 29. Incitamento ao uso de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas.

1 - Quem induzir, incitar ou instigar outra pessoa, em público ou em privado, ou por qualquer modo facilitar o uso ilícito de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i a iii é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

2 - Se se tratar de substâncias ou preparações compreendidas na tabela iv, a pena é de prisão até 1 ano ou de multa até 120 dias.

3 - Os limites mínimo e máximo das penas são aumentados de um terço se:

a) Os factos foram praticados em prejuízo de menor, diminuído psíquico ou de pessoa que se encontrava ao cuidado do agente do crime para tratamento, educação, instrução, vigilância ou guarda;

b) Ocorreu alguma das circunstâncias previstas nas alíneas d), e) ou h) do artigo 24.º 

Artigo 30. Tráfico e consumo em lugares públicos ou de reunião.

1 - Quem, sendo proprietário, gerente, director ou, por qualquer título, explorar hotel, restaurante, café, taberna, clube, casa ou recinto de reunião, de espectáculo ou de diversão, consentir que esse lugar seja utilizado para o tráfico ou uso ilícito de plantas, substâncias ou preparações incluídas nas tabelas i a iv é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.

2 - Quem, tendo ao seu dispor edifício, recinto vedado ou veículo, consentir que seja habitualmente utilizado para o tráfico ou uso ilícito de plantas, substâncias ou preparações incluídas nas tabelas i a iv é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

3 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, aquele que, após a notificação a que se refere o número seguinte, não tomar as medidas adequadas para evitar que os lugares neles mencionados sejam utilizados para o tráfico ou o uso ilícito de plantas, substâncias

ou preparações incluídas nas tabelas i a iv é punido com pena de prisão até 5 anos.

4 - O disposto no número anterior só é aplicável após duas apreensões de plantas, substâncias ou preparações incluídas nas tabelas i a iv, realizadas por autoridade judiciária ou por órgão de polícia criminal, devidamente notificadas ao agente referido nos n.ºs 1 e 2, e não mediando entre elas período superior a um ano, ainda que sem identificação dos detentores.

5 - Verificadas as condições referidas nos n.ºs 3 e 4, a autoridade competente para a investigação dá conhecimento dos factos ao governador civil do distrito da área respectiva ou à autoridade administrativa que concedeu a autorização de abertura do estabelecimento, que decidirão sobre o encerramento.

Artigo 31. Atenuação ou dispensa de pena. ➡

Se, nos casos previstos nos artigos 21.º, 22.º, 23.º e 28.º, o agente abandonar voluntariamente a sua actividade, afastar ou fizer diminuir por forma considerável o perigo produzido pela conduta, impedir ou se esforçar seriamente por impedir que o resultado que a lei quer evitar se verifique, ou auxiliar concretamente as autoridades na recolha de provas decisivas para a identificação ou a captura de outros responsáveis, particularmente tratando-se de grupos, organizações ou associações, pode a pena ser-lhe especialmente atenuada ou ter lugar a dispensa de pena.

Artigo 32. Abandono de seringas.

Quem, em lugar público ou aberto ao público, em lugar privado mas de uso comum, abandonar seringa ou outro instrumento usado no consumo ilícito de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, criando deste modo perigo para a vida ou a integridade física de outra pessoa, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Artigo 33. Desobediência qualificada.

1 - Quem se opuser a actos de fiscalização ou se negar a exhibir os documentos exigidos pelo presente diploma, depois de advertido das consequências penais da sua conduta, é punido com a pena correspondente ao crime de desobediência qualificada.

2 - Incorre em igual pena quem não cumprir em tempo as obrigações impostas pelo artigo 20.º

Artigo 33.º-A. Responsabilidade penal das pessoas colectivas e equiparadas.

As pessoas colectivas e entidades equiparadas são responsáveis, nos termos gerais, pelos crimes previstos na presente lei.

Artigo 34. Expulsão de estrangeiros e encerramento de estabelecimento. ➡

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 48.º, em caso de condenação por crime previsto no presente diploma, se o arguido for estrangeiro, o tribunal pode ordenar a sua expulsão do País, por período não superior a 10 anos, observando-se as regras comunitárias quanto aos nacionais dos Estados membros da Comunidade Europeia. ➡

2 - Na sentença condenatória pela prática de crime previsto no artigo 30.º, e independentemente da interdição de profissão ou actividade, pode ser decretado o encerramento do estabelecimento ou lugar público onde os factos tenham ocorrido, pelo período de um a cinco anos. ➡

3 - Tendo havido prévio encerramento ordenado judicial ou administrativamente, o período decorrido será levado em conta na sentença.

4 - Se o réu for absolvido, cessará imediatamente o encerramento ordenado administrativamente.

Artigo 35. Perda de objectos. ➡

1 - São declarados perdidos a favor do Estado os objectos que tiverem servido ou estivessem destinados a servir para a prática de uma infracção prevista no presente diploma ou que por esta tiverem sido produzidos. ➡

2 - As plantas, substâncias e preparações incluídas nas tabelas i a iv são sempre declaradas perdidas a favor do Estado. ➡

3 - O disposto nos números anteriores tem lugar ainda que nenhuma pessoa determinada possa ser punida pelo facto. ➡

Artigo 36. Perda de coisas ou direitos relacionados com o facto. ➡

1 - Toda a recompensa dada ou prometida aos agentes de uma infracção prevista no presente diploma, para eles ou para outrem, é perdida a favor do Estado. ➡

2 - São também perdidos a favor do Estado, sem prejuízo dos direitos de terceiro de boa fé, os objectos, direitos e vantagens que, através da infracção, tiverem sido directamente adquiridos pelos agentes, para si ou para outrem. ➡

3 - O disposto nos números anteriores aplica-se aos direitos, objectos ou vantagens obtidos mediante transacção ou troca com os direitos, objectos ou vantagens directamente conseguidos por meio da infracção.

4 - Se a recompensa, os direitos, objectos ou vantagens referidos nos números anteriores não puderem ser apropriados em espécie, a perda é substituída pelo pagamento ao Estado do respectivo valor.

5 - Estão compreendidos neste artigo, nomeadamente, os móveis, imóveis, aeronaves, barcos, veículos, depósitos bancários ou de valores ou quaisquer outros bens de fortuna.

Artigo 36.º-A. Defesa de direitos de terceiros de boa fé. ➡

1 - O terceiro que invoque a titularidade de coisas, direitos ou objectos sujeitos a apreensão ou outras medidas legalmente previstas aplicadas a arguidos por infracções previstas no presente diploma pode deduzir no processo a defesa dos seus direitos, através de requerimento em que alegue a sua boa fé, indicando logo todos os elementos de prova.

2 - Entende-se por boa fé a ignorância desculpável de que os objectos estivessem nas situações previstas no n.º 1 do artigo 35.º

3 - O requerimento a que se refere o n.º 1 é autuado por apenso, notificando-se o Ministério Público para, em 10 dias, deduzir oposição.

4 - Realizadas as diligências que considerar necessárias, o juiz decide.

5 - Se, quanto à titularidade dos objectos, coisas ou direitos, a questão se revelar complexa ou susceptível de causar perturbação ao normal andamento do processo, pode o juiz remeter o terceiro para os meios cíveis.

Artigo 37. Bens transformados, convertidos ou misturados. ➡

1 - Se as recompensas, objectos, direitos ou vantagens a que se refere o artigo 36.º tiverem sido transformados ou convertidos em outros bens, são estes perdidos a favor do Estado em substituição daqueles.

2 - Se as recompensas, objectos, direitos ou vantagens a que se refere o artigo 36.º tiverem sido misturados com bens licitamente adquiridos, são estes perdidos a favor do Estado até ao valor estimado daqueles que foram misturados.

Artigo 38. Lucros e outros benefícios. ➡

O disposto nos artigos 35.º a 37.º é também aplicável aos juros, lucros e outros benefícios

obtidos com os bens neles referidos.

Artigo 39. Destino dos bens declarados perdidos a favor do Estado. ➡

1 - As recompensas, objectos, direitos ou vantagens declarados perdidos a favor do Estado, nos termos dos artigos 35.º a 38.º, reverterem:

- a)** Em 30% para a entidade coordenadora do Programa Nacional de Combate à Droga, destinando-se ao apoio de acções, medidas e programas de prevenção do consumo de droga;
- b)** Em 50% para o Ministério da Saúde, visando a implementação de estruturas de consulta, tratamento e reinserção de toxicodependentes;
- c)** Em 20% para os organismos do Ministério da Justiça, nos termos das disposições legais aplicáveis ao destino do produto da venda de objectos apreendidos em processo penal, visando o tratamento e reinserção social de toxicodependentes em cumprimento de medidas penais ou tutelares.

2 - A alienação de veículos automóveis fica sujeita a anuência prévia da Direcção-Geral do Património do Estado, sem prejuízo do disposto no artigo 156.º do **Decreto-Lei n.º 295-A/90, de 21 de Setembro (JusNet 137/1990)**.

3 - Não são alienados os bens, objectos ou instrumentos declarados perdidos a favor do Estado que, pela sua natureza ou características, possam vir a ser utilizados na prática de outras infracções, devendo ser destruídos no caso de não oferecerem interesse criminalístico, científico ou didáctico. ➡

4 - Na falta de convenção internacional, os bens ou produtos apreendidos a solicitação de autoridades de Estado estrangeiro ou os fundos provenientes da sua venda são repartidos entre o Estado requerente e o Estado requerido, na proporção de metade.

CAPÍTULO IV

Consumo e tratamento

Artigo 40. Consumo. ➡

1 - Quem consumir ou, para o seu consumo, cultivar, adquirir ou detiver plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas i a iv é punido com pena de prisão até 3 meses ou com pena de multa até 30 dias. ➡

2 - Se a quantidade de plantas, substâncias ou preparações cultivada, detida ou adquirida pelo agente exceder a necessária para o consumo médio individual durante o período de 3 dias, a pena é de prisão até 1 ano ou de multa até 120 dias. ➡

3 - No caso do n.º 1, se o agente for consumidor ocasional, pode ser dispensado de pena.

Artigo 41. Tratamento espontâneo. ➡

...

Artigo 42. Atendimento e tratamento de consumidores.

1 - O Ministério da Saúde desenvolverá, através dos serviços respectivos, as acções necessárias à prestação de atendimento gratuito a toxicodependentes ou outros consumidores.

2 - Os cidadãos sujeitos a tratamento nos termos do presente diploma, no âmbito de processo em curso ou de suspensão de execução de pena, terão acesso urgente aos serviços de saúde competentes.

3 - O Ministro da Saúde estabelecerá, mediante portaria, as condições em que entidades privadas podem atender e tratar toxicodependentes, bem como o tipo de fiscalização a

que ficam sujeitas.

Artigo 43. Exame médico a consumidores habituais.

1 - Se houver indícios de que uma pessoa é consumidora habitual de plantas, substâncias ou preparações referidas nas tabelas I a IV, assim pondo em grave risco a sua saúde ou revelando perigosidade social, pode ser ordenado, pelo Ministério Público da comarca da sua residência, exame médico adequado.

2 - O exame é da iniciativa do Ministério Público ou pode ser-lhe requerido pelo representante legal, cônjuge, autoridade sanitária ou policial, devendo, em qualquer caso, proceder às diligências necessárias ao apuramento dos indícios a que se refere o número anterior.

3 - O exame é deferido a médico ou serviço especializado de saúde, público ou privado, e realizar-se-á em prazo não superior a 30 dias, observando-se, com as necessárias adaptações, o regime do processo penal, nomeadamente quanto a obrigação de comparência, podendo os peritos prestar compromisso para intervir em mais de um exame ou processo.

4 - O examinando pode ser sujeito a análise de sangue ou de urina ou outra que se mostre necessária.

5 - Se no exame se concluir pela toxicodependência da pessoa a ele sujeita, o magistrado do Ministério Público propor-lhe-á a sujeição voluntária a tratamento, o qual, se aceite, se efectuará sob a responsabilidade de serviço especializado de saúde, público ou privado.

6 - No caso de interrupção injustificada do tratamento ou de recusa de sujeição ao mesmo, o magistrado comunicará os factos ao Instituto de Reinserção Social e, se for caso disso, aos serviços de saúde, para adopção das medidas de apoio adequadas.

Artigo 44. Suspensão da pena e obrigação de tratamento. ➡

1 - Se o arguido tiver sido condenado pela prática do crime previsto no artigo 40.º, ou de outro que com ele se encontre numa relação directa de conexão e tiver sido considerado toxicodependente nos termos do artigo 52.º, pode o tribunal suspender a execução da pena de acordo com a lei geral, sob condição, para além de outros deveres ou regras de conduta adequados, de se sujeitar voluntariamente a tratamento ou a internamento em estabelecimento apropriado, o que comprovará pela forma e no tempo que o tribunal determinar.

2 - Se durante o período da suspensão da execução da pena o toxicodependente culposamente não se sujeitar ao tratamento ou ao internamento ou deixar de cumprir qualquer dos outros deveres ou regras de conduta impostos pelo tribunal, aplica-se o disposto na lei penal para a falta de cumprimento desses deveres ou regras de conduta.

3 - Revogada a suspensão, o cumprimento da pena terá lugar em zona apropriada do estabelecimento prisional.

4 - O toxicodependente é assistido pelos serviços médicos próprios do estabelecimento prisional ou, se necessário, pelos serviços do Ministério da Saúde, em condições a acordar com o Ministério da Justiça.

5 - O regime de assistência do recluso através de entidades privadas ou do recurso a modalidades de tratamento que tenham implicações no regime prisional é estabelecido por portaria do Ministro da Justiça.

Artigo 45. Suspensão com regime de prova. ➡

1 - O tribunal, no caso a que se refere o artigo anterior, pode determinar, nos termos da lei geral, que a suspensão seja acompanhada de regime de prova, se o considerar conveniente e adequado a facilitar a recuperação do toxicodependente e a sua reinserção na sociedade.

2 - O plano individual de recuperação e reinserção é preparado e acompanhado na sua execução pelos serviços de saúde, articuladamente com o Instituto de Reinserção Social,

sob a responsabilidade de uns ou de outro, conforme o tribunal considerar mais adequado à situação, obtendo-se, sempre que possível, o acordo do visado.

3 - A decisão do tribunal pode ser tomada antes da apresentação do plano individual, fixando-se, nesse caso, um prazo razoável para apresentação do mesmo.

4 - Aplica-se correspondentemente o disposto nos n.os 2 a 4 do artigo anterior.

Artigo 46. *Toxicodependente em prisão preventiva ou em cumprimento de pena de prisão.*

1 - Compete aos serviços prisionais, em colaboração com os serviços de saúde, assegurar os meios e estruturas adequados ao tratamento de toxicodependentes em prisão preventiva ou em cumprimento de pena em estabelecimentos prisionais.

2 - Se o estado de toxicodependência for detectado quando a pessoa se encontra detida, em prisão preventiva ou em cumprimento de pena, os serviços policiais ou prisionais comunicam o facto ao Ministério Público a fim de promover as medidas adequadas, sem prejuízo das que a urgência da situação justificar.

Artigo 47. *Tratamento no âmbito de processo pendente.*

1 - Sempre que o tratamento, em qualquer das modalidades seguidas, decorra no âmbito de um processo pendente em tribunal, o médico ou o estabelecimento enviam, de três em três meses, se outro período não for fixado, uma informação sobre a evolução da pessoa a ele sujeita, com respeito pela confidencialidade da relação terapêutica, podendo sugerir as medidas que entendam convenientes.

2 - O Instituto de Reinserção Social procede de modo idêntico na esfera das suas atribuições.

3 - Após a recepção da informação referida nos números anteriores, o tribunal pronuncia-se, se o entender necessário, sobre a situação processual do visado.

4 - As normas do presente diploma prevalecem sobre as relativas ao internamento em regime fechado previstas nos diplomas de saúde mental.

CAPÍTULO V **Legislação subsidiária**

Artigo 48. *Legislação penal.* ➡

Quanto à matéria constante do presente diploma são aplicáveis, subsidiariamente, as disposições da parte geral do Código Penal e respectiva legislação complementar.

Artigo 49. *Aplicação da lei penal portuguesa.* ➡

Para efeitos do presente diploma, a lei penal portuguesa é ainda aplicável a factos cometidos fora do território nacional:

- a)** Quando praticados por estrangeiros, desde que o agente se encontre em Portugal e não seja extraditado;
- b)** Quando praticados a bordo de navio contra o qual Portugal tenha sido autorizado a tomar as medidas previstas no artigo 17.º da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988.

Artigo 49.º-A. *Liberdade condicional.*

...

Artigo 50. *Medidas respeitantes a menores.* ➡

Compete aos tribunais com jurisdição na área de menores a aplicação das medidas previstas neste diploma, com as devidas adaptações, quando a pessoa a elas sujeita for menor, nos termos da legislação especial de menores, e sem prejuízo da aplicação pelos

tribunais comuns da legislação respeitante a jovens dos 16 aos 21 anos.

Artigo 51. Legislação processual penal. ➡

1 - Para efeitos do disposto no Código de Processo Penal, e em conformidade com o artigo 1.º do mesmo Código, consideram-se equiparadas a casos de terrorismo, criminalidade violenta ou altamente organizada as condutas que integrem os crimes previstos nos artigos 21.º a 24.º e 28.º deste diploma. ➡

2 - Na falta de disposição específica do presente diploma, são aplicáveis subsidiariamente as normas do Código de Processo Penal e legislação complementar.

Artigo 52. Perícia médico-legal. ➡

1 - Logo que, no decurso do inquérito ou da instrução, haja notícia de que o arguido era toxicodependente à data dos factos que lhe são imputados, é ordenada a realização urgente de perícia adequada à determinação do seu estado.

2 - Na medida do possível, o perito deve pronunciar-se sobre a natureza dos produtos consumidos pelo arguido, o seu estado no momento da realização da perícia e os eventuais reflexos do consumo na capacidade de avaliar a ilicitude dos seus actos ou de se determinar de acordo com a avaliação feita.

3 - Pode ser ordenada, quando tal se revele necessário, a realização das análises a que se refere o n.º 4 do artigo 43.º

Artigo 53. Revista e perícia. ➡

1 - Quando houver indícios de que alguém oculta ou transporta no seu corpo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, é ordenada revista e, se necessário, procede-se a perícia. ➡

2 - O visado pode ser conduzido a unidade hospitalar ou a outro estabelecimento adequado e aí permanecer pelo tempo estritamente necessário à realização da perícia.

3 - Na falta de consentimento do visado, mas sem prejuízo do que se refere no n.º 1 do artigo anterior, a realização da revista ou perícia depende de prévia autorização da autoridade judiciária competente, devendo esta, sempre que possível, presidir à diligência.

4 - Quem, depois de devidamente advertido das consequências penais do seu acto, se recusar a ser submetido a revista ou a perícia autorizada nos termos do número anterior é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

Artigo 54. Prisão preventiva. ➡

...

Artigo 55. Medida de coacção.

1 - Se o crime imputado for punível com pena de prisão de máximo superior a três anos e o arguido tiver sido considerado toxicodependente, nos termos do artigo 52.º, pode o juiz impor, sem prejuízo do disposto no Código de Processo Penal, a obrigação de tratamento em estabelecimento adequado, onde deve apresentar-se no prazo que lhe for fixado.

2 - A obrigação de tratamento é comunicada ao respectivo estabelecimento, podendo o juiz solicitar o apoio dos serviços do Instituto de Reinserção Social para acompanhamento do arguido toxicodependente.

3 - O arguido comprova perante o tribunal o cumprimento da obrigação, na forma e tempo que lhe forem fixados.

4 - A prisão preventiva não é imposta a arguido que tenha em curso um programa de tratamento de toxicodependência, salvo se existirem, em concreto, necessidades cautelares de especial relevância.

5 - Se a prisão preventiva tiver de ser ordenada, executa-se em zona apropriada do estabelecimento prisional.

6 - É aplicável o regime previsto no n.º 5 do artigo 44.º

Artigo 56. *Suspensão provisória do processo.*

1. Se o crime imputado for o previsto no artigo 40.º ou outro que com ele se encontre numa relação directa de conexão, punível com pena de prisão não superior a 3 anos ou com sanção de diferente natureza, pode o Ministério Público, com a concordância do juiz de instrução, decidir-se pela suspensão do processo, obtida a anuência do arguido e verificados os pressupostos a que se referem as alíneas d) e e) do do n.º 1 do artigo 281.º do Código de Processo Penal.

A partir de: 1 Setembro 2009

N.º 1 do artigo 56.º revogado pelo artigo 26.º da Lei n.º 38/2009, de 20 de Julho, Define os objectivos, prioridades e orientações de política criminal para o biénio de 2009-2011, em cumprimento da Lei n.º 17/2006, de 23 de Maio (Lei Quadro da Política Criminal) (DR 20 Julho).



2 - Na aplicação da suspensão do processo, para além das regras de conduta a que se refere o n.º 2 do artigo 281.º do Código de Processo Penal, impor-se-á ao arguido, verificado o estado de toxicodependência, o tratamento ou internamento em estabelecimento apropriado, aplicando-se o disposto no artigo 47.º

3 - São apreendidas e declaradas perdidas a favor do Estado as substâncias e preparações que tiverem servido ou estivessem destinadas a servir para a prática dos crimes.

CAPÍTULO VI **Regras especiais**

Artigo 57. *Investigação criminal.*

1 - Presume-se deferida à Polícia Judiciária, através da Direcção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes, a competência para a investigação dos crimes tipificados nos artigos 21.º, 22.º, 23.º, 27.º e 28.º do presente diploma e dos demais que lhe sejam participados ou de que colha notícia.

2 - Presume-se deferida à Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública a competência para a investigação dos seguintes crimes, praticados nas respectivas áreas de jurisdição, quando lhes forem participados ou deles colham notícia:

- a)** Do crime previsto e punido no artigo 21.º do presente diploma, quando ocorram situações de distribuição directa aos consumidores, a qualquer título, das plantas, substâncias ou preparações nele referidas;
- b)** Dos crimes previstos e punidos nos artigos 26.º, 29.º, 30.º, 32.º, 33.º e 40.º do presente diploma.

Artigo 58. *Cooperação internacional.*

Em observância da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, no tocante a extradição, auxílio judiciário mútuo, execução de sentenças penais estrangeiras e transmissão de processos criminais, aplicam-se subsidiariamente as disposições do Decreto-Lei n.º 43/91, de 22 de Janeiro.

Artigo 59. *Condutas não puníveis.* ➡

...

Artigo 59.º-A. *Protecção de funcionário e de terceiro infiltrados.*

...

Artigo 60. Prestação de informações e apresentação de documentos. ➡

1 - Podem ser pedidas informações e solicitada a apresentação de documentos respeitantes a bens, depósitos ou quaisquer outros valores pertencentes a indivíduos suspeitos ou arguidos da prática de crimes previstos nos artigos 21.º a 23.º, 25.º e 28.º, com vista à sua apreensão e perda para o Estado.

2 - A prestação de tais informações ou a apresentação dos documentos, quer se encontrem em suporte manual ou informático, não podem ser recusados por quaisquer entidades, públicas ou privadas, nomeadamente pelas instituições bancárias, financeiras ou equiparadas, por sociedades civis ou comerciais, bem como por quaisquer repartições de registo ou fiscais, desde que o pedido se mostre individualizado e suficientemente concretizado.

3 - O pedido a que se referem os números anteriores é formulado pela autoridade judiciária competente, devendo, se respeitar a instituições bancárias, financeiras ou equiparadas, ser formulado através do Banco de Portugal.

4 - A individualização e a concretização a que alude o n.º 2 pode bastar-se com a identificação do suspeito ou do arguido.

Artigo 61. Entregas controladas. ➡

...

Artigo 62. Exame e destruição das substâncias.

1 - As plantas, substâncias e preparações apreendidas são examinadas, por ordem da autoridade judiciária competente, no mais curto prazo de tempo possível. ➡

2 - Após o exame laboratorial, o perito procede à recolha, identificação, pesagem, bruta e líquida, acondicionamento e selagem de uma amostra, no caso de a quantidade de droga o permitir, e do remanescente, se o houver. ➡

3 - A amostra fica guardada em cofre do serviço que procede à investigação, até decisão final.

4 - No prazo de cinco dias após a junção do relatório do exame laboratorial, a autoridade judiciária competente ordena a destruição da droga remanescente, despacho que é cumprido em período não superior a 30 dias, ficando a droga, até à destruição, guardada em cofre-forte.

5 - A destruição da droga faz-se por incineração, na presença de um magistrado, de um funcionário designado para o efeito, de um técnico de laboratório, lavrando-se o auto respectivo; numa mesma operação de incineração podem realizar-se destruições de droga apreendida em vários processos.

6 - Proferida decisão definitiva, o tribunal ordena a destruição da amostra guardada em cofre, o que se fará com observância do disposto no número anterior, sendo remetida cópia do auto respectivo.

7 - Por intermédio do Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça pode ser solicitada ao magistrado que superintenda no processo a cedência de substâncias apreendidas, para fins didácticos, de formação ou de investigação criminal, nomeadamente para adestramento de cães.

8 - Pode ser fixado prazo para devolução da droga cedida, ou autorizado que o organismo cessionário proceda à sua destruição, logo que desnecessária ou inútil, com informação para o processo.

Artigo 63. Amostras pedidas por entidades estrangeiras.

1 - Podem ser enviadas amostras de substâncias e preparações que tenham sido

apreendidas, a solicitação de serviços públicos estrangeiros, para fins científicos ou de investigação, mesmo na pendência do processo.

2 - Para o efeito, o pedido é transmitido à autoridade judiciária competente, que decidirá sobre a sua satisfação.

3 - O pedido e seu cumprimento é apresentado através do Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça ou da Polícia Judiciária.

Artigo 64. Comunicação de decisões.

1 - São comunicadas ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça todas as apreensões de plantas, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV.

2 - Os tribunais enviam ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça cópia das decisões proferidas em processo crime por infracções previstas no presente diploma.

CAPÍTULO VII

Contra-ordenações e coimas

Artigo 65. Regra geral.

1 - Os factos praticados com violação dos condicionalismos e obrigações impostos nos termos dos n.ºs 4 e 5 do artigo 2.º são considerados contra-ordenações e sancionados com coimas, de acordo com o disposto em decreto regulamentar.

2 - Em tudo quanto se não encontre especialmente previsto neste decreto-lei e respectivos diplomas complementares aplicam-se as disposições do **Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro (JusNet 39/1982).**

Artigo 66. Montante das coimas.

1 - O montante das coimas varia entre € 49,88 e € 24 939,89.

2 - Em caso de negligência, o montante da coima não pode exceder metade do montante máximo previsto para a respectiva contra-ordenação.

3 - As coimas a aplicar às pessoas colectivas e equiparadas podem elevar-se até aos montantes máximos de € 49 879,79, em caso de dolo, e de € 24 939,89, em caso de negligência.

Artigo 67. Apreensão e sanções acessórias.

1 - Em processo de contra-ordenação pode ser ordenada a apreensão de objectos que serviram à sua prática e aplicada acessoriamente:

a) A revogação ou suspensão da autorização concedida para o exercício da respectiva actividade;

b) A interdição do exercício de profissão ou actividade por período não superior a três anos.

2 - Se o mesmo facto constituir também crime, é o agente punido por este, sem prejuízo da aplicação das sanções acessórias previstas para a contra-ordenação.

Artigo 68. Entidade competente e cadastro.

1 - A aplicação das coimas e das sanções acessórias fixadas no decreto regulamentar é da competência do presidente do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento ou da Comissão para Aplicação de Coimas em Matéria Económica.

2 - O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento organiza o registo das pessoas singulares ou colectivas autorizadas a exercer actividades referidas no n.º 4 do artigo 2.º, no qual são averbadas todas as sanções que lhes forem aplicadas.

CAPÍTULO VIII

Disposições finais

Artigo 69. Representação internacional.

À entidade coordenadora do Programa Nacional de Combate à Droga cabe assegurar, em articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, a representação de Portugal a nível internacional, de modo que as matérias da cooperação sejam tratadas e as delegações integradas por representantes indicados pelos organismos respectivos, segundo as suas competências específicas.

Artigo 70. Actividades de prevenção.

1 - Compete ao Governo planejar, executar e avaliar acções, medidas e programas específicos de prevenção do consumo de droga, tendo em conta a sua natureza pluridisciplinar.

2 - Compete especialmente ao Ministério da Educação:

- a)** Integrar nos currículos escolares a vertente básica da educação para a saúde, com incidência específica na prevenção do consumo de droga;
- b)** Providenciar no sentido de que a formação inicial e contínua dos professores os habilite a acompanhar e desenvolver tal vertente;
- c)** Desenvolver programas específicos de prevenção primária da toxicodependência em meio escolar.

Artigo 70.º-A. Relatório anual.

1 - O Governo apresenta anualmente à Assembleia da República, até 31 de Março de cada ano, um relatório sobre a situação do País em matéria de toxicodependência.

2 - O relatório tem por finalidade fornecer à Assembleia da República informação pormenorizada sobre a situação do País em matéria de toxicodependência e tráfico de drogas, bem como sobre as actividades desenvolvidas pelos serviços públicos com intervenção nas áreas da prevenção primária, do tratamento da reinserção social de toxicodependentes e da prevenção e repressão do tráfico de drogas.

Artigo 71. Diagnóstico e quantificação de substâncias. ➡

1 - Os Ministros da Justiça e da Saúde, ouvido o Conselho Superior de Medicina Legal, determinam, mediante portaria:

- a)** Os procedimentos de diagnóstico e exames periciais necessários à caracterização do estado de toxicodependência;
- b)** O modo de intervenção dos serviços de saúde especializados no apoio às autoridades policiais e judiciárias.
- c)** Os limites quantitativos máximos de princípio activo para cada dose média individual diária das substâncias ou preparações constantes das tabelas i a iv, de consumo mais frequente. ➡

2 - A portaria a que se refere o número anterior deve ser actualizada sempre que a evolução dos conhecimentos científicos o justifique.

3 - O valor probatório dos exames periciais e dos limites referidos no n.º 1 é apreciado nos termos do artigo 163.º do Código de Processo Penal.

Artigo 72. Informação aos profissionais de saúde.

As publicações destinadas exclusivamente a médicos e outros profissionais de saúde relativas a produtos farmacêuticos devem referenciar com a letra E (Estupefaciente) todas as substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I-A e III e com a letra P (Psicotrópico) as compreendidas nas tabelas II-B, II-C e IV.

Artigo 73. Regras e conceitos técnicos.

As regras e conceitos técnicos contidos no presente diploma são entendidos de harmonia com as convenções internacionais relativas a estupefacientes e substâncias psicotrópicas ratificadas pelo Estado Português.

Artigo 74. Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça.

As referências feitas no presente diploma ao Gabinete de Combate à Droga do Ministério da Justiça entendem-se feitas ao Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, enquanto este não for objecto de reestruturação que consagre aquela denominação.

Artigo 75. Norma revogatória.

Ficam revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de Dezembro (JusNet 58/1983); 
- b) O n.º 1 do artigo 130.º do Decreto-Lei n.º 48 547, de 27 de Agosto de 1968, (JusNet 3/1968) na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 214/90, de 28 de Junho (JusNet 138/1990);
- c) O Decreto-Lei n.º 209/91, de 8 de Junho (JusNet 164/1991). 

Artigo 76. Entrada em vigor.

- 1 - O presente diploma entra em vigor 30 dias após a sua publicação.
- 2 - A regulamentação do disposto nos artigos 2.º, n.os 4 e 5, 4.º a 20.º e 65.º tem lugar no prazo de 60 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de Novembro de 1992. -
Aníbal António Cavaco Silva - Mário Fernando de Campos Pinto - Artur Aurélio Teixeira Rodrigues Consolado - Jorge Braga de Macedo - Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio - Arlindo Marques da Cunha - Luís Fernando Mira Amaral - António Fernando Couto dos Santos - Arlindo Gomes de Carvalho - Fernando Manuel Barbosa Faria de Oliveira - Luís Manuel Gonçalves Marques Mendes.

Promulgado em 21 de Dezembro de 1992.

Publique-se.
 O Presidente da República,
Mário Soares.
 Referendado em 23 de Dezembro de 1992.
 O Primeiro-Ministro,
Aníbal António Cavaco Silva.

**Tabelas das plantas, substâncias e preparações sujeitas a controlo
 (artigos 2.º, 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93)**

TABELA I-A

Acetil-alfa-metilfentanil - N-(1-(alfa) metilfenetil-4-piperidil) acetanilida.
 Acetildiidrocodeína - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano.
 Acetilmetadol - 3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.
 Acetorfina - 3-0-acetiltetra-hidro-7(alfa)-(1-hidro-1-metilbutil)-6,14-endoetano-oripavina.
 Alfacetilmetadol - alfa-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.
 Alfameprodina - alfa-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Alfametadol - alfa-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.

Alfa-metilfentanil - N-[1-(alfa) metilfenetil]-4-piperidil] propionanilida.

Alfa-metiltiofentanil - N-[1-metil-2-(2-tienil) etil]-4-piperidil propionanilida.

Alfentanil - monoclóridato de N-{1[2-(4-etil-4,5-di-hidro-5-oxo-1H-tetrazol-1 il) etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil]-N-fenilpropanamida.

Alfaprodina - alfa-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Alilprodina - 3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Anileridina - éster etílico do ácido 1-para-aminofenetil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Benzilmorfina - 3-benziloxi-4,5-epoxi-N-metil-7-morfineno-6-ol; 3-benzilmorfina.

Benzetidina - éster etílico do ácido 1-(2-benziloxietil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Betacetilmetadol - beta-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.

Beta-hidroxi-fentanil - N-[1-(beta)-hidroxifenetil]-4-piperidil] propionanilida.

Beta-hidroxi-3-metilfentanil - N-[1-(beta)-hidroxifenetil]-3-metil-4-piperidil] propionanilida.

Betameprodina - beta-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Betametadol - beta-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.

Betaprodina - beta-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Bezitamida - 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-benzimidazolinil)-piperidina.

Butirato de dioxafetilo - etil-4-morfolino-2,2-difenilbutirato.

Cetobemidona - 4-meta-hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina.

Clonitazeno - 2-para-clorobenzil-1-dietilaminoetil-5-nitrobenzimidazol.

Codeína - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-metil-morfina.

Codeína N-óxido - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno-17-oxi-ol.

Codoxina - di-hidrocodeinona-6-carboximetiloxina.

Concentrado de palha de papoila - matéria obtida por tratamento da palha de papoila em ordem a obter a concentração dos seus alcalóides, logo que esta matéria é colocada no comércio.

Desomorfina - 3-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; di-hidrodoximorfina.

Dextromoramida - (+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4 (1-pirrolidinil)-butil]-morfolina.

Dextropropoxifeno - (+)-4-dimetilamino-3-metil-1,2-difenil-2-butanol propionato.

Diampromida - N-[(2-metilfenetilamino)-propil]-propionanilida.

Dietiltiambuteno - 3 dietilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenol.

Difenoxilato - éster etílico do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Difenoxina - ácido-1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipeecótico.

Diidrocodeína - 6-hidroxi-3-metoxi-17-metil-4,5-epoximorfinano.

Diidroetorfina-7,8-diidro-7-(alfa)-[1-(R)-hidroxi-1-metilbutil]-6,14-enab-etanotetraidrooripavina.

Di-hidromorfina - 3,6-di-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano.

Dimefeptanol - 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.

Dimenoxadol - 2-dimetilaminoetilo-1-etoxi-1,1-difenilacetato.

Dimetiltiambuteno - 3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenos.

Dipipanona - 4,4-difenil-6-piperidina-3-heptanona.

Drotebanol - 3,4-dimetoxi-17-metilmorfinano-6-beta, 14-diol.

Etilmetiltiambuteno - 3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenos.

Etilmorfina - 3-etoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-etilmorfina.

Etonitazeno - 1-dietilaminoetil-2-para-etoxibenzil-5-nitrobenzimidazol.

Etorfina - tetra-hidro-7-(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoetenooripavina.

Etoteridina - éster etílico do ácido-1-[2-(2-hidroxi-etoxi)-etil]-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Fenadoxona - 6-morfolino-4,4-difenil-3-heptanona.

Fenanpromida - N-(1-metil-2-piperidinoetil)-propionalida.

Fenazocina - 2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfanos.

Fenomorfano - 3-hidroxi-N-fenetilmorfinano.

Fenopiridina - éster etílico de ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-fenil-piperidino-4-carboxílico.

Fentanil - 1-fenetil-4-N-propionil-anilino-piperidina.

Folcodina - 3-(2-morfolino-etoxi)-6-hidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; morfoliniletilmorfina.

Furetidina - éster etílico do ácido 1-(2-tetra-hidrofurfuriloxietil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Heroína - 3,6-diacetoxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; diacetilmorfina.

Hidrocodona - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-17 metilmorfina; di-hidrocodeína.

Hidromorfinol - 3,6,14-triidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxidiidromorfina.

Hidromorfona - 3-hidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; diidromorfinona.

Hidroxipetidina - éster etílico do ácido 4-meta-hidroxifenil-1-metilpiperidino-4-carboxílico.

Isometadona - 6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona.

Levofenacilmorfanos - (-)-3-hidroxi-N-fenacilmorfinano.

Levometorfano - (-)-3-metoxi-N-metilmorfinano [v. nota (*)].

Levomoramida - (-)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil] morfina.

Levorfanol - (-)-3-hidroxi-N-metilmorfinano [v. nota (*)].

Metadona - 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona.

Metadona, intermediário de - 4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenilbutano.

Metazocina - 2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfanos.

Metildesorfina - 6-metil-delta-6-desoximorfina; 3-hidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetil-6-morfineno.

Metildiidromorfina - 6-metil-diidromorfina; 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetilmorfinano.

3-metilfentanil - N-(3-metil-1-fenetil-4-piperidil) propionanilida (e os seus dois isómeros cis e trans).

Metopão - 5-metil di-hidromorfinona; 3-hidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-5,17 dimetilmorfinona.

Mirofina - miristilbenzilmorfina; tetradecanoato de 3-benziloxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-6-ilo.

Morferidina - éster etílico do ácido 1-(2-morfolinoetil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Moramida, intermediário de - ácido 2-metil-3-morfolino-1,1-difenilpropano carboxílico.

Morfina - 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno.

Morfina, bromometilato e outros derivados da morfina com nitrogénio pentavalente.

Morfina-N-óxido - 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-N-óxido.

MPPP - propionato de 1-metil-4-fenil-4-piperidinol.

Nicocodina - éster codeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinilcodeína.

Nicodicodina - éster diidrocodeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinildiidrocodeína.

Nicomorfina - 3,6-dinicotilmorfina.

Noracimetadol - (mais ou menos)-alfa-3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenil-heptano.

Norcodeína - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-7-morfineno; N-desmetilcodeína.

Norlevorfanol - (-)-3-hidroximorfinano.

Normetadona - 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona.

Normorfina - 3,6-di-hidroxi-4,5-epoxi-7-morfineno; desmetilmorfina.

Norpipanona - 4,4-difenil-6-peperidino-3-hexanona.

Ópio - o suco coagulado espontaneamente obtido da cápsula da Papaver som niferum L. e que não tenha sofrido mais do que as manipulações necessárias para o seu empacotamento e transporte, qualquer que seja o seu teor em morfina.

Ópio - mistura de alcalóides sob a forma de cloridratos e brometos.

Oripavina (3-O-desmetiltebaína, o 6,7,8,14-tetradeshidro-4,5-(alfa)-epoxi-6-metoxi-17-metilmorfinan-3-ol)

Oxicodona - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-14-hidroxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxidiidrocodeínona.

Oximorfona - 3,14-diidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; 14-hidroxidiidromorfinona.

Para-fluorofentanil-(4'-fluoro-N-(1-fenetil-4-piperidil) propionanilida.

PEPAP - acetato de 1-fenetil-4-fenil-4-piperidinol.

Petidina - éster etílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Petidina, intermediário A da - 4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina.

Petidina, intermediário B da - éster etílico do ácido-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Petidina, intermediário C da - ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Piminodina - éster etílico do ácido 4-fenil-1-[3-(fenilamino)-propilpiperidino]-4-carboxílico.

Piritramida - amida do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)-piperidino-4-carboxílico.

Pro-heptazina - 1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazaciclo-heptano.

Properidina - éster isopropílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Propirano - N-(1-metil-2-piperidinoetil)-N-2-piridilpropionamida.

Racemétorfano - (mais ou menos)-3-metoxi-N-metilmorfinano.

Racemoramida - (mais ou menos)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil]-morfolina.

Racemorfanano - (mais ou menos)-3-hidroxi-N-metilmorfinano.

Remifentanilo-1-(2-metoxycarboniletil)-4-(fenilpropionilamino) piperidina-4-carboxilato de metilo.

Sufentanil - N-{4-metoximetil-1-[2-(2-tienil)-etil]-4-piperidil}-propionanilida.

Tabecão - 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano; acetidil-hidrocodeína.

Tebaína - (3,6-dimetoxi-4,5-epoxi-17-metil-6,8-morfinadieno).

Tilidina - (mais ou menos)-etil-trans-2-(dimetilamino)-1-fenil-3-ciclo-hexeno-1-carboxilato.

Tiofentanil - N-{1-[2-(2-tienil) etil]-4-piperidil} propionanilida.

Trimeperidina - 1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Os isómeros das substâncias inscritas nesta tabela em todos os casos em que estes isómeros possam existir com designação química específica, salvo se forem expressamente excluídos.

Os ésteres e os éteres das substâncias inscritas na presente tabela em todas as formas em que estes ésteres e éteres possam existir, salvo se figurarem noutra tabela.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela, incluindo os sais dos ésteres e éteres e isómeros mencionados anteriormente sempre que as formas desses sais sejam possíveis.

(*) O dextrometorfano (+)-3-metoxi-N-metilmorfinano e o dextrorfano (+)-3-hidroxi-N-metilmorfinano estão especificamente excluídos desta tabela. ➡

TABELA I-B

Coca, folha de-as folhas de Erythroxylon coca (Lamark), da Erythroxylon nova-granatense (Morris) Hieronymus e suas variedades da família das eritroxiláceas e as suas folhas, de outras espécies deste género, das quais se possa extrair a cocaína directamente, ou obter-se por transformações químicas; as folhas do arbusto de coca, excepto aquelas de que se tenha extraído toda a ecgonina a cocaína e quaisquer outros alcalóides derivados da ecgonina.

Cocaína - éter metílico do ácido (-)-8-metil-3-benzoiloxi-8-aza-biciclo-(1,2,3)-octano-2-carboxílico; éster metílico de benzoilecgonina.

Cocaína-D - isómero dextrógiro de cocaína.

Ecgonina, ácido - (-)-3-hidroxi-8-metil-8-aza-biciclo-(1,2,3)-octano-2-carboxílico, e os seus ésteres e derivados que sejam convertíveis em ecgonina e cocaína.

Consideram-se inscritos nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível. ➡

TABELA I-C

Canabis - folhas e sumidades floridas ou frutificadas da planta Cannabis sativa L. da qual não se tenha extraído a resina, qualquer que seja a designação que se lhe dê.

Canabis, resina de - resina separada, em bruto ou purificada, obtida a partir da planta Cannabis.

Canabis, óleo de - óleo separado, em bruto ou purificado, obtido a partir da planta Cannabis.

Canabis, sementes não destinadas a sementeira da planta Cannabis sativa L.

Consideram-se nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível. ➡

TABELA II-A

1-benzilpiperazina (1-benzil-1,4-diazacilohexano, N-benzilpiperazina ou, de forma menos precisa, benzilpiperazina ou BZP).

2C-B (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina).

2C-I (2,5-dimetoxi-4-iodofenetilamina).

2C-T-2 (2,5-dimetoxi-4-etiltiofenetilamina).

2C-T-7 (2,5-dimetoxi-4-propiltiofenetilamina); Bufotenina - 5-hidroxi-N-N-dimetiltriptamina.

Catinona - (-)-(alfa)-aminopropiofenona.

DET - N-N-dietiltriptamina.

DMA - (mais ou menos)-2,5-dimetoxi-a-metilfeniletilamina.

DMHP - 3-(1,2-dimetil-heptil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo-(b,d)pirano.

DMT - N-N-dimetiltriptamina.

DOB - 2,5 dimetoxi-4-bromoanfetamina.

DOET - (mais ou menos)-2,5-dimetoxi-4(alfa)-etil-metilfeniletilamina.

DOM, STP - 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metil)fenil propano.

DPT - dipropiltriptamina.

Eticlidina, PCE - N-etil-1-fenilciclo-hexilamina.

Etriptamina - 3-(2-aminobutil)indol.

Fenciclidina, PCP - 1-(1-fenilciclo-hexil) piperidina.

GHB (gama)-ácido hidroxibutírico).

Lisergida, LSD, LSD-25-(mais ou menos)-N-N-dietilisergamida; dietilamida do ácido dextro-lisérgico.

MDMA - 3,4-metilenadioxianfetamina.

Mescalina - 3,4,5-trimetoxifenetilamina.

Metcatinona - 2-(metilamino)-1-fenilpropan-1-ona.

4-MTA (p-metiltioanfetamina ou 4-metiltioanfetamina).

4-metilaminorex - (mais ou menos)-cis-2-amino-4-metil-5-fenil-2-oxazolina.

MMDA - (mais ou menos)-5-metoxi-3,4-metilenodioxil-(alfa) metilfeniletilamina.

Para-hexilo - 3-hexilo-1-hidroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6,9-trimetil-6H-dibenzo (b,d) pirano.

PMA - 4 (alfa)-metoxi-metilfeniletilamina.

PMMA - [parametoximetilanfetamina ou N-metil-1-(4-metixifenil)-2-aminopropano]

Psilocibina - fosfatodihidrogenado de 3-(2-dimetilaminoetil)-4-indolilo.

Psilocina - 3-(2-dimetilaminoetil)-4-(hidroxil-indol).

Roliclidina, PHP, PCPY - 1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina.

Tenanfetamina-MDA - (mais ou menos)-3,4 N-metilenodioxil (alfa)-dimetilfeniletilamina.

Tenociclidina, TCP - 1-[1-(2-tienil) ciclo-hexil] piperidina.

TMA - (mais ou menos)-3,4,5-trimetoxi-(alfa)-metilfeniletilamina.

TMA-2 (2,4,5-trimetoxianfetamina).

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

Os isómeros das substâncias inscritas nesta tabela em todos os casos em que estes isómeros possam existir com designação química específica, salvo se forem expressamente excluídos. ➡

TABELA II-B

Anfetamina - (mais ou menos)-2-amino-1-fenilpropano.

Catina - (+)-treo-2-amino-1-hidroxi-1-fenilpropano.

Dexanfetamina - (+)-2-amino-1-fenilpropano.

Fendimetrazina - (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina.

Fenetilina - (mais ou menos)-3,7-di-hidro-1,3-dimetil-7-{2-[(1-metil-2-feniletil) amino] etil}-1H-purina--2,6-diona.

Fenmetrazina - 3-metil-2-fenilmorfolina.

Fentermina - (alfa) (alfa)-dimetilfenetilamina.

Levanfetamina - (-)-2-amino-1-fenilpropano.

Levometanfetamina - (-)-N-dimetil, a-fenetilamino-3 (O-clorofenil)-2-metil (3H)-4-quinazolinona.

Metanfetamina - (+)-2-metilamino-1-fenilpropano.

Metanfetamina, racemato - (mais ou menos)-2-metilamina-1-fenilpropano.

Metilfenidato - éster metílico do ácido 2 fenil-2-(2-piperidil) acético.

Tetraidrocanabinol - os seguintes isómeros: (delta) 6a (10a) (delta) 6a (7) (delta) 7 (delta) 8 (delta) 9 (delta) 10 (delta) (11).

Zipeprol - (alfa)-(alfa)-metoxibenzil)-4-(beta)-metoxifenetil)-1-piperazineetanol.

Os derivados e sais das substâncias inscritas nesta tabela, sempre que a sua existência seja possível, assim como todos os preparados em que estas substâncias estejam associadas a outros compostos, qualquer que seja a acção destes. ➡

TABELA II-C

Amobarbital - ácido 5-etil-5-(3-metilbutil) barbitúrico.

Buprenorfina - 21-ciclopropil-7 alfa [(s) 1-hidroxi-1,2,2-trimetilpropil]-6,14-endo--etano-6,7,8,14-tetra -hidrooripavina.

Butalbital - ácido 5-alil-5-isobarbitúrico.

Ciclobarbital - ácido 5-(1-ciclo-hexeno-1-il)-5-etilbarbitúrico.

Flunitrazepam - 5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Glutetamida - 2-etil-2-fenilglutarimida.

Mecloqualona - 3-(O-clorofenil)-2-metil-4(3H)-quinazolinona.

Metaqualona - 2-metil-3-o-tolil-4(3H)-quinazolinona.

Pentazocina - 1,2,3,4,5,6-hexa-hidro-6,11,dimetil-3-(3-metil-2-butenil)-2,6-metano-3-benzozocina-8-ol.

Pentobarbital - ácido 5-etil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.

Secobarbital - ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja - possível. ➡

TABELA III

1 -

Preparações que, pela sua composição quantitativa e embora derivadas de estupefacientes, não apresentam grande risco de uso e abuso.

2 -

Preparações de acetildiidrocodeína, codeína, diidrocodeína, etilmorfina, folcodina, nicocodina, nicodicodina e norcodeína, quando misturadas com um ou vários outros ingredientes e a quantidade de narcótico não exceda 100 mg por unidade de administração e a concentração nas preparações farmacêuticas em forma não dividida não exceda 2,5%.

3 -

Preparações de cocaína contendo no máximo 0,1% de cocaína, calculada em cocaína base, e preparações de ópio ou morfina que contenham no máximo 0,2% de morfina, calculada em morfina base anidra, quando em qualquer delas existam um ou vários ingredientes, activos ou inertes, de modo que a cocaína e o ópio ou morfina não possam ser facilmente recuperados ou não estejam em preparações que constituam perigo para a saúde.

4 -

Preparações de difenoxina contendo em unidade de administração no máximo 0,5 mg de difenoxina, calculada na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 5% da dose de difenoxina.

5 -

Preparações de difenoxilato contendo em unidade de administração no máximo 2,5 mg de difenoxilato, calculado na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 1% de difenoxilato.

6 -

Pó de ipecacuanha e ópio com a seguinte composição: 10% de ópio em pó; 10% de raiz de ipecacuanha em pó; 80% de qualquer pó inerte não contendo droga con-trolada.

7 -

Preparações de propiramo contendo no máximo 100 mg de propiramo por unidade de administração associadas com uma quantidade pelo menos igual de metilcelulose.

8 -

Preparações administráveis por via oral que não contenham mais de 135 mg de sais de dextropropoxifeno base por unidade de administração ou que a concentração não exceda 2,5% das preparações em forma não dividida sempre que estas preparações não contenham nenhuma substância sujeita a medidas de controlo da Convenção de 1971 sobre Psicotrópicos.

9 -

As preparações que correspondam a qualquer das fórmulas mencionadas nesta tabela e misturas das mesmas preparações com qualquer ingrediente que não faça parte das drogas controladas. ➡

TABELA IV

Alobarbital - ácido 5,5 dialilbarbitúrico.

Alprazolam - 8-cloro-1-metil-6-fenil-4 H-s-triazol [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina.

Aminorex - 2-amino-5-fenil-2-oxazolina.

Amfepramona - 2-(dietilamino) propiofenona.

Barbital - ácido 5,5-dietilbarbitúrico.

Benzefetamina - N-benzil-N, -dimetilfenetilamina.

Bromazepam - 7-bromo-1,3-di-hidro-5-(2-piridinil)-2 H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Brotizolam - 2-bromo-4-(0-clorofenil)-9-metil-6H-tieno[3,2-f]-s-triazolo[4,3-a][1,4]diazepina.

Butobarbital - ácido 5, butil-5-etilbarbitúrico.

Camazepam - dimetilcarbamato (éster) do 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Cetazolam - 11-cloro-8, 12b-di-hidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4H-[1,3] oxazino [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-4,7 (6h)-diona.

Clobazam - 7-cloro-1-metil-5-fenil-1H-1,5-benzodiazepina-2,4 (3H, 5H)-diona.

Clobenzorex - (+)-N-(o-clorobenzil)-(alfa)-metilfenetilamina.

Clonazepam - 7-nitro-5-(2-clorofenil)-3H-1,4-benzodiazepina-2 (1H)-ona.

Clorazepato - ácido 7-cloro-2,3-di-hidro-2,2-di-hidroxi-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina-3-carboxílico.

Clordiazepóxido - 7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4 benzodiazepina-4-óxido.

Clordesmetildiazepan - 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Clotiazepam - 5-(2-clorofenil)-7-etil-1,3-di-hidro-1-metil-2H-tieno [2,3-e]-1,4-diazepina-2-ona.

Cloazolam - 10-cloro-11b-(2-clorofenil)-2,3,7,11b-tetra-hidrooxa-zolo [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona.

Delorazepam - 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Diazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-1-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Estazolam - 8-cloro-6-fenil-4H-s-triazolo [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina.

Etclorvinol - etil-2-cloroviniletinil-carbinol.

Etlanfetamina - (mais ou menos)-N-etil-(alfa)-metilfeniletilamina.

Etil-loflazepato - 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-2,3-di-hidro-2-oxo-1H-1,4-benzodiazepina-3-carboxilato de etilo.

Etinamato - carbamato-1-etinilciclo-hexanol.

Fencanfamina - (mais ou menos)-3-N-etilfenil-(2,2,1) biciclo 2-heptanamina.

Fenobarbital - ácido-5-etil-5-fenilbarbitúrico.

Fenproporex - (mais ou menos)-3-(alfa)-metilfenetilamina) propionitrilo.

Fludiazepam - 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Flurazepam - 7-cloro-1-[2-(dietilamino) etil]-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Halazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoretil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Haloxazolam - 10-bromo-11b-(2-fluorofenil)-2,3,7,11b-tetra-hidrooxazol [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona.

Loprazolam - 6-2(clorofenil)-2,4-di-hidro-2-[4-metil-1-piperazinil] metileno]-8-nitro-1H-imidazo-[1,2-a] [1,4] benzodiazepina-1-ona.

Lorazepam - 7-cloro-5 (2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Lormetazepam - 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Mazindol - 5-(p-clorofenil)-2,5-di-hidro-3N-imidazol (2,1-a)-isoindol-5-ol.

Medazepam - 7-cloro-2,3-di-hidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepina.

Mefenorex - (mais ou menos)-N-(3-cloropropil)-a-metilfenetilamina.

Meprobamato - dicarbamato-2-metil-2-propil-1,3-propanediol.

Mesocarbe - 3-(alfa)-metilfenetil)-N-(fenilcarbamoil)sidnona imina.

Metilfenobarbital - ácido-5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico.

Metiprilona - 3,3-dietil-5-metil-2,4-biperidinediona.

Midazolam - 8-cloro-6-(o-fluorofenil)-1-metil-4H-imidazol [1,5-(alfa)] [1,4] benzodiazepina.

Nimetazepam - 1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Nitrazepam - 1,3-di-hidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Nordazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1 (2H)-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Oxazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Oxazolam - 10-cloro-2,3,7,11b-tetra-hidro-2-metil-11b-feniloxazolo [3,2-d] [1,4] benzodiazepina-6 (5H)-ona.

Pemolina - 2-amino-5-fenil-2-oxazolina-4 ona (ou: 2-imino-5-fenil-4-oxazolidinoma).

Pinazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Pipradol - 1,1-difenil-2-piperidinometanol.

Pirovalerona - (mais ou menos)-1-(4-metilfenil)-2 (1-pirrolidinil) 1-pentanona.

Prazepam - 7-cloro-1-(ciclopropilmetil)-1,3-di-hidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Propil-hexedrina - (mais ou menos)-1-ciclo-hexil-2-metil-aminopropano.

Quazepam - 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Secbutabarbital - ácido secbutil-5-etilbarbitúrico.

SPA, Lefetamina - (-)-1-dimetilamino-1,2-difeniletano.

Temazepam - 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Tetrazepam - 7-cloro-5-(1-ciclo-hexano-1-il)-1,3-di-hidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Triazolam - 8-cloro-6-(2-clorofenil)-1-metil-4H-[1,2,4] triazol [4,3-(alfa)] [1,4] benzodiazepina.

Vinilbital - ácido 5-(1-metilbutil)-5 vinilbarbitúrico.

Zolpidem {N, N, 6-trimetil-2-(ró)-tolilimidazol [1,2-(alfa)] piridina-3-acetamida}

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela sempre que a existência de tais sais seja possível. ➡

TABELA V

Ácido lisérgico.

Efedrina.

Ergometrina.

Ergotamina.

Fenil-1 propanona-2.

Isosafrole.

3,4-Metilenodioxifenil-2-propanona.

N-ácido acetilantranílico.

Norefedrina

Piperonal.

Pseudo-efedrina.

Safrole.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível. ➡

TABELA VI

Acetona.

Ácido antranílico.

Ácido clorídrico.

Ácido fenilacético.

Ácido sulfúrico.

Anidrido acético.

Éter etílico.

Metiletilcetona.

Permanganato de potássio.

Piperidina.

Tolueno.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível. ➡



Imprimir

FECHAR

IMPRIMIR DOCUMENTO

JusNet

**Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro,
Regulamenta o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro (revê
a legislação de combate à droga) (JusNet 171/1994)**



(DR N.º 236, Série I-B, 12 Outubro 1994; Data Distribuição 12 Outubro 1994)

- Emissor: Ministério da Justiça
- Entrada em vigor: 17 Outubro 1994; Entrada em vigor na Madeira e nos Açores: 27 Outubro 1994
- Versão consolidada vigente desde: 5 Maio 2004; Última alteração legislativa [DReg n.º 28/2009, de 12 de Outubro](#) (altera o DReg n.º 61/94, de 12 de Outubro, que regulamenta o DLei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores) (**JusNet 2346/2009**)

Na sequência da publicação do [Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, que reviu a legislação do combate à droga \(JusNet 7/1993\)](#), importa, tal como nesse diploma se prevê, proceder à regulamentação do disposto nos seus artigos 2.º, n.os 4 e 5, 4.º a 20.º e 65.º a 68.º

O controlo dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga - substâncias constantes das tabelas V e VI anexas ao referido decreto-lei - passíveis de desvio para o mercado ilícito mostra-se de alguma complexidade, na medida em que uma boa parte dessas substâncias é de uso corrente na actividade comercial, industrial ou social.

Tal controlo, a pôr em execução por observância não só da [Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988 \(JusNet 159/1991\)](#), como por força do direito comunitário a que Portugal se vinculou, só será possível se resultar de uma actuação concertada e eficaz dos vários serviços e organismos com competência na matéria.

De facto, se no tocante aos estupefacientes e às substâncias psicotrópicas - constantes das tabelas I a IV anexas àquele decreto-lei - a legislação em vigor apenas carece de simples adaptações, determinadas essencialmente pela experiência do [Decreto Regulamentar n.º 71/84, de 7 de Setembro \(JusNet 2219/1984\)](#), e pelo desejo de maior eficácia das medidas de controlo, já quanto aos precursores e outras substâncias utilizáveis no fabrico de droga há que prever novas regras, tendo presente o direito internacional pactício e o direito comunitário.

Aproveita-se, assim, a oportunidade para transpor para o direito interno a [Directiva do Conselho n.º 92/109/CEE, de 14 de Dezembro, relativa à produção e colocação no mercado de certas substâncias utilizadas na produção ilegal de estupefacientes e psicotrópicos \(JusNet 3294/1992\)](#), alterada pela [Directiva da Comissão n.º 93/46/CEE, de 22 de Junho \(JusNet 3866/1993\)](#).

Ao mesmo tempo, entra-se em linha de conta com a regulamentação comunitária relativa ao controlo de tais substâncias no comércio entre a Comunidade e países terceiros, nomeadamente o Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Dezembro, alterado pelo Regulamento (CEE) n.º 900/92, do Conselho, de 31 de Março, e do Regulamento (CEE) n.º 3769/92, da Comissão, de 21 de Dezembro, de carácter executivo daquele.

Sabido que as exigências internacionais e comunitárias, designadamente neste domínio do controlo do mercado lícito de droga, são cada vez mais importantes e prementes, o presente decreto regulamentar concretiza para cada organismo público a colaboração parcelar que lhe é pedida, consoante a sua especialidade, sem prejuízo da necessária coordenação global.

Também por isso a formulação adoptada define, de forma harmonizada e global, os procedimentos a seguir pelas restantes entidades com intervenção na execução do diploma.

Foram ouvidas a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Médicos Veterinários e a Ordem dos Farmacêuticos.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e nos termos da alínea c) do artigo 202.º da Constituição (JusNet 7/1976), o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I **Disposições gerais**

Artigo 1. *Objecto e definições.*

1 - O presente decreto regulamentar estabelece as regras relativas ao controlo do mercado lícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de utilização no fabrico de droga, compreendidos nas tabelas I a VI anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, adiante abreviadamente designadas por tabelas.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 1.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

2 - Para efeitos do disposto no presente decreto regulamentar, e sem prejuízo das definições constantes das convenções relativas a estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores, ratificadas pelo Estado Português, e dos regulamentos comunitários, entende-se por:

- a)** «Produção» obtenção, por recolha ou extracção, de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores de droga, a partir de organismos naturais;
- b)** «Fabrico» operações mediante as quais se podem obter estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para a obtenção de droga, incluindo a purificação e a transformação de uns produtos noutros;
- c)** Manipulação: operações mediante as quais se podem transformar estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de

desvio para o fabrico de droga, através de processos físicos ou químicos;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea c) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



d) Importação: introdução física, no território nacional, de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, provenientes de países não comunitários;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea d) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



e) Exportação: saída física de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, do território nacional para países não comunitários, equiparando-se a reexportação à exportação;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea e) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



f) «Trânsito» passagem, por território nacional, bem como o transbordo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, vindos de país não comunitário e com destino a outro país não comunitário;

g) «Introdução» a entrada física de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, no território nacional, provenientes de outro país comunitário;

h) «Expedição» saída física de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, do território nacional com destino a outro país comunitário;

i) «Comércio por grosso» a compra de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos susceptíveis de desvio para o fabrico de droga, no próprio nome e por sua conta, e a respectiva revenda a outros comerciantes, grossistas ou retalhistas, a transformadores, ou utilizadores profissionais ou a grandes utilizadores;

j) Substância classificada: qualquer substância inscrita nas tabelas V e VI, excepto os sais dos ácidos clorídrico e sulfúrico, incluindo as misturas que contenham essas substâncias, com exclusão dos medicamentos e de outras preparações a partir das quais

não seja fácil a utilização ou a recuperação dessas substâncias;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea j) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



l) Colocação no mercado: facultar a terceiros, a título oneroso ou gratuito, substâncias classificadas produzidas na Comunidade ou que nela tenham sido introduzidas em livre prática;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea l) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



m) Operador: pessoa singular ou colectiva que se dedica ao fabrico, transformação, comércio ou distribuição de substâncias classificadas na Comunidade ou a outras actividades afins.

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea m) do n.º 2 do artigo 1.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 2. Âmbito de aplicação.

1 - O cultivo, a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, a introdução, a expedição, o trânsito, a detenção a qualquer título e o uso de plantas, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV ficam sujeitos aos condicionamentos, autorizações e fiscalização constantes do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e do presente decreto regulamentar.

2 - A produção, o fabrico, a importação, a exportação, a colocação no mercado, o trânsito e a detenção a qualquer título das substâncias compreendidas nas tabelas V e VI ficam sujeitos a licenciamento, autorização, regime de vigilância estatística e fiscalização constantes daquele diploma e do presente decreto regulamentar.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 2.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 3. Regras e conceitos técnicos.**

As regras e conceitos técnicos contidos no presente diploma são entendidos de harmonia com as convenções relativas a estupefacientes e substâncias psicotrópicas ratificadas pelo Estado Português.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 3.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 4. Dever geral de informação.**

Todas as entidades autorizadas a praticar as actividades referidas no artigo 2.º são obrigadas a prestar, em prazo que lhes venha a ser fixado, as informações que legitimamente lhes forem solicitadas pelas entidades com poderes de fiscalização.

CAPÍTULO II**Autorização, condicionamento e controlo respeitantes às tabelas I a IV****SECÇÃO I****Autorizações****Artigo 5. Regras gerais.**

1 - Compete ao presidente do conselho de administração do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), com faculdade de delegação nos restantes membros do conselho e em todo o pessoal dirigente do Instituto, proferir os despachos de autorização, revogação ou suspensão das actividades previstas no n.º 1 do artigo 2.º

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 5.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - As autorizações só são concedidas se fundamentadas nas necessidades do País, dando prevalência aos interesses de ordem médica, médico-veterinária, científica e didáctica, ressalvadas as excepções previstas nas convenções referidas no artigo 3.º

3 - Para efeito do disposto no n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93, o que se dispõe nos n.os 4 e 5 daquele preceito observa-se quanto aos pedidos apresentados pela primeira vez por entidades ainda não autorizadas para o exercício das actividades previstas neste diploma.

Artigo 6. Pedidos de autorização ou de manutenção de autorização.

1 - Os pedidos de autorização ou de manutenção de autorização de quaisquer actividades previstas no n.º 1 do artigo 2.º são dirigidos ao presidente do INFARMED, neles se identificando a entidade singular ou colectiva que os subscreve, através do bilhete de identidade ou do cartão de identificação de pessoa colectiva ou equiparada, para além das

menções particulares referidas noutros preceitos.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 6.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - Nos pedidos formulados nos termos do n.º 3 do artigo 5.º devem ainda ser indicados os responsáveis individuais pela elaboração e conservação actualizada dos registos e pelo cumprimento das demais obrigações que vierem a ser impostas, os quais declararão assumir tal responsabilidade.

3 - Por cada filial ou depósito, é apresentado um pedido autónomo.

4 - O requerimento deve ser acompanhado do certificado de registo criminal dos requerentes e dos indivíduos referidos no n.º 2 e, no caso de pessoa colectiva, o dos indivíduos que a podem obrigar.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 6.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



5 - Os pedidos de manutenção da autorização devem ser instruídos com os documentos comprovativos da substituição do titular, da mudança da firma ou das suas instalações, ou da certidão de óbito, conforme os casos.

Artigo 7. *Requisitos subjectivos.*

1 - A idoneidade dos requerentes afere-se pelo teor do registo criminal, pelo cadastro das coimas, bem como pelos elementos obtidos através do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), cuja recolha se fará com respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos e atendendo exclusivamente aos interesses públicos da saúde e do combate ao tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 7.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - O requerente goza do direito de acesso aos elementos referidos no número anterior, nos termos gerais, podendo impugná-los, bem como a forma como foram obtidos.

3 - No que respeita aos estabelecimentos hospitalares do Estado, civis ou militares, é dispensada a audição do GCDMJ e a apresentação dos certificados de registo criminal e de cadastro de coimas.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 7.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 8. *Despachos de autorização, manutenção ou indeferimento.*

- 1** - As autorizações são intransmissíveis, não podendo ser cedidas ou utilizadas por outrem, a qualquer título.
- 2** - As autorizações concedidas de forma genérica a pessoas singulares ou colectivas para o exercício das actividades previstas no n.º 1 do artigo 2.º são válidas por um ano e consideram-se renovadas por igual período, se o INFARMED nada disser até 90 dias antes do termo do prazo.
- 3** - Cada autorização específica só é válida para o período que for fixado no despacho, o qual não excederá um ano.
- 4** - O despacho de autorização proferido sobre os pedidos a que se reporta o n.º 3 do artigo 5.º é publicado na 2.ª série do Diário da República e nele são fixadas as condições especiais a observar pelo requerente, contando-se o período da autorização a partir da data daquela publicação.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 8.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



- 5** - Dos despachos de indeferimento do presidente do conselho de administração do INFARMED cabe recurso contencioso.

Artigo 9. *Caducidade da autorização.*

- 1** - O requerimento para prosseguir uma actividade autorizada, nos casos previstos no n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 15/93, deve ser apresentado nos 60 dias seguintes à mudança de firma, ao falecimento ou substituição do respectivo titular, ou do representante legal da empresa ou entidade autorizada, sendo rejeitado se apresentado fora de prazo.
- 2** - A publicação de portaria que determine a proibição de cultura de certas plantas ou arbustos, o fabrico, preparação ou comercialização de certas substâncias ou preparações, nos termos dos n.ºs 4 e 5 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 15/93, acarreta a caducidade automática das autorizações concedidas para aquelas actividades.
- 3** - Aplica-se aos casos de caducidade, com as devidas adaptações, o disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 15/93.

Artigo 10. *Revogação e suspensão da autorização.*

- 1** - É revogada a autorização logo que deixem de verificar-se os requisitos referidos no n.º 2 do artigo 5.º, no artigo 7.º e no n.º 1 do artigo 8.º, sem prejuízo da aplicação das coimas a que houver lugar.
- 2** - Os despachos de revogação ou de suspensão são publicados na 2.ª série do Diário da República.

3 - Cabe recurso contencioso dos despachos do presidente do conselho de administração do INFARMED referidos no presente artigo.

Artigo 11. Efeitos da revogação da autorização.

O requerimento a que se refere o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 15/93, em que seja solicitada a devolução das substâncias e preparações existentes a quem as tenha fornecido ou a cedência a outras entidades ou empresas autorizadas ou a farmácias, deve ser acompanhado de declaração de concordância de tais entidades, empresas ou farmácias, para o caso de deferimento, e de lista discriminada daquelas substâncias ou preparações.

Artigo 12. Comunicação das autorizações.

1 - O INFARMED comunica ao alto-comissário para o Projecto VIDA e ao GCDMJ as autorizações concedidas para a prática de qualquer das actividades mencionadas no n.º 1 do artigo 2.º, bem como a respectiva prorrogação, suspensão ou revogação.

2 - O GCDMJ deve informar a Polícia Judiciária, a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana e a Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo das autorizações concedidas, com indicação de qual ou quais destas autoridades são especialmente responsáveis pelo controlo das operações e em que termos.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 12.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO II

Cultivo, produção e fabrico

Artigo 13. Cultivo.

1 - Quem pretender autorização para o cultivo de espécies vegetais incluídas nas tabelas I e II, para fins médicos, médico-veterinários ou de investigação científica, deve requerê-la ao INFARMED.

2 - O pedido de autorização indicará, para além dos elementos referidos no artigo 6.º, os seguintes:

- a)** Completa identificação e endereço do cultivador ou cultivadores, na hipótese de não ser o requerente;
- b)** Localização e área de terreno a cultivar;
- c)** Quantidade e designação da espécie vegetal a semear ou a plantar;
- d)** Quantidade provável do produto a recolher, sua aplicação e destino;
- e)** Local onde o produto será guardado e respectivas condições de segurança enquanto não for entregue ao organismo oficial incumbido da recolha.

3 - No caso de ser autorizada a cultura de espécies vegetais que implique um regime especial de controlo previsto nas convenções ratificadas por Portugal, é definido o organismo ou organismos que exercerão aquelas funções de controlo, nos termos da lei, observando-se ainda as demais regras previstas nas convenções.

4 - No caso do cultivo de cânhamo para fins industriais, das variedades de Cannabis sativa L, incluídas no anexo B do Regulamento (CEE) n.º 1164/89, da Comissão, de 28 de Abril, na redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (CEE) n.º 2814/98, da Comissão, de 22 de

Dezembro, as funções de controlo serão efectuadas pelo Instituto Nacional de Intervenção e Garantia Agrícola conjuntamente com a Polícia Judiciária, em termos a definir por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas.

Artigo 14. *Excedentes.*

1 - Podem ser tolerados excedentes de cultivo não superiores a 10% das quantidades autorizadas, desde que feita a participação ao INFARMED dentro de 15 dias a contar do momento em que tiverem sido apurados.

2 - Os excedentes são imputados nas quantidades a produzir no ano seguinte.

3 - O INFARMED ordena a apreensão dos excedentes não autorizados, aos quais é dado o destino previsto no artigo 62.º do Decreto-Lei n.º 15/93, se não forem utilizados para fins lícitos, solicitando, se necessária, a colaboração das autoridades policiais, directamente ou através do GCDMJ.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 14.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



4 - Se a proibição de cultivo a que se referem os n.os 4 e 5 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 15/93 implicar a destruição das culturas existentes previamente autorizadas, o Estado indemniza, nos termos da lei, pelas despesas realizadas, as entidades que a elas tiverem procedido.

Artigo 15. *Extracção e fabrico.*

1 - Quem, pela primeira vez, pretender autorização para extrair alcalóides de espécies vegetais incluídas nas tabelas I-A, I-B e I-C ou para os fabricar por síntese, para fins médicos, médico-veterinários ou de investigação científica, deve requerê-la ao INFARMED até 31 de Outubro, com referência ao ano seguinte.

2 - Quem pretender extrair, transformar ou fabricar substâncias ou preparações incluídas nas tabelas I a IV deve proceder de igual modo e no mesmo prazo, sem prejuízo do que se dispõe no número seguinte.

3 - A autorização de fabrico de substâncias compreendidas na tabela II-A só pode ser concedida para fins de investigação científica.

4 - O pedido de autorização deve indicar, para além dos elementos referidos no artigo 6.º, os seguintes:

- a)** Descrição gráfica dos locais destinados ao fabrico e ao depósito das substâncias fabricadas ou destinadas ao fabrico, das preparações e respectivas condições de segurança;
- b)** Identificação e qualificação profissional do responsável técnico;
- c)** Natureza e quantidade de matérias-primas exigidas para o fabrico;
- d)** Substâncias e preparações que se deseja fabricar, quantidades a produzir, seu destino e processos de extracção.

5 - A autorização para o fabrico é válida também para a aquisição de matérias-primas, sua armazenagem e venda dos produtos obtidos, desde que efectuada a entidades autorizadas.

6 - A utilização de substâncias compreendidas nas tabelas I, II-B e II-C pela indústria para fins diferentes dos fins médicos, médico-veterinários ou científicos só pode ser autorizada se o requerente demonstrar o domínio de técnicas apropriadas de transformação ou que,

por qualquer meio, possam impedir o emprego abusivo das substâncias, a produção de efeitos nefastos ou a possibilidade prática da sua recuperação.

7 - No despacho que conceder a autorização são fixadas as condições que permitam ao INFARMED impedir a acumulação de estupefacientes em quantidades superiores às necessidades do mercado e ao normal funcionamento da entidade requerente.

Artigo 16. Quotas de fabrico de substâncias.

1 - No mês de Novembro de cada ano o INFARMED, atendendo aos compromissos internacionais assumidos e de acordo com as regras decorrentes das convenções, estabelece as quantidades das substâncias compreendidas nas tabelas I e II, com excepção da II-A, que podem ser fabricadas ou postas à venda pelas entidades autorizadas, no decurso do ano seguinte.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 16.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

2 - As quantidades estabelecidas podem ser aumentadas no decurso do ano a que respeita a autorização, competindo ao INFARMED, em qualquer momento e quando especiais circunstâncias o exijam, limitar o fabrico de determinadas substâncias e preparações.

3 - A fixação das quotas ao abrigo do disposto no n.º 1 e a sua alteração são publicadas na 2.ª série do Diário da República.

4 - À proibição de fabrico aplica-se o disposto no n.º 4 do artigo 14.º

SECÇÃO III

Comércio por grosso

Artigo 17. Autorização para o comércio por grosso.

1 - Quem pretender autorização para o comércio por grosso de substâncias compreendidas nas tabelas I, II, com excepção da II-A, e IV, deve requerê-la ao INFARMED.

2 - O pedido deve indicar, para além dos elementos referidos no artigo 6.º, os seguintes:

- a)** Localização do estabelecimento, depósito ou armazém em que o comércio será exercido;
- b)** Locais reservados à recepção, à detenção e à expedição ou entrega dos produtos;
- c)** Medidas de segurança adoptadas ou a adoptar;
- d)** Substâncias e preparações que se pretende comercializar.

3 - No despacho que conceder a autorização são fixadas as condições que permitam ao INFARMED impedir a acumulação de estupefacientes e substâncias psicotrópicas em quantidades superiores às necessidades do mercado e ao normal funcionamento da entidade requerente.

Artigo 18. Venda ou cedência de substâncias e preparações.

1 - A venda ou cedência de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com excepção da II-A, a estabelecimentos hospitalares do Estado, civis ou militares, a farmácias e a outras entidades legalmente autorizadas é feita sob requisição escrita, devidamente assinada e autenticada, pelo respectivo responsável, a destacar de livro de modelo aprovado pelo INFARMED, ou mediante documento emitido por meios informáticos,

de valor equivalente, salvo o disposto no número seguinte.

2 - As formalidades referidas no número anterior não se aplicam à venda ou cedência de preparações incluídas na tabela III, quando feitas por empresas autorizadas a comercializar por grosso, a estabelecimentos hospitalares do Estado, civis ou militares, ou a farmácias.

3 - O envio a médicos e a médicos veterinários, pelos respectivos fabricantes, de amostras de preparações compreendidas nas tabelas III e IV só pode fazer-se mediante requisição nos termos a estabelecer pelo INFARMED.

4 - É proibido o envio de amostras de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II.

Artigo 19. *Requisições.*

1 - O documento a que se refere o n.º 1 do artigo 18.º é elaborado em duplicado, ficando o primeiro exemplar na posse do requisitante e o segundo na do fornecedor.

2 - Cada requisição deve ser utilizada para um só tipo de substância.

Artigo 20. *Procedimento na entrega.*

1 - A entrega de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com excepção da II-A, só pode ser feita por um dos modos seguintes:

a) Pessoalmente, ao titular da autorização, ao farmacêutico ou a representantes de um ou de outro ou ainda aos responsáveis indicados pelas entidades referidas no artigo 18.º, n.º 1, sendo anotados o nome, o número e a data de emissão do bilhete de identidade ou de outro elemento seguro de identificação, à margem da requisição ou requisições;

b) Por meio de agência de transporte ou correio privado.

2 - Sempre que se trate de substâncias compreendidas na tabela I, cujo quantitativo exceda 1 kg, o transporte é realizado com prévia comunicação escrita do fornecedor à autoridade policial mais próxima.

3 - Na comunicação a que se refere o número anterior, indicar-se-á o nome do fornecedor e do destinatário, o meio de transporte, o dia e a hora em que se realiza, a natureza e a quantidade das substâncias a transportar.

4 - A comunicação é feita em triplicado, com a antecedência de três dias, ficando um exemplar na posse da autoridade policial, sendo outro por esta enviado à autoridade que tiver jurisdição sobre a área de destino; o terceiro, visado pela autoridade policial, acompanha a mercadoria e deve ser reenviado pelo destinatário ao fornecedor.

5 - O fornecedor deve conservar a requisição durante três anos e, quando a entrega for feita por agência de transporte ou correio privado, o documento de recepção, devendo o requisitante conservar a cópia da requisição por igual período.

Artigo 21. *Fornecimento para fins específicos.*

1 - O INFARMED pode autorizar o fornecimento de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I-A, II-B, II-C e IV:

a) A estabelecimentos públicos ou privados, reconhecidamente idóneos, para fins de investigação ou ensino, podendo ainda ser autorizado o fornecimento de substâncias compreendidas nas tabelas restantes;

b) A navios mercantes, aeronaves e outros meios de transporte público internacional, para primeiros socorros, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 15/93, devendo o pedido ser subscrito pelo médico de bordo ou, na falta deste, por médico da respectiva empresa e mencionar o nome, número do navio ou aeronave, a repartição e local onde se encontram registados ou outras referências suficientemente identificadoras, observadas as disposições aduaneiras aplicáveis.

2 - No pedido é indicado o responsável pela guarda e conservação das substâncias e preparações, o qual deve declarar assumir tal responsabilidade, devendo ainda ser

descritas as condições de segurança.

3 - As substâncias e preparações detidas não podem exceder as quantidades indispensáveis para a prossecução normal dos fins autorizados.

4 - Observadas as condições gerais, pode ser autorizado o fornecimento ao Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) de substâncias compreendidas na tabela I-A, para tratamento com estupefaciente substituto.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 21.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



5 - Só pode ser ministrado tratamento com estupefaciente substituto sob autorização e controlo do SPTT.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 5 do artigo 21.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO IV

Importação, exportação, trânsito, introdução e expedição

Artigo 22. Importação, exportação e comércio.

1 - A importação, a exportação, o trânsito, a introdução e a expedição de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV só podem ser efectuados por entidades ou empresas autorizadas a cultivar, a fabricar, a manipular ou a comercializar por grosso essas substâncias ou preparações ou a utilizá-las para fins de ensino, terapêuticos ou de investigação científica.

2 - A autorização é concedida para cada operação e pode ser utilizada relativamente a quantidades inferiores às autorizadas.

Artigo 23. Pedidos de importação e exportação.

1 - O pedido de autorização para importação, exportação, introdução e expedição de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV deve indicar, para além dos elementos referidos no artigo 6.º, os seguintes:

- a)** Nome da substância ou preparação e denominação comum internacional, quando exista;
- b)** Quantidade a importar, exportar, introduzir ou expedir;
- c)** Identificação do exportador ou expedidor, em caso de importação ou introdução, e identificação do destinatário, em caso de exportação ou expedição;
- d)** Período em que a importação, introdução, exportação ou expedição terá lugar, meio de envio ou transporte utilizado e qual a alfândega por onde se dará a entrada ou saída;

e) Percentagem de alcalóides componentes das substâncias ou preparações, sempre que não sejam alcalóides puros ou se trate de medicamentos compostos.

2 - O pedido de autorização de exportação ou expedição deve ainda ser acompanhado do título de autorização para importação ou introdução emitido pelas autoridades do país de destino das mercadorias.

3 - Os pedidos específicos de importação de sementes de cannabis não destinadas a sementeira são apresentados junto da Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC), que emite o respectivo certificado para importação.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 23.º alterado pelo n.º 2 do artigo 4.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



4 - Os pedidos referidos no número anterior devem ser acompanhados de:

- a) Cópia da autorização genérica de actividade, prevista no n.º 2 do artigo 8.º;
- b) Declaração de compromisso de apresentação de documentos demonstrativos de que as sementes de cannabis foram sujeitas, com vista à sua inutilização para sementeira, a uma das seguintes operações:
 - i) Redução total do seu poder germinativo ou redução a um valor inferior a 10%, por terem sido submetidas a um processo físico ou de outra natureza que inviabilize a sua germinação;
 - ii) Mistura destinada à alimentação animal com sementes que não as de cânhamo, com uma percentagem máxima de 15% de sementes de cânhamo relativamente ao total;
 - iii) Reexportação para um país terceiro.

5 - As operações referidas na alínea b) do número anterior devem ser realizadas no prazo máximo de 12 meses a partir da data de emissão do certificado para importação.

6 - Os documentos demonstrativos mencionados na alínea b) do n.º 4 são entregues junto do INFARMED, no prazo de 30 dias a contar da realização de uma das operações de inutilização das sementes para sementeira.

Artigo 24. Comunicações.

1 - Autorizada a importação ou exportação de substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV, o INFARMED dá conhecimento das mesmas à DGAIEC, sem prejuízo do disposto no artigo 12.º

2 - Em caso de autorização do pedido previsto no n.º 3 do artigo anterior, a DGAIEC dá conhecimento da mesma ao INFARMED, remetendo igualmente cópia da declaração de compromisso prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo anterior.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 24.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 25. Exportação e expedição proibidas.

1 - É proibida a exportação ou expedição de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV sob a forma de remessa dirigida a um banco ou caixa postal a favor de um destinatário diferente daquele que é indicado na autorização.

2 - É também proibida, sob a forma de remessa, a exportação dirigida a entreposto aduaneiro, excepto quando o Governo do país importador certificar na autorização para importação que consente o depósito nesse entreposto.

3 - No caso de remessa para entreposto aduaneiro, nos termos do número anterior, a autorização para exportação menciona que o envio é feito com esse destino.

4 - Aquele que exportar ou expedir substâncias e preparações referidas no n.º 1 deve proceder de modo que se torne impossível abrir a embalagem sem quebra do respectivo selo.

Artigo 26. Pedido de autorização de trânsito.

1 - O pedido de autorização de trânsito por território português de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II, com excepção da II-A, e IV, deve ser acompanhado, para além das indicações constantes do artigo 6.º, do título de autorização para exportação emitido pelas autoridades do país de origem das mercadorias.

2 - O pedido de mudança de destino das mercadorias para outro país que não o de destino inicial, se for autorizado, fica sujeito ao regime das exportações.

SECÇÃO V**Receituário, aviamento e controlo****Artigo 27. Receitas.**

1 - Só mediante apresentação de receita médica ou médico-veterinária com as especificações constantes dos números seguintes podem ser fornecidas ao público, para tratamento, as substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II.

2 - O INFARMED, em colaboração com a Direcção-Geral da Saúde e as administrações regionais de saúde (ARS), após audição da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Médicos Veterinários, da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Nacional de Farmácias, aprova o modelo do livro de receitas com talonário.

3 - As receitas são numeradas e contêm no rosto as referências do n.º 3 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 15/93, podendo ser adaptadas com vista ao seu tratamento informático.

4 - As receitas são passadas em triplicado, ficando na posse do médico ou do médico veterinário, consoante o caso, o talão correspondente, que o conserva em arquivo, facilmente acessível, pelo prazo de três anos; o original da receita é enviado à ARS correspondente ou à Ordem dos Médicos Veterinários, no caso de receita médico-veterinária, sendo um dos duplicados guardado na farmácia e o outro enviado ao INFARMED.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 27.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 28. Aviamento de receitas.**

1 - O farmacêutico que aviar uma receita especial respeitante a substâncias

estupefacientes ou psicotrópicas deve verificar a identidade do adquirente e anotar à margem do original da receita o nome, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução ou, no caso de estrangeiros, do passaporte, indicando a data de entrega e assinando de forma legível.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 28.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - Para identificação do adquirente pode o farmacêutico aceitar outros documentos, desde que tenham fotografia do titular, devendo, nesse caso, recolher a assinatura deste; se não souber ou não puder assinar, o farmacêutico consigna essa menção.

3 - O farmacêutico recusar-se-á a aviar receitas relativas a medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas quando:

a) Não sejam do modelo aprovado pelo INFARMED;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea a) do n.º 3 do artigo 28.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



b) Tiver fundadas dúvidas sobre a sua autenticidade;

c) Tiverem decorrido mais de 10 dias sobre a data de emissão;

d) Já tiverem sido aviadas uma vez.

4 - No caso referido na alínea b), o farmacêutico contacta, se tal for possível, o médico ou o médico veterinário prescritor, a expensas do adquirente.

5 - As farmácias conservam o duplicado das receitas em arquivo pelo período de três anos, ordenadas por data de aviamento.

6 - O farmacêutico que aviar uma receita nos termos do n.º 3 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 15/93 deve, para além dos restantes elementos, recolher no verso do duplicado da receita que permanece na farmácia a assinatura da pessoa que diz ter o menor a seu cargo ou estar incumbida da sua educação ou vigilância; se esta não souber ou não puder assinar proceder-se-á como se prevê no n.º 2.

Artigo 29. Serviços de saúde do Estado e privados.

1 - Nos serviços de saúde do Estado ou privados, a responsabilidade pelo controlo das substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II cabe às comissões de farmácia e terapêutica ou, não existindo, às direcções clínicas e aos farmacêuticos directores, que fornecerão ao INFARMED, em termos a acordar e com a periodicidade a prever, os dados e informações considerados indispensáveis.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, os serviços de saúde do Estado e privados enviam ao INFARMED, trimestralmente, uma relação dos estupefacientes utilizados em tratamento médico, segundo modelo aprovado por aquele, em suporte manual ou informático.

3 - São elaborados pelos serviços referidos no número anterior os registos referidos na secção VI.

Artigo 30. Distribuição e controlo de receituário.

1 - O modelo do livro de receitas especiais constitui exclusivo da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, que o fornece mediante requisição das ARS, da Ordem dos Médicos ou da Ordem dos Médicos Veterinários, conforme as suas áreas de intervenção e competência.

2 - As entidades referidas no número anterior procedem à distribuição dos livros de receitas, de acordo com as estritas necessidades de prescrição, cobrando dos utilizadores o respectivo custo.

3 - As farmácias, os serviços de saúde do Estado e privados enviam ao INFARMED, até ao dia 8 do mês seguinte àquele a que respeite, o duplicado de cada receita aviada relativa a substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.

4 - Ao controlo de receituário por meios informáticos referido no artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 15/93 aplicam-se as regras previstas na Lei n.º 10/91, de 29 de Abril.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 30.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



5 - O INFARMED transmite ao serviço de saúde competente ou à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Médicos Veterinários, conforme a prescrição tenha sido efectuada no exercício de funções públicas ou privadas, as situações que registe no controlo de receituário, relativamente ao consumo individual anormal de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 30.º-A aditado pelo artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO VI

Registos e segurança

Artigo 31. Disposições comuns.

1 - Os livros de registo previstos neste capítulo são de modelos aprovados pelo INFARMED, numerados e rubricados em todas as páginas pelo mesmo Instituto, com termos de abertura e de encerramento.

2 - Os registos não conterão espaços em branco, entrelinhas, rasuras ou emendas não ressalvadas e são elaborados por ordem cronológica, com numeração sequencial.

3 - As entidades autorizadas a fabricar substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV devem conservar os registos pelo prazo de cinco anos a contar do último lançamento.

4 - Nos restantes casos, o prazo de conservação dos registos é de três anos a contar do último lançamento.

5 - Os registos são controlados pelo INFARMED.

6 - O INFARMED pode autorizar a substituição dos livros e registos manuais por registos informáticos, em condições que não diminuam a fidedignidade e a segurança dos dados.

Artigo 32. *Registo de entrada e de saída.*

1 - Devem ficar registadas, de acordo com o previsto no artigo anterior, todas as entradas e saídas de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV.

2 - O livro de registos ou o correspondente registo informático deve ser encerrado no dia 31 de Dezembro de cada ano e no fecho devem ser mencionados os totais das substâncias ou preparações armazenadas e as utilizadas durante o ano, bem como qualquer diferença, para mais ou para menos, relativamente aos correspondentes registos anteriores.

Artigo 33. *Registo de entrada e de saída e do ciclo de fabrico.*

1 - As entidades autorizadas a fabricar substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com excepção da II-A, mencionam nos livros de registo ou no correspondente registo informático, para além das entradas e saídas, a sua passagem à fase de fabrico.

2 - Nos registos de saída e passagem à fase de fabrico menciona-se também o número de registo da entrada da substância.

3 - A substância obtida na fase de fabrico, ainda que mediante síntese, deve ser registada como entrada, com indicações que permitam a ligação com os dados inscritos no registo de fabrico.

4 - No registo de fabrico devem constar a identificação completa do produto, a proveniência e as quantidades de matérias-primas utilizadas, com indicação da respectiva designação e da data de entrada na secção de fabrico, a quantidade de produtos obtidos e o respectivo número de lote.

5 - As variações quantitativas das existências de qualquer substância devem ser contabilizadas em coluna própria, em ligação com o registo relativo à operação que estiver na sua origem.

Artigo 34. *Registo de receitas nas farmácias.*

1 - As farmácias escrituram no livro de registo especial, ou inserem no correspondente registo informático, a menção das receitas aviadas relativas a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II, com excepção da II-A, do qual constem o número da receita, o médico ou médico veterinário prescritor, a identificação e idade do adquirente e a data da entrega, e que será encerrado no dia 31 de Dezembro de cada ano pelo respectivo responsável.

2 - O fornecimento de substâncias ou preparações nos termos do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 15/93 é objecto de registo autónomo, com discriminação da identidade do doente, da dose do fármaco e da data da entrega.

3 - O farmacêutico, no prazo de 10 dias, comunica ao INFARMED os casos de fornecimento efectuado de acordo com o número anterior, identificando-se, bem como ao doente, e indicando os elementos a que se refere o n.º 3 do artigo 27.º

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 34.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 35. Participação de subtracções ou extravios.

A subtracção, extravio ou inutilização de livros de registo, de registo informático e de requisições, bem como de livros de receitas, devem ser participados, por escrito, à autoridade policial local e ao INFARMED, imediatamente ou nas vinte e quatro horas subsequentes ao conhecimento do facto, pela entidade responsável pela sua guarda, narrando circunstanciadamente os factos e fornecendo, se possível, os números de série dos documentos.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 35.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 36. Medidas técnicas de protecção.**

1 - Todas as entidades autorizadas, nos termos do presente capítulo, a deter substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV devem tomar as medidas técnicas de protecção adequadas contra a sua perda ou subtracção.

2 - As entidades referidas no n.º 1 ficam obrigadas a adoptar os condicionamentos técnicos de protecção que lhes forem impostos pelo INFARMED, ouvido o GCDMJ e as respectivas associações.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 36.º alterado pelo n.º 1 do artigo 4.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



3 - No caso de não adopção daqueles condicionamentos, pode ser revogada a autorização concedida, sem prejuízo da aplicação da coima a que houver lugar.

SECÇÃO VII

Publicidade, embalagens e rótulos

Artigo 37. Proibição de publicidade.

É proibida a publicidade respeitante a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV, com excepção de publicações técnicas ou suportes de informação destinados exclusivamente a médicos e outros profissionais de saúde.

Artigo 38. Embalagens e rótulos.

1 - O INFARMED pode fixar as características de segurança de abertura dos recipientes utilizados na embalagem das substâncias e das preparações compreendidas nas tabelas I a IV.

2 - Os rótulos apostos nos recipientes que contenham substâncias ou preparações compreendidas nas referidas tabelas, destinadas a venda, têm obrigatoriamente a indicação da quantidade, em peso ou em proporção, das substâncias contidas e a denominação comum internacional comunicada pela Organização Mundial de Saúde, para além do que se encontra determinado em outras disposições legais, se for caso disso.

3 - O folheto informativo que acompanha o recipiente contém a informação relativa à composição, indicação terapêutica, dose e, obrigatoriamente, todas as contra-indicações do produto, especialmente se produzir dependência.

4 - Sobre a superfície dos recipientes que contêm substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I e II é claramente impresso um duplo traço vermelho; as embalagens exteriores desse recipiente não têm o duplo traço vermelho.

SECÇÃO VIII

Disposições diversas

Artigo 39. Inspecções.

1 - Pode, a todo o momento, ser realizada inspecção a qualquer empresa, estabelecimento ou local onde se encontrem substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV e ser solicitada a exibição de documentos ou registos relativos às mesmas, a qual não pode ser recusada.

2 - Antes da inspecção, o funcionário do INFARMED identifica-se devidamente, através de cartão próprio, onde se mencione o seu poder de fiscalização, ou mediante credencial.

3 - Se a entidade inspeccionada se recusar a exhibir os documentos ou registos, é pedida a colaboração das autoridades policiais para concretizar a diligência, tomando-se, entretanto, as providências que se justificarem para manter a utilidade da mesma, sem prejuízo do disposto no artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 15/93.

4 - As infracções detectadas são comunicadas às entidades competentes para a investigação criminal ou para a investigação e instrução contra-ordenacional nas vinte e quatro horas seguintes à sua verificação.

5 - É elaborado um relatório escrito de cada inspecção, o qual é arquivado pela entidade fiscalizadora, se não for incorporado em processo crime ou de contra-ordenação.

Artigo 40. Pessoas em trânsito.

A confirmação, quando exigida, da necessidade médica do uso das substâncias e preparações referidas no artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 15/93, quanto a pessoas que atravessassem as fronteiras portuguesas, pode ser feita pelo subdelegado de saúde local ou, na sua falta, por qualquer médico inscrito na Ordem.

Artigo 41. Relatórios e relações de receitas.

1 - As entidades autorizadas a produzir, fabricar, comercializar, importar, introduzir, exportar e expedir substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV devem enviar ao INFARMED, até 31 de Janeiro de cada ano, um relatório contendo os seguintes elementos:

- a)** Resultados do encerramento do registo de entradas e saídas;
- b)** Nome genérico e quantidades das matérias-primas utilizadas no fabrico de especialidades farmacêuticas ou de produtos industriais no decurso do ano;
- c)** Nome e quantidade das especialidades farmacêuticas ou dos produtos industriais vendidos no decurso do ano, com especificação dos estabelecimentos e farmácias;
- d)** Quantidades importadas, introduzidas, exportadas e expedidas;
- e)** Nome e quantidade das substâncias e preparações existentes no dia 31 de Dezembro.

2 - As empresas autorizadas a fabricar preparações compreendidas na tabela III enviam ao INFARMED, no mesmo período, a indicação do nome e quantidade das matérias-primas utilizadas, bem como a sua distribuição pelas preparações.

3 - As entidades e empresas autorizadas a fabricar substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I, II-B e II-C devem ainda enviar ao INFARMED, nos 15 dias seguintes ao termo de cada trimestre, um relatório sobre a natureza e quantidade das

matérias-primas recebidas, das utilizadas no fabrico, das substâncias ou preparações obtidas e das vendidas no decurso do trimestre precedente e respectivo saldo, se o houver.

4 - No relatório a que alude o número anterior, se se tratar de ópio bruto ou folhas de coca, indicar-se-á o título em princípios activos.

5 - As farmácias enviam ao INFARMED, no prazo de 15 dias após o termo de cada trimestre, uma cópia do registo a que se refere o n.º 1 do artigo 34.º

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 6 do artigo 41.º aditado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 42. Outros condicionamentos.

De acordo com as convenções internacionais ratificadas por Portugal, e por diploma próprio, podem ser impostos outros condicionamentos ou restrições relativamente à importação, exportação, introdução, expedição ou trânsito de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV.

SECÇÃO IX

Taxas

Artigo 43. Montante das taxas.

1 - As taxas respeitantes a pedidos genéricos de autorização de actividades referidas no n.º 1 do artigo 2.º são as seguintes:

- a) Para cultivo, produção, fabrico ou comércio por grosso - 150 000\$;
- b) Para importação ou exportação - 200 000\$;
- c) Para trânsito - 170 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 43.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - As taxas respeitantes a pedidos específicos de operações concretas são fixadas nos termos do Decreto-Lei n.º 48 322, de 6 de Abril de 1968 (**JusNet** 498/1968).

3 - Para além das taxas não são cobrados quaisquer emolumentos ou encargos.

4 - Ficam isentas do pagamento de taxa ou de quaisquer encargos as pessoas colectivas públicas.

Artigo 44. Cobrança das taxas e eventual afectação.

As taxas devidas nos termos do artigo anterior são cobradas nos termos da lei orgânica do INFARMED, após o deferimento do pedido de autorização.

CAPÍTULO III

Autorização, condicionamento e controlo respeitantes às tabelas V e VI

A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe do Capítulo III alterada pelo n.º 1 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO I

Produção e fabrico

A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe da Secção I do Capítulo III alterada pelo n.º 2 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 45. Competência da Direcção-Geral da Indústria.

- 1** - Compete ao director-geral da Indústria, ou à entidade em quem este delegar, proferir os despachos de autorização para a produção ou fabrico das substâncias classificadas compreendidas na tabela V.
- 2** - Os despachos de concessão, manutenção, revogação ou suspensão da autorização e de indeferimento do pedido são comunicados ao requerente, ao alto-comissário para o Projecto VIDA, ao GCDMJ, à delegação distrital da Inspeção-Geral das Actividades Económicas (IGAE), ao INFARMED e à delegação regional do Ministério da Indústria e Energia com competência na área em que a entidade ou empresa estão instaladas.
- 3** - Os despachos de concessão, revogação ou suspensão da autorização são publicados no Diário da República.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 45.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 46. Pedidos de autorização - Tabela V.

- 1** - Do pedido de autorização ou de manutenção da autorização para produzir ou fabricar substâncias classificadas contidas na tabela V, devem constar os seguintes elementos:
 - a)** Identificação do requerente através do bilhete de identidade ou do cartão de identificação de pessoa colectiva ou equiparada;
 - b)** Identificação e qualificação profissional do responsável técnico;
 - c)** Indicação dos responsáveis pela elaboração e actualização dos registos;

- d) Designação das substâncias, nos termos constantes da tabela V;
- e) Capacidade e processo de produção ou fabrico;
- f) Destino dos produtos;
- g) Localização e descrição gráfica dos estabelecimentos fabris e dos armazéns ou depósitos das matérias-primas e dos produtos produzidos ou fabricados.

2 - O pedido deve ser acompanhado de certificado do registo criminal dos requerentes e das pessoas referidas na alínea c) e, no caso de pessoa colectiva, dos indivíduos que a podem obrigar.

3 - O pedido de autorização ou de manutenção de autorização é apresentado na Direcção-Geral da Indústria (DGI) ou na delegação regional competente do Ministério da Indústria e Energia, cabendo a esta providenciar pelo envio imediato do mesmo àquela Direcção-Geral.

4 - As alterações dos elementos a que se referem as alíneas b), c), e), f) e g) do n.º 1 devem ser comunicadas à DGI no prazo de 30 dias.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 46.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 47. *Revogação, suspensão e caducidade das autorizações.*

1 - A autorização pode ser revogada ou suspensa:

A partir de: 11 Novembro 2009

Corpo do n.º 1 do artigo 47.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



a) No caso de não verificação do requisito referido no n.º 1 do artigo 7.º e de violação do no n.º 1 do artigo 8.º;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea a) do n.º 1 do artigo 47.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



b) Nas condições previstas no n.º 2 do artigo 9.º e no n.º 6 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 15/93;

c) No caso de incumprimento das condições constantes do despacho de autorização.

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea c) do n.º 1 do artigo 47.º revogada pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**A partir de: 11 Novembro 2009**

Alínea d) do n.º 1 do artigo 47.º aditada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - A autorização caduca no caso previsto no n.º 3 do artigo 8.º e no n.º 7 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 15/93.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 47.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**A partir de: 11 Novembro 2009**

Epígrafe do artigo 47.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 48. *Controlo estatístico - Tabelas V e VI.***

1 - O fabrico das substâncias classificadas compreendidas na tabela VI deve ser comunicado à DGI, no prazo de 30 dias após o início da actividade.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 48.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - Da comunicação a que se refere o número anterior deve constar ainda a identificação do requerente, a localização das instalações onde se fabricam esses produtos, bem como a

respectiva capacidade de fabrico.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 48.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



3 - Os fabricantes devem manter actualizadas as informações previstas nos números anteriores.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 48.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



4 - Os produtores ou fabricantes das substâncias classificadas compreendidas nas tabelas V e VI devem dispor de um sistema de registo da sua actividade e comunicar, anualmente, à DGI, as quantidades produzidas ou fabricadas durante esse período.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 48.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



5 - As comunicações a que se refere o número anterior são transmitidas pela DGI ao alto-comissário para o Projecto VIDA, ao GCDMJ, à delegação distrital respectiva da IGAE e à competente delegação regional do Ministério da Indústria e Energia.

6 - Os registos a que se reporta o n.º 4 devem ser conservados pelo prazo de três anos.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 5 do artigo 48.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe do artigo 48.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos

químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 48.º-A aditado pelo artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 49. Condições de segurança.

Os produtores ou fabricantes das substâncias classificadas compreendidas nas tabelas V e VI devem adoptar as adequadas medidas de segurança relativamente às mesmas, bem como aos registos a que se refere o n.º 4 do artigo 48.º e, em caso de subtracção, perda ou extravio, participar a ocorrência à autoridade policial local e à DGI nas vinte e quatro horas subsequentes à constatação do facto.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 49.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 50. Fiscalização.

A fiscalização do disposto no Decreto-Lei n.º 15/93 e no presente diploma, no que respeita à produção ou fabrico das substâncias classificadas compreendidas nas tabelas V e VI, incumbe às delegações regionais do Ministério da Indústria e Energia.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 50.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 51. Taxas.

Pela concessão de autorização para o exercício das actividades previstas no n.º 1 do artigo 45.º é devida uma taxa de 16 000\$ cuja cobrança é efectuada nos termos do Decreto-Lei n.º 5/84, de 5 de Janeiro.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 51.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO II Comércio

SUBSECÇÃO I Licenciamento e registo de operadores

Artigo 52. Competência da Direcção-Geral do Comércio.

1 - Compete à Direcção-Geral do Comércio (DGC) emitir a licença que autoriza o exercício da actividade dos operadores que intervenham na importação, exportação, trânsito e colocação no mercado das substâncias classificadas constantes da tabela V.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 52.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - Aos operadores autorizados a intervir na colocação no mercado das substâncias classificadas constantes da tabela V é atribuído um número de comercialização.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 52.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



3 - Os despachos de concessão, revogação ou suspensão da licença e de indeferimento do pedido, bem como o número de comercialização atribuído pela DGC, são comunicados ao requerente, ao GCDMJ, à IGAE, à DGAIEC e ao INFARMED.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 3 do artigo 52.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



4 - Os despachos de concessão, revogação ou suspensão da licença e de indeferimento são publicados no Diário da República.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 4 do artigo 52.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao

fabrico de droga (DR 12 Outubro).



A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe do artigo 52.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 52.º-A aditado pelo artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 52.º-B aditado pelo artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 53. *Pedidos de licença - Tabela V.*

1 - O pedido de licença para exercício da actividade dos operadores que intervenham na importação, exportação, trânsito e colocação no mercado das substâncias classificadas constantes da tabela V é acompanhado dos seguintes elementos:

- a)** Identificação do requerente, através do bilhete de identidade ou do cartão de identificação de pessoa colectiva ou equiparada;
- b)** Indicação dos responsáveis pela elaboração e actualização dos respectivos registos;
- c)** Certificado do registo criminal dos requerentes e das pessoas referidas na alínea anterior e, no caso de pessoa colectiva, dos indivíduos que a podem obrigar;
- d)** Designação das substâncias, nos termos constantes da tabela V;
- e)** Localização dos estabelecimentos comerciais, armazéns ou depósitos dessas substâncias.

2 - Qualquer alteração aos elementos referidos no número anterior deve ser comunicada à DGC no prazo de 30 dias.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 53.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 54. Revogação, suspensão e caducidade das licenças.**

1 - A licença pode ser revogada ou suspensa:

a) No caso de não verificação dos requisitos referidos no n.º 1 do artigo 7.º e no n.º 1 do artigo 8.º;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea a) do n.º 1 do artigo 54.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



b) Nas condições previstas no n.º 2 do artigo 9.º e no n.º 6 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 15/93;

c) No caso de incumprimento das condições constantes do despacho de autorização para o exercício da actividade dos operadores;

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea c) do n.º 1 do artigo 54.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



d) No caso de incumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 53.º e nos artigos 57.º e 58.º, sem prejuízo da aplicação das coimas a que houver lugar.

A partir de: 11 Novembro 2009

Alínea d) do n.º 1 do artigo 54.º alterada pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - A licença caduca nos casos previstos no n.º 3 do artigo 8.º e no n.º 7 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 15/93.

Artigo 55. Registo de operadores - Tabela VI.

1 - A DGC é a entidade competente para efectuar o registo, nos termos da legislação comunitária, dos operadores que intervenham na importação, exportação e trânsito das substâncias classificadas constantes da tabela VI.

2 - Os operadores que intervenham na colocação no mercado das substâncias classificadas constantes da tabela VI denominadas «anidrido acético», «ácido antranílico», «ácido fenilacético» e «piperidina» estão obrigados a comunicar à DGC o endereço das instalações

a partir das quais fazem o comércio dessas substâncias, mantendo essa informação actualizada.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 55.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SUBSECÇÃO II

Importação e exportação

Artigo 56. *Competência.*

Compete à DGC emitir a declaração de importação e a autorização de exportação das substâncias classificadas compreendidas nas tabelas V e VI nos termos da legislação nacional e comunitária em vigor.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 56.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 57. *Utilização de autorização geral individual.*

1 - O exportador, titular de uma autorização geral individual, emitida nos termos do artigo 5.º do Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Novembro, alterado pelo Regulamento (CEE) n.º 900/92, do Conselho, de 31 de Março, comunica à DGC no final de cada trimestre, os elementos respeitantes ao número de operações efectuadas, país de destino, nome e endereço do importador, quantidade e valor de cada substância e outros elementos pertinentes do despacho aduaneiro.

2 - A não utilização da autorização a que se refere o número anterior deve ainda ser comunicada à DGC com a mesma periodicidade.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 57.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SUBSECÇÃO III

Comércio nacional e intracomunitário

Artigo 58. *Documentação e rotulagem.*

1 - Quaisquer operações de colocação no mercado de substâncias classificadas incluídas na

tabela V, bem como das denominadas «anidrido acético», «ácido antranílico», «ácido fenilacético» e «piperidina», são devidamente documentadas, devendo os documentos comerciais, tais como as facturas, os manifestos de carga, os documentos administrativos, os documentos de transporte e outros documentos de expedição conter as informações necessárias para a correcta identificação:

- a) Da designação da substância tal como consta das tabelas;
- b) Da quantidade e peso da substância e, quando esta consistir numa mistura, quantidade e peso da ou das substâncias inscritas nas tabelas contidas na mistura;
- c) Do nome e endereço do fornecedor, do distribuidor e, quando for conhecido, do destinatário final;
- d) Do número de autorização de comercialização referido no n.º 2 do artigo 52.º para as substâncias classificadas incluídas na tabela V.

2 - Os operadores encarregados da colocação no mercado de substâncias classificadas incluídas na tabela V, bem como das denominadas «anidrido acético», «ácido antranílico», «ácido fenilacético» e «piperidina», devem possuir registos pormenorizados dessas actividades, de acordo com os elementos indicados nos n.ºs 1 e 5.

3 - Os documentos e registos referidos nos números anteriores devem ser conservados durante, pelo menos, três anos a partir do termo do ano civil em que foi efectuada a operação referida no n.º 1.

4 - Os operadores certificam-se da rotulagem das substâncias classificadas incluídas na tabela V, bem como das denominadas «anidrido acético», «ácido antranílico», «ácido fenilacético» e «piperidina», para efeitos da sua colocação no mercado.

5 - Os rótulos devem mencionar a designação das substâncias tal como consta das tabelas, bem como o número de autorização de comercialização referido no n.º 2 do artigo 52.º, para as substâncias incluídas na tabela V.

6 - Os operadores que coloquem no mercado substâncias classificadas constantes da tabela V, bem como as substâncias denominadas «ácido acético», «ácido antranílico», «ácido fenilacético» e «piperidina», transmitem à DGC até ao dia 15 de Janeiro de cada ano, os elementos respeitantes às respectivas transacções, nomeadamente nome e endereço do cliente, quantidade e valor de cada substância e declaração do cliente, indicando a utilização específica das substâncias, relativas ao ano anterior.

7 - O disposto nos números anteriores não é aplicável às transacções das seguintes substâncias classificadas constantes da tabela VI quando as quantidades envolvidas não excedam, por operação: anidrido acético - 20 L; ácido antranílico e seus sais - 1 kg; ácido fenilacético e seus sais - 1 kg; piperidina e seus sais - 0,5 kg.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 58.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO III

Fiscalização da IGAE

A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe da Secção III do Capítulo III alterada pelo n.º 3 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à

regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 59. Competência.

1 - Compete à IGAE, em colaboração com o INFARMED, fiscalizar as actividades autorizadas de comércio por grosso, distribuição, aquisição, venda, transporte, entrega e detenção das substâncias classificadas compreendidas na tabela V.

2 - Compete especialmente à IGAE a fiscalização das actividades referidas no número anterior relativamente às substâncias classificadas constantes da tabela VI e a investigação e instrução dos processos pelas contra-ordenações referidas na secção III do capítulo V.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 59.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



CAPÍTULO IV

Coordenação e fiscalização geral

SECÇÃO I

Instituto da Droga e da Toxicodependência

A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe da Secção I do Capítulo IV alterada pelo n.º 4 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 60. Competência.

1 - Compete ao IDT:

a) Acompanhar a aplicação dos instrumentos de direito internacional e comunitário relativos às plantas, substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a VI, de forma a garantir a compatibilidade e coerência dos dados a transmitir a entidades externas;

b) Fornecer às instâncias competentes das Nações Unidas os dados, informações e relatórios previstos nas convenções, em colaboração com os outros departamentos nacionais que actuam nesta área, com ressalva da informação relativa a estupefacientes e substâncias psicotrópicas destinada ao Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes fornecida directamente pelo INFARMED;

c) Difundir, no âmbito nacional, as informações e dados recolhidos das instâncias internacionais, bem como outros por si reunidos que se revelem pertinentes.

2 - O IDT é a entidade competente para dar seguimento às solicitações a que se referem o n.º 8 do artigo 7.º, a alínea a) do n.º 10 do artigo 12.º e o n.º 7 do artigo 17.º da Convenção

das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, canalizando-as para os departamentos respectivos e zelando pela sua resposta atempada.

3 - As entidades que forneçam dados de natureza estatística a instâncias da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa, da Organização Internacional de Polícia Criminal/INTERPOL e do Conselho de Cooperação Aduaneira, em matéria de estupefacientes, substâncias psicotrópicas, precursores e outros produtos químicos essenciais para a obtenção de droga, enviam cópia dos mesmos ao IDT.

4 - As competências referidas nos números anteriores são exercidas sem prejuízo das competências do Programa Nacional de Combate à Droga, competindo designadamente ao IDT enviar ao alto-comissário para o Projecto VIDA informação sobre a actividade desenvolvida nos termos dos n.ºs 1 e 2 e cópia dos dados referidos no n.º 3.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 60.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO II

Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo

A partir de: 11 Novembro 2009

Epígrafe da Secção II do Capítulo IV alterada pelo n.º 5 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 61. Competência.

1 - Compete à DGAIEC zelar pelo cumprimento da legislação e dos procedimentos aduaneiros relativos à importação, exportação e trânsito das plantas, substâncias e preparações constantes das tabelas I a VI, podendo designar as estâncias competentes para o respectivo desembaraço aduaneiro.

2 - A DGAIEC implementará os mecanismos adequados à completa identificação e controlo das mercadorias referidas no número anterior, de acordo com as especificações constantes da autorização respectiva, podendo, nos termos legais, proceder à recolha de amostras e à realização dos exames necessários.

3 - A DGAIEC toma as medidas necessárias para evitar o desvio das substâncias ou preparações para destino diferente do indicado na cópia da autorização, solicitando, se necessário, a colaboração de outras autoridades.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 61.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 62. *Cooperação administrativa com a Comunidade.***

A DGAIEC é a entidade competente nos termos e para os efeitos do que se dispõe no artigo 7.º do Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Dezembro, e no artigo 7.º da Directiva n.º 92/109/CEE, do Conselho, de 14 de Dezembro.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 62.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**A partir de: 11 Novembro 2009**

Artigo 62.º-A aditado pelo artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 63. *Infracções fiscais aduaneiras.***

O processamento das contra-ordenações pela violação das normas previstas no artigo 61.º segue as disposições constantes do **Regime Jurídico das Infracções Fiscais Aduaneiras, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 376-A/89, de 25 de Outubro (JusNet 171/1989).**

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 63.º alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO III

Disposição comum

Artigo 64. *Obrigação específica de colaboração.*

Os fabricantes, importadores, exportadores, grossistas, retalhistas ou outros operadores, incluindo despachantes oficiais ou outros indivíduos legalmente habilitados a despachar, transitários e transportadores, que intervenham na importação, exportação ou trânsito de substâncias classificadas inscritas nas tabelas V e VI, devem notificar de imediato a IGAE, a DGAIEC, a DGC ou o IDT logo que tomem conhecimento de encomendas ou transacções daquelas substâncias suspeitas de poderem ser desviadas para o fabrico ilícito de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 64.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



CAPÍTULO V

Contra-ordenações e coimas

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 65. Regra geral.

A violação das obrigações impostas no presente diploma é passível de coima, nos termos dos artigos 65.º a 68.º do Decreto-Lei n.º 15/93, e direito subsidiário aí previsto, com as explicitações constantes dos artigos seguintes.

Artigo 66. Pessoas colectivas ou equiparadas.

As coimas a aplicar às pessoas colectivas ou equiparadas são elevadas, nos seus montantes mínimo e máximo, para o dobro.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 66.º revogado nos termos da republicação operada pelo artigo 7.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 67. Competência para aplicação de coimas.**

1 - A aplicação das coimas e sanções acessórias a que se refere a secção II do presente capítulo é da competência do presidente do conselho de administração do INFARMED.

2 - A aplicação das coimas e sanções acessórias a que se refere a secção III do presente capítulo é da competência da Comissão para Aplicação de Coimas em Matéria Económica (CACME).

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 67.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO II

Contra-ordenações e coimas respeitantes ao capítulo II

Artigo 68. Utilização da autorização para fim diferente.

1 - Quem, tendo obtido autorização para a prática de qualquer das actividades previstas no n.º 1 do artigo 2.º, utilizar as substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV ou a autorização para fim diferente do que lhe foi concedido é punido, por contra-ordenação, com a coima de 100 000\$ a 5 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 68.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - É punida com idêntica coima a violação das condições especiais fixadas no despacho de autorização proferido nos termos do n.º 4 do artigo 8.º **3** - Nos casos previstos nos números anteriores pode ser aplicada a sanção acessória de interdição do exercício da actividade por período de um a três anos.

3 - Nos casos previstos nos números anteriores pode ser aplicada a sanção acessória de interdição do exercício da actividade por período de um a três anos.

Artigo 69. Prosseguimento de actividade sem autorização.

O prosseguimento de actividade com violação do disposto no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 15/93 constitui contra-ordenação punível com coima de 10 000\$ a 500 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 69.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 70. Aviamento sem receita médica.**

1 - O fornecimento de substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV sem receita médica, especial ou normal, constitui contra-ordenação punível com coima de 50 000\$ a 500 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 70.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - Pode ser aplicável, a título de sanção acessória, a interdição até dois anos do exercício da actividade como director técnico em qualquer farmácia.

Artigo 71. Aviamento indevido de receitas.

O farmacêutico, ou quem o substituir na sua ausência ou impedimento, que aviar receita com violação do disposto nos n.os 1, 2 e 3 do artigo 28.º é punido, por contra-ordenação, com coima de 25 000\$ a 250 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 71.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 72. Elementos falsos ou errados.**

1 - Quem, ao requerer autorização para a prática de actividades previstas no n.º 1 do artigo 2.º ou a manutenção da autorização a que se refere o n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 15/93, mencionar elementos errados ou falsos, em ordem a obter aquela autorização ou manutenção, é punido, por contra-ordenação, com a coima de 100 000\$ a 1 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 72.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - A negligência é punível, reduzindo-se o mínimo e o máximo a metade.

Artigo 73. Excedentes: falta ou declaração errada.

A falta de declaração de excedentes nos termos do artigo 14.º, ou a sua declaração errada ou falsa, constitui contra-ordenação punível com coima de 50 000\$ a 1 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 73.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

**Artigo 74. Falta de requisição.**

1 - A entrega de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV sem a requisição a que se refere o artigo 18.º ou a pessoas diferentes das mencionadas no artigo 20.º constitui contra-ordenação punível com a coima de 10 000\$ a 500 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 74.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - O envio a médicos ou médicos veterinários de amostras de preparações compreendidas

nas tabelas III e IV, sem requisição, constitui contra-ordenação punível com coima de 10 000\$ a 100 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 2 do artigo 74.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



3 - Com coima igual à prevista no número anterior, agravada de um terço, é punível a remessa de amostras de substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I e II.

Artigo 75. *Exportações proibidas.*

A exportação de substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I, II e IV com violação do disposto nos n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 25.º constitui contra-ordenação punível com coima de 50 000\$ a 1 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 75.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 76. *Livros, documentos e registos - Preenchimento e conservação.*

1 - A falta de preenchimento dos livros, documentos e registos exigidos no capítulo II, ou o seu preenchimento errado ou falso, constitui contra-ordenação punível com coima de 100 000\$ a 1 500 000\$.

2 - A não conservação dos livros, documentos, cópias e registos nos termos e pelos prazos exigidos no capítulo II constitui contra-ordenação punível com coima de 40 000\$ a 500 000 \$.

3 - O preenchimento irregular dos livros e documentos referidos no n.º 1 constitui contra-ordenação punível com coima de 10 000\$ a 250 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 76.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 77. *Falta de remessa de documentos ou elementos para controlo.*

A falta de remessa das receitas para controlo ou o não cumprimento do que se dispõe no n.º 3 do artigo 34.º, a não prestação de informações exigidas pelas autoridades com base no artigo 4.º e a falta de remessa dos relatórios e documentos a que se refere o artigo 41.º constituem contra-ordenação punível, cada uma, com coima de 10 000\$ a 100 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 77.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de

Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 78. Deveres de segurança e informação.

1 - Quem tiver a seu cargo a guarda ou for responsável pela segurança das substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas I a IV e, por incúria ou falta de adopção das medidas impostas nos termos do n.º 2 do artigo 36.º, der causa à sua subtracção ou extravio é punido, por contra-ordenação, com coima de 10 000\$ a 500 000\$.

2 - A não observância das condições de embalagem, rotulagem e de informação estabelecidas nos termos do artigo 38.º constitui contra-ordenação punível com coima de 10 000\$ a 500 000\$.

3 - A falta de comunicação, ou a comunicação fora de prazo à autoridade policial, nos termos dos n.os 2, 3 e 4 do artigo 20.º, constitui contra-ordenação punível com coima de 10 000\$ a 250 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 78.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 79. Publicidade.

A publicidade respeitante a substâncias e preparações compreendidas nas tabelas I a IV fora do que se dispõe no presente diploma constitui contra-ordenação punível com coima de 100 000\$ a 2 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 79.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO III

Contra-ordenações e coimas respeitantes ao capítulo III

Artigo 80. Falta de autorização.

1 - Quem, sem a devida autorização, exercer alguma das actividades previstas no n.º 2 do artigo 2.º, no n.º 1 do artigo 45.º e n.º 1 do artigo 52.º é punido, por contra-ordenação, com a coima de 100 000\$ a 4 000 000\$.

2 - Pode ser aplicada a sanção acessória de interdição da actividade autorizada por período de um a três anos.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 80.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 81. Obrigações para com a DGI.

1 - A falta da comunicação dos elementos a que se referem o n.º 4 do artigo 46.º e os n.os 1, 2, 3 e 4 do artigo 48.º, assim como a não conservação de registos nos termos do n.º 6 deste último preceito, constituem contra-ordenação punível, cada uma, com coima de 50 000\$ a 500 000\$.

2 - A não observância das medidas de segurança a que se refere o artigo 49.º e a falta de comunicação ou a comunicação fora de prazo aí previstas constituem contra-ordenação punível, cada uma, com a coima de 10 000\$ a 250 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 81.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 82. Obrigações para com a DGC.

1 - A falta de comunicação dos elementos a que se referem os artigos 53.º, n.º 2, 55.º, n.º 2, 57.º e 58.º, n.º 5, do presente decreto regulamentar, bem como o artigo 2.º-A, n.º 2, do Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (CEE) n.º 900/92, do Conselho, de 31 de Março, disposição relativa a endereços das instalações em que os operadores comercializam substâncias incluídas na tabela VI, constitui contra-ordenação punível, cada uma, com coima de 50 000\$ a 500 000\$.

2 - A ausência da documentação das operações a que se refere o n.º 1 do artigo 58.º do presente decreto regulamentar, bem como o n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento (CEE) n.º 3677/90, do Conselho, de 13 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (CEE) n.º 900/92, do Conselho, de 31 de Março, ou o seu preenchimento incorrecto, a falta de registos pormenorizados a que alude o n.º 2 do mesmo artigo 58.º, assim como o n.º 3 do artigo 2.º daquele Regulamento, ou a não conservação de documentos e registos pelo prazo referido no n.º 3 do artigo 58.º, ou no n.º 4 do artigo 2.º do já referido Regulamento, constitui contra-ordenação punível, cada uma, com a coima de 50 000\$ a 500 000\$.

3 - O operador que não observar as regras de rotulagem impostas pelo n.º 4 do artigo 58.º, bem como pelo n.º 2 do artigo 2.º, do Regulamento (CEE) n.º 3677/90 é punido, por contra-ordenação, com a coima de 50 000\$ a 500 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 82.º revogado pelo artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 83. Elementos falsos ou errados.

1 - Quem, ao requerer autorização ou licença para a prática de actividades ou operações previstas no n.º 2 do artigo 2.º, mencionar elementos errados ou falsos, em ordem a obter aquela autorização ou licença, é punido, por contra-ordenação, com a coima de 100 000\$ a 1 000 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 83.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



2 - A negligência é punível, reduzindo-se o mínimo e o máximo da coima a metade.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 83.º alterado nos termos da republicação operada pelo artigo 7.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



Artigo 84. Violação da obrigação de colaboração - Tabelas V e VI.

O agente mencionado no artigo 64.º que, nas circunstâncias aí descritas, podendo fazê-lo, não efectuar a notificação das encomendas ou transacções suspeitas quanto a substâncias classificadas inscritas nas tabelas V e VI, susceptíveis de desvio para o mercado ilícito, é punido, por contra-ordenação, com a coima de 50 000\$ a 750 000\$.

A partir de: 11 Novembro 2009

Artigo 84.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).



SECÇÃO IV

Receitas provenientes das coimas

Artigo 85. Destino.

1 - O produto das coimas reverte:

- a)** Em 60% para o Estado e 40% para o INFARMED, quanto às coimas por este aplicadas;
- b)** Em 60% para o Estado e 10% para a DGI, que rateará, proporcionalmente, com as delegações regionais, conforme a área da prática da infracção, 10% para a DGC, 10% para a IGAE e 10% para actividades de combate à toxicodependência, quanto às coimas aplicadas pela CACME.

A partir de: 11 Novembro 2009

N.º 1 do artigo 85.º alterado pelo artigo 1.º do Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro, Procede à terceira alteração ao Decreto Regulamentar n.º

61/94, de 12 de Outubro, que veio proceder à regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, relativo ao controlo do tráfico ilícito de estupefacientes, de substâncias psicotrópicas e dos precursores e outros produtos químicos essenciais ao fabrico de droga (DR 12 Outubro).

2 - A afectação do produto das coimas para actividades de combate à toxicod dependência será objecto de despacho conjunto do Ministro da Justiça e do membro do Governo de que dependa o Programa Nacional de Combate à Droga.

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 86. *Medidas especiais.*

1 - As substâncias denominadas «anfepramona», «benzefetamina», «clobenzorex», «etilanfetamina», «fencanfamina», «fenproporex», «flunitrazepam», «mefenorex», «secbutabarbital», «SPA», «lefetamina», compreendidas na tabela IV, ficam ainda sujeitas a receituário especial, nos termos do artigo 27.º, bem como às medidas de controlo previstas nos artigos 15.º, n.º 6, 16.º, 18.º, 28.º, 29.º, 34.º e 41.º, n.º 3.

2 - Enquanto a substância clobenzorex não estiver incluída nas tabelas anexas às convenções das Nações Unidas, o INFARMED pode dispensar, quanto a essa substância, o título de autorização para importação a que se refere o n.º 2 do artigo 22.º

Artigo 87. *Prazo de execução de novas medidas.*

1 - A execução das medidas previstas nos artigos 18.º, n.º 1, e 19.º (livro de requisições), 27.º, n.os 2, 3 e 5 (receitas médicas), 31.º, n.º 1 (livro de registos), 36.º, n.º 2 (medidas de segurança impostas), e 38.º (embalagens e rótulos) efectua-se no prazo de um ano a contar da entrada em vigor do presente diploma.

2 - Enquanto não forem tomadas as medidas referidas no número anterior são observadas, naqueles domínios, as regras do Decreto Regulamentar n.º 71/84, de 7 de Setembro (JusNet 2219/1984), com as devidas adaptações.

3 - É igualmente de um ano o período preparatório da informatização do controlo do receituário.

Artigo 88. *Aplicação às Regiões Autónomas.*

As competências conferidas pelo presente diploma a organismos da administração central que não tenham competências nas Regiões Autónomas entendem-se atribuídas aos correspondentes serviços das administrações regionais.

Artigo 89. *Gabinete do Combate à Droga do Ministério da Justiça.*

As referências feitas no presente decreto regulamentar ao IDT entendem-se feitas ao Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, enquanto este não for objecto de reestruturação que consagre aquela denominação.

Artigo 90. *Norma revogatória.*

Ficam revogados:

a) O Decreto Regulamentar n.º 71/84, de 7 de Setembro; 

b) O Decreto Regulamentar n.º 7/90, de 24 de Março (JusNet 607/1990); 

c) As Portarias n.os 167/87, de 10 de Março (JusNet 764/1987), 217/90 (JusNet 602/1990) e 218/90 (JusNet 603/1990), ambas de 24 de Março.

Presidência do Conselho de Ministros, 4 de Julho de 1994.

Aníbal António Cavaco Silva - Mário Fernando de Campos Pinto - Artur Aurélio Teixeira

*Rodrigues Consolado - Eduardo de Almeida Catroga - José Manuel Cardoso Borges Soeiro -
António Duarte Silva - Luís Fernando Mira Amaral - Maria Manuela Dias Ferreira Leite -
Adalberto Paulo da Fonseca Mendo - Fernando Manuel Barbosa Faria de Oliveira - Luís
Manuel Gonçalves Marques Mendes.*

Promulgado em 22 de Setembro de 1994. Publique-se.
O Presidente da República,
MÁRIO SOARES.

Referendado em 26 de Setembro de 1994.
O Primeiro-Ministro,
Aníbal António Cavaco Silva.



Imprimir

FECHAR

Processo DIL

Nº _____

**PROCESSO PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
PARA AQUISIÇÃO DIRECTA AOS PRODUTORES, GROSSITAS E IMPORTADORES
DE SUBSTÂNCIAS ESTUPEFACIENTES/PSICOTRÓPICAS E SEUS PREPARADOS**

DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO DO PROCESSO	LISTA DE VERIFICAÇÃO
Requerimento de acordo com minuta em anexo	
Certidão actualizada e autenticada da Conservatória do Registo Comercial ou do código de acesso a certidão permanente da sociedade;	
Cópia actualizada e autenticada do Pacto Social/Estatutos da sociedade;	
Fotocópia do Regulamento Interno da Entidade;	
Fotocópia do Cartão de Identificação de Pessoa Colectiva;	
Cópia da deliberação da nomeação dos membros do Conselho de Administração da entidade (quando aplicável);	
Fotocópia do (s) Bilhete(s) de Identidade de todos os membros do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade;	
Originais dos registos criminais de todos os membros do Conselho de Administração ou do (s) gerente(s) da sociedade, onde conste no fim a que se destina MERCADO LÍCITO DE ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS;	
Lista de medicamentos contendo substâncias estupefacientes e psicotrópicas a adquirir (nome comercial, substância activa, forma farmacêutica, dosagem, titular de AIM);	
Termo de responsabilidade do(a) Farmacêutico(a) Responsável conforme minuta disponível no site do INFARMED;	
Fotocópia do Bilhete de Identidade, da Carteira Profissional da Ordem dos Farmacêuticos (com as quotas em dia), e original do Registo Criminal do Farmacêutico(a) Responsável, onde conste no fim a que se destina MERCADO LÍCITO DE ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS;	
Fotocópia da autorização para Aquisição Directa de medicamentos concedida ao abrigo do disposto no artigo 79º do Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de Agosto.	

Legislação aplicável:

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro;

Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro;

Este formulário, bem como os documentos que o acompanham podem ser entregues pessoalmente no horário do serviço de expediente (9h/12h e das 14h/17h), ou enviados pelo **correio** para:

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa

Av. Brasil, 53

1749-004 Lisboa

Telefone: 21 7987100 (Geral), 21 7987327 (Relações Públicas)

Fax: 21 7987316

MINUTA DE REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DIRECTA AOS PRODUTORES, GROSSITAS E IMPORTADORES DE SUBSTÂNCIAS ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS E SEUS PREPARADOS

Exm.º Senhor
Presidente do Conselho Directivo do
INFARMED – Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque da Saúde Lisboa,
Avenida do Brasil, 53
1749-004 Lisboa

(Nome da sociedade conforme consta da certidão da Conservatória do Registo Comercial) _____, pessoa colectiva n.º _____, com sede em _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, sob o n.º _____, aqui representada pelo Exm.º Senhor _____, na qualidade de _____
(**administrador ou gerente da sociedade**), vem pelo presente, e ao abrigo do disposto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e do artigo 6.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, requerer a V. Ex.ª autorização para _____ aquisição directa aos produtores, grossistas e importadores de substâncias estupefacientes, psicotrópicas e seus preparados, para uso exclusivo dos doentes internados nas suas instalações sitas em _____.

Pede Deferimento

Data: _____, _____ de _____, de 20__

Assinatura (s): _____
(Assinatura (s) de quem obriga a entidade deve(m) ser reconhecida(s) na qualidade)

Processo DIL

Nº _____

**PROCESSO PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
PARA FABRICAR, COMERCIALIZAR POR GROSSO, IMPORTAR, EXPORTAR E
TRÂNSITO DE ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS E SEUS
PREPARADOS**

DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO DO PROCESSO	LISTA DE VERIFICAÇÃO
Requerimento de acordo com minuta em anexo	
Certidão actualizada e autenticada da Conservatória do Registo Comercial ou do código de acesso a certidão permanente da sociedade;	
Cópia actualizada e autenticada do pacto social da sociedade;	
Fotocópia do Regulamento Interno da Entidade;	
Fotocópia do cartão de identificação de pessoa colectiva;	
Cópia da deliberação da nomeação dos membros do Conselho de Administração da entidade;	
Fotocópia do (s) Bilhete(s) de Identidade de todos os membros do Conselho de Administração ou do(s) gerente(s) da sociedade;	
Originais dos registos criminais de todos os membros do Conselho de Administração ou do (s) gerente(s) da sociedade, onde conste no fim a que se destina MERCADO LÍCITO DE ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS;	
Lista de medicamentos contendo substâncias estupefacientes e psicotrópicas a adquirir (nome comercial, substância activa, forma farmacêutica, dosagem, titular de AIM);	
Termo de responsabilidade do(a) Director(a) Técnico (a) conforme minuta disponível no site do INFARMED;	
Fotocópia do Bilhete de Identidade, da carteira profissional da Ordem dos Farmacêuticos (com as quotas em dia), e original do registo criminal do Director(a) Técnico (a), onde conste no fim a que se destina MERCADO LÍCITO DE ESTUPEFACIENTES/SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS;	
Fotocópia da autorização para comércio por grosso de medicamentos concedida ao abrigo do disposto no artigo 79º do Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de Agosto.	
Fotocópia da guia de pagamento devidamente preenchida, disponível no site do INFARMED, e comprovativo do pagamento das taxas.	

Legislação aplicável:

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro;

Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro;

Este formulário, bem como os documentos que o acompanham podem ser entregues pessoalmente no horário do serviço de expediente (9h/12h e das 14h/17h), ou enviados pelo **correio** para:

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa

Av. Brasil, 53

1749-004 Lisboa

Telefone: 21 7987100 (Geral), 21 7987327 (Relações Públicas)

Fax: 21 7987316

**MINUTA DE REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA
FABRICAR, COMERCIALIZAR POR GROSSO, IMPORTAR, EXPORTAR E TRÂNSITO
DE ESTUPEFACIENTES / SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS E SEUS PREPARADOS**

Exm.º Senhor

Presidente do Conselho Directivo do
INFARMED – Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque da Saúde Lisboa,
Avenida do Brasil, 53
1749-004 Lisboa

**(Nome da sociedade conforme consta da certidão da Conservatória do
Registo Comercial)** _____, pessoa colectiva n.º _____, com
sede em _____, matriculada na Conservatória do Registo
Comercial de _____, sob o n.º _____, aqui representada pelo Exm.º
Senhor _____, na qualidade de _____
(administrador ou gerente da sociedade), vem pelo presente, e ao abrigo
do disposto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e do artigo
6.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro, requerer a V. Ex.ª
autorização para _____ (fabricar, comercializar por grosso, importar,
exportar e trânsito) de substâncias estupefacientes, psicotrópicas e seus
preparados, a partir das suas instalações sitas em _____.

Pede Deferimento

Data: _____, ____ de _____, de 20__

Assinatura (s): _____
(Assinatura (s) de quem obriga(m) a entidade deve(m) ser reconhecida(s) na qualidade)

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Directivo do
INFARMED - Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque da Saúde de Lisboa
Av. do Brasil, 53
1749-004- Lisboa

Termo de Responsabilidade

(Nome do requerente), (estado civil), residente, portador(a) do Bilhete de Identidade n.º....., emitido em (/ /), pelo Arquivo de Identificação de....., licenciado(a) e Ciências Farmacêuticas, titular da carteira profissional .º....., emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, I.P. sob o n.º....., Director(a) Técnico(a) da (nome da sociedade), declara que se responsabiliza pela elaboração, conservação e manutenção actualizada de todos os registos relativos às substâncias estupefacientes, psicotrópicas e seus preparados constantes das tabelas I a IV, anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, cuja autorização é requerida pela (nome da sociedade), com sede na (Morada) e instalações na (Morada), bem como pelo cumprimento da demais legislação em vigor.

Data

Pede Deferimento
(Assinatura reconhecida)

N.º CA/001

Data: 03/01/2007

Assunto: **Receita Médica Especial**

Para: Profissionais de Saúde e Público

Contacto no INFARMED: Centro de Informação do Medicamento e dos Produtos de Saúde (CIMI); Linha Verde - 800222444; Tel. 217987373 Fax: 217987107; Email: cimi@infarmed.pt

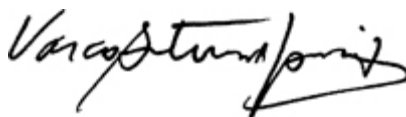
Todos os medicamentos autorizados em Portugal que contenham substâncias e suas preparações, compreendidas nas tabelas I e II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, na sua redacção actual, só podem ser fornecidos ao público mediante a apresentação do modelo de receita constante da Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 1193/99, de 29 de Setembro.

As receitas são constituídas por original e dois duplicados que devem conter os dados relativos ao **Médico** (Nome, Morada, N.º de inscrição na Ordem dos Médicos, Data e Assinatura do Médico), ao **Doente** (Nome, Morada, Sexo, Idade, N.º do Bilhete de Identidade ou da Cédula Pessoal do Doente) e ao **Medicamento** (Nome comercial ou Genérico, Dosagem, Forma Farmacêutica, Posologia, N.º e Tamanho da embalagem) convenientemente preenchidos.

As vinhetas do Médico e da entidade apenas são necessárias para efeito de comparticipação de medicamentos. Assim sendo, a sua aposição nos duplicados não é necessária.

Informações adicionais poderão ser solicitadas aos contactos acima indicados.

O Conselho de Administração



(Vasco A. J. Maria)

Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, Aprova o Código da Estrada (JusNet 264/1994)



(DR N.º 102, Série I-A, 3 Maio 1994; Data Distribuição 3 Maio 1994)

- Emissor: Ministério da Administração Interna
- Entrada em vigor: 8 Maio 1994; Entrada em vigor na Madeira e nos Açores: 18 Maio 1994
- Versão consolidada vigente desde: 14 Agosto 2009; Última alteração legislativa [L n.º 78/2009, de 13 de Agosto](#) (alteração ao Código da Estrada, permitindo o averbamento da habilitação legal para a condução de veículos da categoria A1 à carta de condução que habilita legalmente para a condução de veículos da categoria B) (JusNet 1706/2009)

O Código da Estrada de 1954 (JusNet 1/1954) e o seu regulamento geral eram, ao tempo da sua entrada em vigor, diplomas tecnicamente correctos, coerentes, bem redigidos e bem sistematizados.

A evolução do próprio trânsito trouxe, consigo, e sempre em medida crescente, a necessidade de proceder a inúmeras alterações naqueles textos, ou de os completar, conduzindo a uma situação em que o Código convivia com uma considerável legislação avulsa e com vasta regulamentação, nem sempre com ele facilmente compagináveis, tornando insegura e difícil a interpretação do normativo vigente.

Tornava-se, portanto, necessário proceder à sua reforma e para tanto se lançou um processo de estudo amplamente participado por todas as entidades, públicas ou privadas, que, por estarem ligadas de um modo particular ao trânsito nas vias públicas, podiam, como vieram a fazer, dar aos trabalhos preparatórios contributos decisivos.

Com a aprovação do presente Código pretende-se, fundadamente, uma actualização das regras jurídicas aplicáveis ao trânsito nas vias públicas, sem proceder a uma alteração radical, que não se mostra nem necessária, nem conveniente, nem porventura, possível.

É bem certo que, na perspectiva da segurança rodoviária, a referida evolução do trânsito impõe, de um modo geral, maior precisão e rigor nas regras de comportamento nas vias públicas, a fim de, por esse modo, contrabalançar os maiores perigos que a evolução das condições do trânsito trazem consigo.

Todavia, é importante salientar que, nos seus esteios fundamentais, a regulamentação do trânsito permanece estável e, por outro lado, no atinente aos aspectos que mais directa e sensivelmente sofreram o embate da acentuada mutação das condições físicas e técnicas do trânsito, foi-se procedendo à alteração da regulamentação vigente.

Além de introduzir as inovações necessárias, havia, por isso, sobretudo, que proceder à estratificação dessa paulatina evolução da regulamentação do trânsito, procurando conseguir a sua integração num quadro sistemático tanto quanto possível estável, harmónico e coerente e lançando, dessa forma, bases sólidas para a sua evolução futura.

Foi com essa perspectiva que se equacionou e procurou resolver a complexa questão das fontes formais das regras de trânsito.

O trânsito começou por ser objecto de normas de nível regulamentar e só em 1928 veio a ser objecto de legislação, a que, por uso a que não será fácil reagir, se chamou, entre nós, Código da Estrada. Como, desde que essa opção foi assumida, sempre repugnou a inclusão no mesmo diploma de toda a regulamentação geral do trânsito, conviveram com o Código, num equilíbrio sempre discutível e bastante instável, um extenso e complexo regulamento geral do trânsito e uma pluralidade de regulamentos avulsos.

Aceitando a separação, até para evitar o mal, ainda maior, que consiste num regulamento com forma legislativa, procurou-se a única solução plausível: a de verter no Código apenas as regras jurídicas fundamentais que, interessando à generalidade das pessoas, poucas perspectivas de evolução futura apresentem e relegar para regulamento as questões que interessem sobretudo à actividade administrativa, relativas à elaboração de registos e à emissão de certos documentos, ou à construção dos veículos, bem como aquelas cuja índole pormenorizada ou iminentemente técnica façam esperar a sua instabilidade futura.

Assim:

No uso da autorização legislativa conferida pelo artigo 1.º da Lei n.º 63/93, de 21 de Agosto (JusNet 156/1993), e nos termos das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição (JusNet 7/1976), o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

É aprovado o Código da Estrada, cujo texto se publica em anexo ao presente Decreto-Lei e dele é parte integrante.

Artigo 2.º

...

Artigo 3.º

...

Artigo 4.º

...

Artigo 5.º

...

Artigo 6.

...

Artigo 7.º

...

Artigo 8.º

Os artigos 1.º a 3.º do presente diploma entrarão em vigor no dia 1 de Outubro de 1994.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 10 de Fevereiro de 1994. -

Aníbal António Cavaco Silva - Manuel Dias Loureiro - Eduardo de Almeida Catroga - Luís Francisco Valente de Oliveira - Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio - Luís Fernando Mira Amaral - Joaquim Martins Ferreira do Amaral - Adalberto Paulo da Fonseca Mendo - Luís Manuel Gonçalves Marques Mendes.

Promulgado em 16 de Março de 1994. Publique-se.
O Presidente da República,
MÁRIO SOARES.

Referendado em 18 de Março de 1994.
O Primeiro-Ministro,
Aníbal António Cavaco Silva.

CÓDIGO DA ESTRADA

TÍTULO I **Disposições gerais**

CAPÍTULO I **Princípios gerais**

Artigo 1. Definições legais. ➡

Para os efeitos do disposto no presente Código e legislação complementar, os termos seguintes têm o significado que lhes é atribuído neste artigo:

- a)** «Auto-estrada» - via pública destinada a trânsito rápido, com separação física de faixas de rodagem, sem cruzamentos de nível nem acesso a propriedades marginais, com acessos condicionados e sinalizada como tal; ➡
- b)** «Berma» - superfície da via pública não especialmente destinada ao trânsito de veículos e que ladeia a faixa de rodagem;
- c)** «Caminho» - via pública especialmente destinada ao trânsito local em zonas rurais;
- d)** «Corredor de circulação» - via de trânsito reservada a veículos de certa espécie ou afectos a determinados transportes;
- e)** «Cruzamento» - zona de intersecção de vias públicas ao mesmo nível; ➡
- f)** «Eixo da faixa de rodagem» - linha longitudinal, materializada ou não, que divide uma faixa de rodagem em duas partes, cada uma afecta a um sentido de trânsito;
- g)** «Entroncamento» - zona de junção ou bifurcação de vias públicas;
- h)** «Faixa de rodagem» - parte da via pública especialmente destinada ao trânsito de veículos; ➡
- i)** «Ilhéu direcciona» - zona restrita da via pública, interdita à circulação de veículos e delimitada por lancil ou marcação apropriada, destinada a orientar o trânsito;
- j)** «Localidade» - zona com edificações e cujos limites são assinalados com os sinais regulamentares;
- l)** «Parque de estacionamento» - local exclusivamente destinado ao estacionamento de veículos;
- m)** «Passagem de nível» - local de intersecção ao mesmo nível de uma via pública ou equiparada com linhas ou ramais ferroviários;
- n)** «Passeio» - superfície da via pública, em geral sobrelevada, especialmente destinada ao trânsito de peões e que ladeia a faixa de rodagem;
- o)** «Pista especial» - via pública ou via de trânsito especialmente destinada, de acordo com sinalização, ao trânsito de peões, de animais ou de certa espécie de veículos;
- p)** «Rotunda» - praça formada por cruzamento ou entroncamento onde o trânsito se processa em sentido giratório e sinalizada como tal;

q) «Via de abrandamento» - via de trânsito resultante do alargamento da faixa de rodagem e destinada a permitir que os veículos que vão sair de uma via pública diminuam a velocidade já fora da corrente de trânsito principal;

r) «Via de aceleração» - via de trânsito resultante do alargamento da faixa de rodagem e destinada a permitir que os veículos que entram numa via pública adquiram a velocidade conveniente para se incorporarem na corrente de trânsito principal; ➡

s) «Via de sentido reversível» - via de trânsito afecta alternadamente, através de sinalização, a um ou outro dos sentidos de trânsito;

t) «Via de trânsito» - zona longitudinal da faixa de rodagem destinada à circulação de uma única fila de veículos;

u) «Via equiparada a via pública» - via de comunicação terrestre do domínio privado aberta ao trânsito público;

v) «Via pública» - via de comunicação terrestre afecta ao trânsito público; ➡

x) «Via reservada a automóveis e motociclos» - via pública onde vigoram as normas que disciplinam o trânsito em auto-estrada e sinalizada como tal;

z) «Zona de estacionamento» - local da via pública especialmente destinado, por construção ou sinalização, ao estacionamento de veículos.

Artigo 2. Âmbito de aplicação. ➡

1 - O disposto no presente Código é aplicável ao trânsito nas vias do domínio público do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais.

2 - O disposto no presente diploma é também aplicável nas vias do domínio privado, quando abertas ao trânsito público, em tudo o que não estiver especialmente regulado por acordo celebrado entre as entidades referidas no número anterior e os respectivos proprietários. ➡

Artigo 3. Liberdade de trânsito. ➡

1 - Nas vias a que se refere o artigo anterior é livre a circulação, com as restrições constantes do presente Código e legislação complementar. ➡

2 - As pessoas devem abster-se de actos que impeçam ou embarcem o trânsito ou comprometam a segurança ou a comodidade dos utentes das vias. ➡

3 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300. ➡

4 - Quem praticar actos com o intuito de impedir ou embaraçar a circulação de veículos a motor é sancionado com coima de € 300 a € 1500, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal.

Artigo 4. Ordens das autoridades. ➡

1 - O utente deve obedecer às ordens legítimas das autoridades com competência para regular e fiscalizar o trânsito, ou dos seus agentes, desde que devidamente identificados como tal. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal, sem prejuízo do disposto no número seguinte. ➡

3 - Quem desobedecer ao sinal regulamentar de paragem das autoridades referidas no n.º

1 é sancionado com coima de € 500 a € 2500, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal. ➡

Artigo 5. Sinalização. ➡

1 - Nos locais que possam oferecer perigo para o trânsito ou em que este deva estar sujeito a restrições especiais e ainda quando seja necessário dar indicações úteis, devem ser utilizados os respectivos sinais de trânsito. ➡

2 - Os obstáculos eventuais devem ser sinalizados por aquele que lhes der causa, por forma bem visível e a uma distância que permita aos demais utentes da via tomar as precauções necessárias para evitar acidentes. ➡

3 - Não podem ser colocados nas vias públicas ou nas suas proximidades quadros, painéis, anúncios, cartazes, focos luminosos, inscrições ou outros meios de publicidade que possam confundir-se com os sinais de trânsito ou prejudicar a sua visibilidade ou reconhecimento ou a visibilidade nas curvas, cruzamentos ou entroncamentos, ou ainda perturbar a atenção do condutor, prejudicando a segurança da condução.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 100 a € 500. ➡

5 - Quem infringir o disposto no n.º 3 é sancionado com coima de € 700 a € 3500, podendo ainda os meios de publicidade em causa ser mandados retirar pela entidade competente. ➡

Artigo 6. Sinais. ➡

1 - Os sinais de trânsito são fixados em regulamento onde, de harmonia com as convenções internacionais em vigor, se especificam as formas, as cores, as inscrições, os símbolos e as dimensões, bem como os respectivos significados e os sistemas de colocação. ➡

2 - As inscrições constantes nos sinais são escritas em português, salvo o que resulte das convenções internacionais.

Artigo 7. Hierarquia entre prescrições. ➡

1 - As prescrições resultantes dos sinais prevalecem sobre as regras de trânsito. ➡

2 - A hierarquia entre as prescrições resultantes da sinalização é a seguinte:

1.º Prescrições resultantes de sinalização temporária que modifique o regime normal de utilização da via;

2.º Prescrições resultantes dos sinais luminosos;

3.º Prescrições resultantes dos sinais verticais;

4.º Prescrições resultantes das marcas rodoviárias.

3 - As ordens dos agentes reguladores do trânsito prevalecem sobre as prescrições resultantes dos sinais e sobre as regras de trânsito. ➡

CAPÍTULO II

Restrições à circulação

Artigo 8. Realização de obras e utilização das vias públicas para fins especiais. ➡

1 - A realização de obras nas vias públicas e a sua utilização para a realização de actividades de carácter desportivo, festivo ou outras que possam afectar o trânsito normal

só é permitida desde que autorizada pelas entidades competentes. ➡

2 - O não cumprimento das condições constantes da autorização concedida nos termos do número anterior é equiparado à sua falta. ➡

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 ou não cumprir as condições constantes da autorização nele referida é sancionado com coima de € 700 a € 3500. ➡

4 - Os organizadores de manifestação desportiva envolvendo automóveis, motociclos, triciclos ou quadriciclos em violação ao disposto no n.º 1 são sancionados com coima de € 700 a € 3500 se se tratar de pessoas singulares ou com coima de € 1000 a € 5000 se se tratar de pessoas colectivas, acrescida de € 150 por cada um dos condutores participantes ou concorrentes.

5 - Os organizadores de manifestação desportiva envolvendo veículos de natureza diversa da referida no número anterior em violação ao disposto no n.º 1 são sancionados com coima de € 450 a € 2250 ou de € 700 a € 3500, consoante se trate de pessoas singulares ou colectivas, acrescida de € 50 por cada um dos condutores participantes ou concorrentes.

6 - Os organizadores de manifestação desportiva envolvendo peões ou animais em violação ao disposto no n.º 1 são sancionados com coima de € 300 a € 1500, acrescida de € 30 por cada um dos participantes ou concorrentes.

Artigo 9. *Suspensão ou condicionamento do trânsito.* ➡

1 - A suspensão ou condicionamento do trânsito só podem ser ordenados por motivos de segurança, de emergência grave ou de obras ou com o fim de prover à conservação dos pavimentos, instalações e obras de arte e podem respeitar apenas a parte da via ou a veículos de certa espécie, peso ou dimensões.

2 - A suspensão ou condicionamento de trânsito podem, ainda, ser ordenados sempre que exista motivo justificado e desde que fiquem devidamente asseguradas as comunicações entre os locais servidos pela via.

3 - Salvo casos de emergência grave ou de obras urgentes, o condicionamento ou suspensão do trânsito são publicitados com a antecedência fixada em regulamento.

Artigo 10. *Proibição temporária ou permanente da circulação de certos veículos.* ➡

1 - Sempre que ocorram circunstâncias anormais de trânsito, pode proibir-se temporariamente, por regulamento, a circulação de certas espécies de veículos ou de veículos que transportem certas mercadorias.

2 - Pode ainda ser condicionado por regulamento, com carácter temporário ou permanente, em todas ou apenas certas vias públicas, o trânsito de determinadas espécies de veículos ou dos utilizados no transporte de certas mercadorias.

3 - A proibição e o condicionamento referidos nos números anteriores são precedidos de divulgação através da comunicação social, distribuição de folhetos nas zonas afectadas, afixação de painéis de informação ou outro meio adequado.

4 - Quem infringir a proibição prevista no n.º 1 ou o condicionamento previsto no n.º 2 é sancionado com coima de € 150 a € 750, sendo os veículos impedidos de prosseguir a sua marcha até findar o período em que vigora a proibição.

TÍTULO II

Do trânsito de veículos e animais

CAPÍTULO I

Disposições comuns

SECÇÃO I

Regras gerais

Artigo 11. *Condução de veículos e animais.*

1 - Todo o veículo ou animal que circule na via pública deve ter um condutor, salvo as excepções previstas neste Código.

2 - Os condutores devem, durante a condução, abster-se da prática de quaisquer actos que sejam susceptíveis de prejudicar o exercício da condução com segurança.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 12. *Início de marcha.*

1 - Os condutores não podem iniciar ou retomar a marcha sem assinalarem com a necessária antecedência a sua intenção e sem adoptarem as precauções necessárias para evitar qualquer acidente.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 13. *Posição de marcha.*

1 - O trânsito de veículos deve fazer-se pelo lado direito da faixa de rodagem e o mais próximo possível das bermas ou passeios, conservando destes uma distância que permita evitar acidentes.

2 - Quando necessário, pode ser utilizado o lado esquerdo da faixa de rodagem para ultrapassar ou mudar de direcção.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 60 a € 300, salvo o disposto no número seguinte.

4 - Quem circular em sentido oposto ao estabelecido é sancionado com coima de € 250 a € 1250.

Artigo 14. *Pluralidade de vias de trânsito.*

1 - Sempre que, no mesmo sentido, sejam possíveis duas ou mais filas de trânsito, este deve fazer-se pela via de trânsito mais à direita, podendo, no entanto, utilizar-se outra se não houver lugar naquela e, bem assim, para ultrapassar ou mudar de direcção.

2 - Dentro das localidades, os condutores devem utilizar a via de trânsito mais conveniente ao seu destino, só lhes sendo permitida a mudança para outra, depois de tomadas as devidas precauções, a fim de mudar de direcção, ultrapassar, parar ou estacionar.

3 - Ao trânsito em rotundas, situadas dentro e fora das localidades, é também aplicável o disposto no número anterior, salvo no que se refere à paragem e estacionamento.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 15. *Trânsito em filas paralelas.*

1 - Sempre que, existindo mais de uma via de trânsito no mesmo sentido, os veículos, devido à intensidade da circulação, ocupem toda a largura da faixa de rodagem destinada

a esse sentido, estando a velocidade de cada um dependente da marcha dos que o precedem, os condutores não podem sair da respectiva fila para outra mais à direita, salvo para mudar de direcção, parar ou estacionar. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 16. Placas, postes, ilhéus e dispositivos semelhantes. ➡

1 - Nos cruzamentos, entroncamentos e rotundas o trânsito faz-se por forma a dar a esquerda à parte central dos mesmos ou às placas, postes, ilhéus direccionais ou dispositivos semelhantes existentes, desde que se encontrem no eixo da faixa de rodagem de que procedem os veículos.

2 - Quando na faixa de rodagem exista algum dos dispositivos referidos no n.º 1, o trânsito, sem prejuízo do disposto nos artigos 13.º e 14.º, faz-se por forma a dar-lhes a esquerda, salvo se se encontrarem numa via de sentido único ou na parte da faixa de rodagem afecta a um só sentido, casos em que o trânsito se pode fazer pela esquerda ou pela direita, conforme for mais conveniente.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 17. Bermas e passeios. ➡

1 - Os veículos só podem utilizar as bermas ou os passeios desde que o acesso aos prédios o exija, salvo as excepções previstas em regulamento local.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 18. Distância entre veículos. ➡

1 - O condutor de um veículo em marcha deve manter entre o seu veículo e o que o precede a distância suficiente para evitar acidentes em caso de súbita paragem ou diminuição de velocidade deste. ➡

2 - O condutor de um veículo em marcha deve manter distância lateral suficiente para evitar acidentes entre o seu veículo e os veículos que transitam na mesma faixa de rodagem, no mesmo sentido ou em sentido oposto. ➡

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 19. Visibilidade reduzida ou insuficiente. ➡

Para os efeitos deste Código e legislação complementar, considera-se que a visibilidade é reduzida ou insuficiente sempre que o condutor não possa avistar a faixa de rodagem em toda a sua largura numa extensão de, pelo menos, 50 m.

Artigo 20. Veículos de transporte colectivo de passageiros. ➡

1 - Nas localidades, os condutores devem abrandar a sua marcha e, se necessário, parar, sempre que os veículos de transporte colectivo de passageiros retomem a marcha à saída dos locais de paragem. ➡

2 - Os condutores de veículos de transporte colectivo de passageiros não podem, no entanto, retomar a marcha sem assinalarem a sua intenção imediatamente antes de a retomarem e sem adoptarem as precauções necessárias para evitar qualquer acidente.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

SECÇÃO II

Sinais dos condutores

Artigo 21. *Sinalização de manobras.* ➡

1 - Quando o condutor pretender reduzir a velocidade, parar, estacionar, mudar de direcção ou de via de trânsito, iniciar uma ultrapassagem ou inverter o sentido de marcha, deve assinalar com a necessária antecedência a sua intenção. ➡

2 - O sinal deve manter-se enquanto se efectua a manobra e cessar logo que ela esteja concluída. ➡

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 22. *Sinais sonoros.*

1 - Os sinais sonoros devem ser breves. ➡

2 - Só é permitida a utilização de sinais sonoros:

a) Em caso de perigo iminente;

b) Fora das localidades, para prevenir um condutor da intenção de o ultrapassar e, bem assim, nas curvas, cruzamentos, entroncamentos e lombas de visibilidade reduzida. ➡

3 - Exceptuam-se do disposto nos números anteriores os sinais de veículos de polícia ou que transitem em prestação de socorro ou de serviço urgente de interesse público. ➡

4 - As características dos dispositivos emissores dos sinais sonoros são fixadas em regulamento.

5 - Nos veículos de polícia e nos veículos afectos à prestação de socorro ou de serviço urgente de interesse público podem ser utilizados avisadores sonoros especiais, cujas características e condições de utilização são fixadas em regulamento.

6 - Não é permitida em quaisquer outros veículos a instalação ou utilização dos avisadores referidos no número anterior nem a emissão de sinais sonoros que se possam confundir com os emitidos por aqueles dispositivos.

7 - Quem infringir o disposto nos n.os 1 e 2 é sancionado com coima de € 60 a € 300.

8 - Quem infringir o disposto no n.º 6 é sancionado com coima de € 500 a € 2500 e com perda dos objectos, devendo o agente de fiscalização proceder à sua imediata remoção e apreensão ou, não sendo ela possível, apreender o documento de identificação do veículo até à efectiva remoção e apreensão daqueles objectos, sendo, neste caso, aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no n.º 5 do artigo 161.º

Artigo 23. *Sinais luminosos.* ➡

1 - Quando os veículos transitem fora das localidades com as luzes acesas por insuficiência de visibilidade, os sinais sonoros podem ser substituídos por sinais luminosos, através da utilização alternada dos máximos com os médios, mas sempre sem provocar encandeamento.

2 - Dentro das localidades, durante a noite, é obrigatória a substituição dos sinais sonoros pelos sinais luminosos utilizados nas condições previstas no número anterior.

3 - Os veículos de polícia e os veículos afectos à prestação de socorro ou de serviço urgente de interesse público podem utilizar avisadores luminosos especiais, cujas características e condições de utilização são fixadas em regulamento. ➡

4 - Os veículos que, em razão do serviço a que se destinam, devam parar na via pública ou deslocar-se em marcha lenta devem utilizar avisadores luminosos especiais, cujas características e condições de utilização são fixadas em regulamento.

5 - Não é permitida em quaisquer outros veículos a instalação ou utilização dos avisadores referidos nos números anteriores.

6 - Quem infringir o disposto nos n.os 2 e 4 é sancionado com coima de € 60 a € 300.

7 - Quem infringir o disposto no n.º 5 é sancionado com coima de € 500 a € 2500 e com perda dos objectos, devendo o agente de fiscalização proceder à sua imediata remoção e apreensão ou, não sendo ela possível, apreender o documento de identificação do veículo até à efectiva remoção e apreensão daqueles objectos, sendo, neste caso, aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no n.º 5 do artigo 161.º

SECÇÃO III Velocidade

Artigo 24. *Princípios gerais.* ➡

1 - O condutor deve regular a velocidade de modo que, atendendo às características e estado da via e do veículo, à carga transportada, às condições meteorológicas ou ambientais, à intensidade do trânsito e a quaisquer outras circunstâncias relevantes, possa, em condições de segurança, executar as manobras cuja necessidade seja de prever e, especialmente, fazer parar o veículo no espaço livre e visível à sua frente. ➡

2 - Salvo em caso de perigo iminente, o condutor não deve diminuir subitamente a velocidade do veículo sem previamente se certificar de que daí não resulta perigo para os outros utentes da via, nomeadamente para os condutores dos veículos que o sigam.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

Artigo 25. *Velocidade moderada.* ➡

1 - Sem prejuízo dos limites máximos de velocidade fixados, o condutor deve moderar especialmente a velocidade:

- a) À aproximação de passagens assinaladas na faixa de rodagem para a travessia de peões;
- b) À aproximação de escolas, hospitais, creches e estabelecimentos similares, quando devidamente sinalizados;
- c) Nas localidades ou vias marginadas por edificações;
- d) À aproximação de aglomerações de pessoas ou animais;
- e) Nas descidas de inclinação acentuada;
- f) Nas curvas, cruzamentos, entroncamentos, rotundas, lombas e outros locais de visibilidade reduzida;
- g) Nas pontes, túneis e passagens de nível;
- h) Nos troços de via em mau estado de conservação, molhados, enlameados ou que ofereçam precárias condições de aderência;
- i) Nos locais assinalados com sinais de perigo.
- j) Sempre que exista grande intensidade de trânsito. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 26. *Marcha lenta.*

1 - Os condutores não devem transitar em marcha cuja lentidão cause embaraço injustificado aos restantes utentes da via.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal.

Artigo 27. *Limites gerais de velocidade.*

1 - Sem prejuízo do disposto nos artigos 24.º e 25.º e de limites inferiores que lhes sejam impostos, os condutores não podem exceder as seguintes velocidades instantâneas (em quilómetros/hora):

	Dentro das localidades	Auto-estradas	Vias reservadas a automóveis e motociclos	Restantes vias públicas
Ciclomotores e quadriciclos	40	-	-	45
Motociclos:				
De cilindrada superior a 50 cm ³ e sem carro lateral	50	120	100	90
Com carro lateral ou com reboque	50	100	80	70
De cilindrada não superior a 50 cm ³	40	-	-	60
Triciclos		100	90	80
Automóveis ligeiros de passageiros e mistos:				
Sem reboque	50	120	100	90
Com reboque	50	100	80	70
Automóveis ligeiros de mercadorias:				
Sem reboque	50	110	90	80
Com reboque	50	90	80	70
Automóveis pesados de passageiros:				
Sem reboque	50	100	90	80
Com reboque	50	90	90	70
Automóveis pesados de mercadorias:				
Sem reboque ou com semi-reboque	50	90	80	80
Com reboque	40	80	70	70
Tractores agrícolas ou florestais	30	-	-	40
Máquinas agrícolas, motocultivadores e tractocarros	20	-	-	30
Máquinas industriais:				
Sem matrícula	30	-	-	30
Com matrícula	40	80	70	70 

2 - Quem exceder os limites máximos de velocidade é sancionado:**a) Se conduzir automóvel ligeiro ou motociclo, com as seguintes coimas:**

- 1.º** De € 60 a € 300, se exceder até 20 km/h, dentro das localidades, ou até 30 km/h, fora das localidades;
- 2.º** De € 120 a € 600, se exceder em mais de 20 km/h e até 40 km/h, dentro das localidades, ou em mais de 30 km/h e até 60 km/h, fora das localidades;
- 3.º** De € 300 a € 1500, se exceder em mais de 40 km/h e até 60 km/h, dentro das localidades, ou mais de 60 km/h e até 80 km/h, fora das localidades;
- 4.º** De € 500 a € 2500, se exceder em mais de 60 km/h, dentro das localidades, ou em mais de 80 km/h, fora das localidades;

b) Se conduzir outros veículos, com as seguintes coimas:

- 1.º** De € 60 a € 300, se exceder até 10 km/h, dentro das localidades, ou até 20 km/h, fora das localidades;
- 2.º** De € 120 a € 600, se exceder em mais de 10 km/h e até 20 km/h, dentro das localidades, ou em mais de 20 km/h e até 40 km/h, fora das localidades;
- 3.º** De € 300 a € 1500, se exceder em mais de 20 km/h e até 40 km/h, dentro das localidades, ou em mais de 40 km/h e até 60 km/h, fora das localidades;
- 4.º** De € 500 a € 2500, se exceder em mais de 40 km/h, dentro das localidades, ou em mais de 60 km/h, fora das localidades. ➡

3 - O disposto no número anterior é também aplicável aos condutores que excedam os limites máximos de velocidade que lhes tenham sido estabelecidos ou que tenham sido especialmente fixados para os veículos que conduzem. ➡

4 - Para os efeitos do disposto nos números anteriores, considera-se que viola os limites máximos de velocidade instantânea o condutor que percorrer uma determinada distância a uma velocidade média incompatível com a observância daqueles limites, entendendo-se que a contra-ordenação é praticada no local em que terminar o percurso controlado. ➡

5 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, quando a velocidade for controlada através de tacógrafo e tiver sido excedido o limite máximo de velocidade permitido ao veículo, considera-se que a contra-ordenação é praticada no local onde for efectuado o controlo.

6 - Sem prejuízo do disposto no artigo 26.º, nas auto-estradas os condutores não podem transitar a velocidade instantânea inferior a 50 km/h.

7 - Quem conduzir a velocidade inferior ao limite estabelecido no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 28. Limites especiais de velocidade. ➡

1 - Sempre que a intensidade do trânsito ou as características das vias o aconselhem podem ser fixados, para vigorar em certas vias, troços de via ou períodos:

a) Limites mínimos de velocidade instantânea;**b) Limites máximos de velocidade instantânea inferiores ou superiores aos estabelecidos no n.º 1 do artigo anterior.** ➡

2 - Os limites referidos no número anterior devem ser sinalizados ou, se temporários e não sendo possível a sinalização, divulgados pelos meios de comunicação social, afixação de painéis de informação ou outro meio adequado. ➡

3 - A circulação de veículos a motor na via pública pode ser condicionada à incorporação de dispositivos limitadores de velocidade, nos termos fixados em regulamento.

4 - Os automóveis ligeiros de mercadorias e os automóveis pesados devem ostentar à retaguarda a indicação dos limites máximos de velocidade a que nos termos do n.º 1 do artigo 27.º estão sujeitos fora das localidades, nas condições a fixar em regulamento.

5 - É aplicável às infracções aos limites máximos estabelecidos nos termos deste artigo o disposto nos n.os 2 e 4 do artigo anterior.

6 - Quem infringir os limites mínimos de velocidade instantânea estabelecidos nos termos deste artigo é sancionado com coima de € 60 a € 300.

7 - Quem infringir o disposto no n.º 4 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

SECÇÃO IV

Cedência de passagem

SUBSECÇÃO I

Princípio geral

Artigo 29. Princípio geral. ➡

1 - O condutor sobre o qual recaia o dever de ceder a passagem deve abrandar a marcha, se necessário parar ou, em caso de cruzamento de veículos, recuar, por forma a permitir a passagem de outro veículo, sem alteração da velocidade ou direcção deste. ➡

2 - O condutor com prioridade de passagem deve observar as cautelas necessárias à segurança do trânsito. ➡

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

SUBSECÇÃO II

Cruzamentos, entroncamentos e rotundas

Artigo 30. Regra geral. ➡

1 - Nos cruzamentos e entroncamentos o condutor deve ceder a passagem aos veículos que se lhe apresentem pela direita. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

Artigo 31. Cedência de passagem em certas vias ou troços. ➡ ➡

1 - Deve sempre ceder a passagem o condutor:

a) Que saia de um parque de estacionamento, de uma zona de abastecimento de combustível ou de qualquer prédio ou caminho particular;

b) Que entre numa auto-estrada ou numa via reservada a automóveis e motociclos, pelos respectivos ramais de acesso;

c) Que entre numa rotunda. ➡

2 - Todo o condutor é obrigado a ceder a passagem aos veículos que saiam de uma passagem de nível.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 120 a € 600, salvo se se tratar do disposto na alínea b), caso em que a coima é de € 250 a € 1250.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 250 a € 1250.

Artigo 32. Cedência de passagem a certos veículos. ➡

1 - Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo anterior, os condutores devem ceder a passagem às colunas militares ou militarizadas, bem como às escoltas policiais.

2 - Nos cruzamentos e entroncamentos os condutores devem ceder passagem aos veículos que se desloquem sobre carris.

3 - As colunas e as escoltas a que se refere o n.º 1, bem como os condutores de veículos que se desloquem sobre carris, devem tomar as precauções necessárias para não embaraçar o trânsito e para evitar acidentes.

4 - O condutor de um velocípede, de um veículo de tracção animal ou de animais deve ceder a passagem aos veículos a motor, salvo nos casos referidos nas alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo anterior. ➡

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

SUBSECÇÃO III

Cruzamento de veículos

Artigo 33. Impossibilidade de cruzamento. ➡

1 - Se não for possível o cruzamento entre dois veículos que transitem em sentidos opostos, deve observar-se o seguinte:

a) Quando a faixa de rodagem se encontrar parcialmente obstruída, deve ceder a passagem o condutor que tiver de utilizar a parte esquerda da faixa de rodagem para contornar o obstáculo;

b) Quando a faixa de rodagem for demasiadamente estreita ou se encontrar obstruída de ambos os lados, deve ceder a passagem o condutor do veículo que chegar depois ao troço ou, se se tratar de via de forte inclinação, o condutor do veículo que desce. ➡

2 - Se for necessário efectuar uma manobra de marcha atrás, deve recuar o condutor do veículo que estiver mais próximo do local em que o cruzamento seja possível ou, se as distâncias forem idênticas, os condutores:

a) De veículos ligeiros, perante veículos pesados;

b) De automóveis pesados de mercadorias, perante automóveis pesados de passageiros;

c) De qualquer veículo, perante um conjunto de veículos;

d) Perante veículos da mesma categoria, aquele que for a subir, salvo se for manifestamente mais fácil a manobra para o condutor do veículo que desce.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 34. Veículos de grandes dimensões. ➡

1 - Sempre que a largura livre da faixa de rodagem, o perfil transversal ou o estado de conservação da via não permitam que o cruzamento se faça com a necessária segurança, os condutores de veículos ou de conjuntos de veículos de largura superior a 2 m ou cujo comprimento, incluindo a carga, exceda 8 m devem diminuir a velocidade e parar, se necessário, a fim de o facilitar.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

SECÇÃO V **Algumas manobras em especial**

SUBSECÇÃO I **Princípio geral**

Artigo 35. Disposição comum. ➡

1 - O condutor só pode efectuar as manobras de ultrapassagem, mudança de direcção ou de via de trânsito, inversão do sentido de marcha e marcha atrás em local e por forma que da sua realização não resulte perigo ou embaraço para o trânsito. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

SUBSECÇÃO II **Ultrapassagem**

Artigo 36. Regra geral. ➡

1 - A ultrapassagem deve efectuar-se pela esquerda. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 250 a € 1250. ➡

Artigo 37. Excepções. ➡

1 - Deve fazer-se pela direita a ultrapassagem de veículos ou animais cujo condutor, assinalando devidamente a sua intenção, pretenda mudar de direcção para a esquerda ou, numa via de sentido único, parar ou estacionar à esquerda, desde que, em qualquer caso, tenha deixado livre a parte mais à direita da faixa de rodagem. ➡

2 - Pode fazer-se pela direita a ultrapassagem de veículos que transitem sobre carris desde que estes não utilizem esse lado da faixa de rodagem e:

- a)** Não estejam parados para a entrada ou saída de passageiros;
- b)** Estando parados para a entrada ou saída de passageiros, exista placa de refúgio para peões.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 38. Realização da manobra. ➡

1 - O condutor de veículo não deve iniciar a ultrapassagem sem se certificar de que a pode realizar sem perigo de colidir com veículo que transite no mesmo sentido ou em sentido contrário. ➡

2 - O condutor deve, especialmente, certificar-se de que:

- a)** A faixa de rodagem se encontra livre na extensão e largura necessárias à realização da manobra com segurança;
- b)** Pode retomar a direita sem perigo para aqueles que aí transitam;
- c)** Nenhum condutor que siga na mesma via ou na que se situa imediatamente à

esquerda iniciou manobra para o ultrapassar;

d) O condutor que o antecede na mesma via não assinalou a intenção de ultrapassar um terceiro veículo ou de contornar um obstáculo. ➡

3 - O condutor deve retomar a direita logo que conclua a manobra e o possa fazer sem perigo. ➡

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 39. Obrigação de facultar a ultrapassagem. ➡

1 - Todo o condutor deve, sempre que não haja obstáculo que o impeça, facultar a ultrapassagem, desviando-se o mais possível para a direita ou, nos casos previstos no n.º 1 do artigo 37.º, para a esquerda e não aumentando a velocidade enquanto não for ultrapassado. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 40. Veículos de marcha lenta. ➡

1 - Fora das localidades, em vias cuja faixa de rodagem só tenha uma via de trânsito afecta a cada sentido, os condutores de automóveis pesados, de veículos agrícolas, de máquinas industriais, de veículos de tracção animal ou de outros veículos que transitem em marcha lenta devem manter em relação aos veículos que os precedem uma distância não inferior a 50 m que permita a sua ultrapassagem com segurança.

2 - Não é aplicável o disposto no número anterior sempre que os condutores dos veículos aí referidos se preparem para fazer uma ultrapassagem e tenham assinalado devidamente a sua intenção.

3 - Sempre que a largura livre da faixa de rodagem, o seu perfil ou o estado de conservação da via não permitam que a ultrapassagem se faça em termos normais com a necessária segurança, os condutores dos veículos referidos no n.º 1 devem reduzir a velocidade e parar, se necessário, para facilitar a ultrapassagem.

4 - Quem infringir o disposto nos n.os 1 e 3 é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 41. Ultrapassagens proibidas. ➡

1 - É proibida a ultrapassagem:

a) Nas lombas;

b) Imediatamente antes e nas passagens de nível;

c) Imediatamente antes e nos cruzamentos e entroncamentos;

d) Imediatamente antes e nas passagens assinaladas para a travessia de peões;

e) Nas curvas de visibilidade reduzida;

f) Em todos os locais de visibilidade insuficiente.

g) Sempre que a largura da faixa de rodagem seja insuficiente. ➡

2 - É proibida a ultrapassagem de um veículo que esteja a ultrapassar um terceiro.

3 - Não é aplicável o disposto nas alíneas a) a c) e e) do n.º 1 e no n.º 2 sempre que na faixa de rodagem sejam possíveis duas ou mais filas de trânsito no mesmo sentido, desde que a ultrapassagem se não faça pela parte da faixa de rodagem destinada ao trânsito em sentido oposto.

4 - Não é, igualmente, aplicável o disposto na alínea c) do n.º 1 sempre que a

ultrapassagem se faça pela direita nos termos do n.º 1 do artigo 37.º

5 - Quem infringir o disposto nos n.os 1 e 2 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 42. *Pluralidade de vias e trânsito em filas paralelas.* ➡

Nos casos previstos nos n.os 2 e 3 do artigo 14.º e no artigo 15.º, o facto de os veículos de uma fila circularem mais rapidamente que os de outra não é considerado ultrapassagem para os efeitos previstos neste Código.

SUBSECÇÃO III **Mudança de direcção**

Artigo 43. *Mudança de direcção para a direita.* ➡

1 - O condutor que pretenda mudar de direcção para a direita deve aproximar-se, com a necessária antecedência e quanto possível, do limite direito da faixa de rodagem e efectuar a manobra no trajecto mais curto. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 44. *Mudança de direcção para a esquerda.* ➡

1 - O condutor que pretenda mudar de direcção para a esquerda deve aproximar-se, com a necessária antecedência e o mais possível, do limite esquerdo da faixa de rodagem ou do eixo desta, consoante a via esteja afectada a um ou a ambos os sentidos de trânsito, e efectuar a manobra de modo a entrar na via que pretende tomar pelo lado destinado ao seu sentido de circulação. ➡

2 - Se tanto na via que vai abandonar como naquela em que vai entrar o trânsito se processa nos dois sentidos, o condutor deve efectuar a manobra de modo a dar a esquerda ao centro de intersecção das duas vias. ➡

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300. ➡

SUBSECÇÃO IV **Inversão do sentido de marcha**

Artigo 45. *Lugares em que é proibida.*

1 - É proibido inverter o sentido de marcha:

- a) Nas lombas;
- b) Nas curvas, cruzamentos ou entroncamentos de visibilidade reduzida;
- c) Nas pontes, passagens de nível e túneis;
- d) Onde quer que a visibilidade seja insuficiente ou que a via, pela sua largura ou outras características, seja inapropriada à realização da manobra;
- e) Sempre que se verifique grande intensidade de trânsito. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

SUBSECÇÃO V

Marcha atrás

Artigo 46. *Realização da manobra.*

1 - A marcha atrás só é permitida como manobra auxiliar ou de recurso e deve efectuar-se lentamente e no menor trajecto possível.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 47. *Lugares em que é proibida.*

1 - Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 33.º para o cruzamento de veículos, a marcha atrás é proibida:

- a) Nas lombas;
- b) Nas curvas, rotundas e cruzamentos ou entroncamentos de visibilidade reduzida;
- c) Nas pontes, passagens de nível e túneis;
- d) Onde quer que a visibilidade seja insuficiente ou que a via, pela sua largura ou outras características, seja inapropriada à realização da manobra;
- e) Sempre que se verifique grande intensidade de trânsito.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

SUBSECÇÃO VI Paragem e estacionamento

Artigo 48. *Como devem efectuar-se.*

1 - Considera-se paragem a imobilização de um veículo pelo tempo estritamente necessário para a entrada ou saída de passageiros ou para breves operações de carga ou descarga, desde que o condutor esteja pronto a retomar a marcha e o faça sempre que estiver a impedir ou a dificultar a passagem de outros veículos.

2 - Considera-se estacionamento a imobilização de um veículo que não constitua paragem e que não seja motivada por circunstâncias próprias da circulação.

3 - Fora das localidades, a paragem e o estacionamento devem fazer-se fora das faixas de rodagem ou, sendo isso impossível e apenas no caso de paragem, o mais próximo possível do respectivo limite direito, paralelamente a este e no sentido da marcha.

4 - Dentro das localidades, a paragem e o estacionamento devem fazer-se nos locais especialmente destinados a esse efeito e pela forma indicada ou na faixa de rodagem, o mais próximo possível do respectivo limite direito, paralelamente a este e no sentido da marcha.

5 - Ao estacionar o veículo, o condutor deve deixar os intervalos indispensáveis à saída de outros veículos, à ocupação dos espaços vagos e ao fácil acesso aos prédios, bem como tomar as precauções indispensáveis para evitar que aquele se ponha em movimento.

6 - Quem infringir o disposto nos n.os 4 e 5 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 49. *Proibição de paragem ou estacionamento.*

1 - É proibido parar ou estacionar:

- a) Nas rotundas, pontes, túneis, passagens de nível, passagens inferiores ou superiores e em todos os lugares de visibilidade insuficiente;
- b) A menos de 5 m para um e outro lado dos cruzamentos, entroncamentos ou rotundas, sem prejuízo do disposto na alínea e) do presente número e na alínea a) do n.º 2;
- c) A menos de 5 m para a frente e 25 m para trás dos sinais indicativos da paragem dos veículos de transporte colectivo de passageiros ou a menos de 6 m para trás daqueles sinais quando os referidos veículos transitem sobre carris;
- d) A menos de 5 m antes e nas passagens assinaladas para a travessia de peões ou de velocípedes;
- e) A menos de 20 m antes dos sinais verticais ou luminosos se a altura dos veículos, incluindo a respectiva carga, os encobrir;
- f) Nas pistas de velocípedes, nos ilhéus direccionais, nas placas centrais das rotundas, nos passeios e demais locais destinados ao trânsito de peões;
- g) Na faixa de rodagem sempre que esteja sinalizada com linha longitudinal contínua e a distância entre esta e o veículo seja inferior a 3 m. 

2 - Fora das localidades, é ainda proibido:

- a) Parar ou estacionar a menos de 50 m para um e outro lado dos cruzamentos, entroncamentos, rotundas, curvas ou lombas de visibilidade reduzida;
- b) Estacionar nas faixas de rodagem;
- c) Parar na faixa de rodagem, salvo nas condições previstas no n.º 3 do artigo anterior.



3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 30 a € 150, salvo se se tratar de paragem ou estacionamento nas passagens de peões ou de velocípedes e nos passeios, impedindo a passagem de peões, caso em que a coima é de € 60 a € 300.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 60 a € 300, salvo se se tratar de estacionamento de noite nas faixas de rodagem, caso em que a coima é de € 250 a € 1250.

Artigo 50. Proibição de estacionamento.

1 - É proibido o estacionamento:

- a) Impedindo o trânsito de veículos ou obrigando à utilização da parte da faixa de rodagem destinada ao sentido contrário, conforme o trânsito se faça num ou em dois sentidos;
- b) Nas faixas de rodagem, em segunda fila, e em todos os lugares em que impeça o acesso a veículos devidamente estacionados, a saída destes ou a ocupação de lugares vagos;
- c) Nos lugares por onde se faça o acesso de pessoas ou veículos a propriedades, a parques ou a lugares de estacionamento;
- d) A menos de 10 m para um e outro lado das passagens de nível;
- e) A menos de 5 m para um e outro lado dos postos de abastecimento de combustíveis;
- f) Nos locais reservados, mediante sinalização, ao estacionamento de determinados veículos;
- g) De veículos agrícolas, máquinas industriais, reboques ou semi-reboques quando não atrelados ao veículo tractor, salvo nos parques de estacionamento especialmente destinados a esse efeito;

h) Nas zonas de estacionamento de duração limitada quando não for cumprido o respectivo regulamento.

i) De veículos ostentando qualquer informação com vista à sua transacção, em parques de estacionamento. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 30 a € 150, salvo se se tratar do disposto nas alíneas c), f) e i), casos em que a coima é de € 60 a € 300. ➡

Artigo 51. Contagem das distâncias. ➡

As distâncias a que se referem as alíneas b) do n.º 1 e a) do n.º 2 do artigo 49.º contam-se:

a) Do início ou fim da curva ou lomba; ➡

b) Do prolongamento do limite mais próximo da faixa de rodagem transversal, nos restantes casos.

Artigo 52. Paragem de veículos de transporte colectivo.

1 - Nas faixas de rodagem, o condutor de veículo utilizado no transporte colectivo de passageiros só pode parar para a entrada e saída de passageiros nos locais especialmente destinados a esse fim.

2 - No caso de não existirem os locais referidos no número anterior, a paragem deve ser feita o mais próximo possível do limite direito da faixa de rodagem.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 30 a € 150.

SECÇÃO VI

Transporte de pessoas e de carga

Artigo 53. Regras gerais. ➡

1 - É proibido entrar, sair, carregar, descarregar ou abrir as portas dos veículos sem que estes estejam completamente imobilizados.

2 - A entrada ou saída de pessoas e as operações de carga ou descarga devem fazer-se o mais rapidamente possível, salvo se o veículo estiver devidamente estacionado e as pessoas ou a carga não ocuparem a faixa de rodagem e sempre de modo a não causar perigo ou embaraço para os outros utentes.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 54. Transporte de pessoas.

1 - As pessoas devem entrar e sair pelo lado direito ou esquerdo do veículo, consoante este esteja parado ou estacionado à direita ou à esquerda da faixa de rodagem.

2 - Exceptuam-se:

a) A entrada e saída do condutor, quando o volante de direcção do veículo se situar no lado oposto ao da paragem ou estacionamento;

b) A entrada e saída dos passageiros que ocupem o banco da frente, quando o volante de direcção do veículo se situar no lado da paragem ou estacionamento;

c) Os casos especialmente previstos em regulamentos locais, para os veículos de transporte colectivo de passageiros.

3 - É proibido o transporte de pessoas em número que exceda a lotação do veículo ou de

modo a comprometer a sua segurança ou a segurança da condução. ➡

4 - É igualmente proibido o transporte de passageiros fora dos assentos, sem prejuízo do disposto em legislação especial ou salvo em condições excepcionais fixadas em regulamento. ➡

5 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

6 - Quem infringir o disposto nos n.ºs 3 e 4 é sancionado com coima de € 60 a € 300, aplicável por cada pessoa transportada indevidamente, devendo o veículo ficar imobilizado até que a situação seja regularizada.

Artigo 55. Transporte de crianças em automóvel. ➡

1 - As crianças com menos de 12 anos de idade e menos de 150 cm de altura, transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso. ➡

2 - O transporte das crianças referidas no número anterior deve ser efectuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar activada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;

b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.

3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos. ➡

4 - Nos automóveis destinados ao transporte público de passageiros podem ser transportadas crianças sem observância do disposto nos números anteriores, desde que não o sejam nos bancos da frente. ➡

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600 por cada criança transportada indevidamente.

Artigo 56. Transporte de carga. ➡

1 - A carga e a descarga devem ser feitas pela retaguarda ou pelo lado da faixa de rodagem junto de cujo limite o veículo esteja parado ou estacionado.

2 - É proibido o trânsito de veículos ou animais carregados por tal forma que possam constituir perigo ou embaraço para os outros utentes da via ou danificar os pavimentos, instalações, obras de arte e imóveis marginais. ➡

3 - Na disposição da carga deve prover-se a que:

a) Fique devidamente assegurado o equilíbrio do veículo, parado ou em marcha;

b) Não possa vir a cair sobre a via ou a oscilar por forma que torne perigoso ou incómodo o seu transporte ou provoque a projecção de detritos na via pública;

c) Não reduza a visibilidade do condutor;

d) Não arraste pelo pavimento;

e) Não seja excedida a capacidade dos animais;

f) Não seja excedida a altura de 4 m a contar do solo;

g) Tratando-se de veículos destinados ao transporte de passageiros, aquela não prejudique a correcta identificação dos dispositivos de sinalização, de iluminação e da

chapa de matrícula e não ultrapasse os contornos envolventes do veículo, salvo em condições excepcionais fixadas em regulamento;

h) Tratando-se de veículos destinados ao transporte de mercadorias, aquela se contenha em comprimento e largura nos limites da caixa, salvo em condições excepcionais fixadas em regulamento;

i) Tratando-se de transporte de mercadorias a granel, aquela não exceda a altura definida pelo bordo superior dos taipais ou dispositivos análogos. ➡

4 - Consideram-se contornos envolventes do veículo os planos verticais que passam pelos seus pontos extremos.

5 - Quem infringir o disposto nos n.ºs 1 e 2 é sancionado com coima de € 60 a € 300.

6 - Quem infringir o disposto no n.º 3 é sancionado com coima de € 120 a € 600, se sanção mais grave não for aplicável, podendo ser determinada a imobilização do veículo ou a sua deslocação para local apropriado, até que a situação se encontre regularizada. ➡

SECÇÃO VII

Limites de peso e dimensão dos veículos

Artigo 57. *Proibição de trânsito.*

1 - Não podem transitar nas vias públicas os veículos cujos pesos brutos, pesos por eixo ou dimensões excedam os limites gerais fixados em regulamento.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 600 a € 3000.

Artigo 58. *Autorização especial.* ➡

1 - Nas condições fixadas em regulamento, pode ser permitido pela entidade competente o trânsito de veículos de peso ou dimensões superiores aos legalmente fixados ou que transportem objectos indivisíveis que excedam os limites da respectiva caixa.

2 - Do regulamento referido no número anterior devem constar as situações em que o trânsito daqueles veículos depende de autorização especial.

3 - Considera-se objecto indivisível aquele que não pode ser cindido sem perda do seu valor económico ou da sua função.

4 - Pode ser exigida aos proprietários dos veículos a prestação de caução ou seguro destinados a garantir a efectivação da responsabilidade civil pelos danos que lhes sejam imputáveis, assim como outras garantias necessárias ou convenientes à segurança do trânsito, ou relativas à manutenção das condições técnicas e de segurança do veículo.

5 - Quem, no acto da fiscalização, não exhibir autorização, quando exigível, é sancionado com coima de € 600 a € 3000, salvo se proceder à sua apresentação no prazo de oito dias à autoridade indicada pelo agente de fiscalização, caso em que a coima é de € 60 a € 300.

6 - O não cumprimento dos limites de peso e dimensões ou do percurso fixados no regulamento a que se refere o n.º 1 ou constantes da autorização concedida nos termos do n.º 2 é sancionado com coima de € 600 a € 3000.

7 - O não cumprimento de outras condições impostas pelo mesmo regulamento ou constantes da autorização é sancionado com coima de € 120 a € 600.

8 - Nos casos previstos nos n.ºs 6 e 7 pode ser determinada a imobilização do veículo ou a sua deslocação para local apropriado até que a situação se encontre regularizada.

SECÇÃO VIII

Iluminação

Artigo 59. Regras gerais.

1 - Os dispositivos de iluminação de sinalização luminosa e os reflectores que devem equipar os veículos, bem como as respectivas características, são fixados em regulamento.



2 - É proibida a utilização de luz ou reflector vermelho dirigidos para a frente ou de luz ou reflector branco dirigidos para a retaguarda, salvo:

- a) Luz de marcha atrás e da chapa de matrícula;
- b) Avisadores luminosos especiais previstos no artigo 23.º;
- c) Dispositivos de iluminação e de sinalização utilizados nos veículos que circulam ao abrigo do disposto no artigo 58.º 

3 - É sancionado com coima de € 60 a € 300 quem:

- a) Conduzir veículo que não disponha de algum ou alguns dos dispositivos previstos no regulamento referido no n.º 1;
- b) Puser em circulação veículo utilizando dispositivos não previstos no mesmo regulamento ou que, estando previstos, não obedeçam às características ou modos de instalação nele fixados;
- c) Infringir o disposto no n.º 2.

4 - É sancionado com coima de € 30 a € 150 quem:

- a) Conduzir veículo que não disponha de algum ou alguns dos reflectores previstos no regulamento referido no n.º 1;
- b) Puser em circulação veículo utilizando reflectores não previstos no mesmo regulamento ou que, estando previstos, não obedeçam às características ou modos de instalação nele fixados;
- c) Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 62.º, conduzir veículo com avaria em algum ou alguns dos dispositivos previstos no n.º 1.

Artigo 60. Utilização de luzes.

1 - Os dispositivos de iluminação a utilizar pelos condutores são os seguintes:

- a) Luz de estrada (máximos), destinada a iluminar a via para a frente do veículo numa distância não inferior a 100 m;
- b) Luz de cruzamento (médios), destinada a iluminar a via para a frente do veículo numa distância até 30 m;
- c) Luz de nevoeiro da frente, destinada a melhorar a iluminação da estrada em caso de nevoeiro ou outras situações de visibilidade reduzida;
- d) Luz de marcha atrás, destinada a iluminar a estrada para a retaguarda do veículo e avisar os outros utentes que o veículo faz ou vai fazer marcha atrás. 

2 - Os dispositivos de sinalização luminosa a utilizar pelos condutores são os seguintes:

- a) Luzes de presença, destinadas a assinalar a presença e a largura do veículo, quando visto de frente e da retaguarda, tomando as da frente a designação «mínimos»;
- b) Luz de mudança de direcção, destinada a indicar aos outros utentes a intenção de mudar de direcção;
- c) Luzes avisadoras de perigo, destinadas a assinalar que o veículo representa um perigo especial para os outros utentes e constituídas pelo funcionamento simultâneo de todos os indicadores de mudança de direcção;

- d) Luz de travagem, destinada a indicar aos outros utentes o accionamento do travão de serviço;
- e) Luz de nevoeiro da retaguarda, destinada a tornar mais visível o veículo em caso de nevoeiro intenso ou de outras situações de redução significativa de visibilidade.

Artigo 61. Condições de utilização das luzes. ➡

1 - Desde o anoitecer ao amanhecer e, ainda, durante o dia sempre que existam condições meteorológicas ou ambientais que tornem a visibilidade insuficiente, nomeadamente em caso de nevoeiro, chuva intensa, queda de neve, nuvens de fumo ou pó, os condutores devem utilizar as seguintes luzes:

- a) De presença, enquanto aguardam a abertura de passagem de nível e ainda durante a paragem ou o estacionamento, em locais cuja iluminação não permita o fácil reconhecimento do veículo à distância de 100 m;
- b) De cruzamento, em locais cuja iluminação permita ao condutor uma visibilidade não inferior a 100 m, no cruzamento com outros veículos, pessoas ou animais, quando o veículo transite a menos de 100 m daquele que o precede, na aproximação de passagem de nível fechada ou durante a paragem ou detenção da marcha do veículo;
- c) De estrada, nos restantes casos;
- d) De nevoeiro, sempre que as condições meteorológicas ou ambientais o imponham, nos veículos que com elas devam estar equipados. ➡

2 - É proibido o uso das luzes de nevoeiro sempre que as condições meteorológicas ou ambientais o não justifiquem. ➡

3 - Sem prejuízo do disposto no n.º 1, os condutores de veículos afectos ao transporte de mercadorias perigosas devem transitar durante o dia com as luzes de cruzamento acesas.

4 - Sem prejuízo do disposto no n.º 1, é obrigatório durante o dia o uso de luzes de cruzamento nos túneis sinalizados como tal e nas vias de sentido reversível. ➡

5 - Salvo o disposto no número seguinte e se sanção mais grave não for aplicável por força de disposição especial, quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 30 a € 150.

6 - Quem utilizar os máximos no cruzamento com outros veículos, pessoas ou animais ou quando o veículo transite a menos de 100 m daquele que o precede ou ainda durante a paragem ou detenção da marcha do veículo é sancionado com coima de € 60 a € 300. ➡

Artigo 62. Avaria nas luzes.

1 - Sempre que, nos termos do n.º 1 do artigo anterior, seja obrigatória a utilização de dispositivos de iluminação e de sinalização luminosa, é proibido o trânsito de veículos com avaria dos dispositivos referidos na alínea b) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 60.º, salvo o disposto no número seguinte. ➡

2 - O trânsito de veículos com avaria nas luzes é permitido quando os mesmos disponham de, pelo menos:

- a) Dois médios, ou um médio do lado esquerdo e dois mínimos para a frente, um indicador de presença no lado esquerdo e uma das luzes de travagem, quando obrigatória, à retaguarda; ou
- b) Luzes avisadoras de perigo, caso em que apenas podem transitar pelo tempo estritamente necessário até um local de paragem ou estacionamento.

3 - A avaria nas luzes, quando ocorra em auto-estrada ou via reservada a automóveis e motociclos, impõe a imediata imobilização do veículo fora da faixa de rodagem, salvo se

aquele dispuser das luzes referidas na alínea a) do número anterior, caso em que a circulação é permitida até à área de serviço ou saída mais próxima.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300, devendo o documento de identificação do veículo ser apreendido nos termos e para os efeitos previstos na alínea f) do n.º 1 e no n.º 6 do artigo 161.º

Artigo 63. Sinalização de perigo.

1 - Quando o veículo represente um perigo especial para os outros utentes da via devem ser utilizadas as luzes avisadoras de perigo. ➡

2 - Os condutores devem também utilizar as luzes referidas no número anterior em caso de súbita redução da velocidade provocada por obstáculo imprevisto ou por condições meteorológicas ou ambientais especiais.

3 - Os condutores devem ainda utilizar as luzes referidas no n.º 1, desde que estas se encontrem em condições de funcionamento:

a) Em caso de imobilização forçada do veículo por acidente ou avaria, sempre que o mesmo represente um perigo para os demais utentes da via;

b) Quando o veículo esteja a ser rebocado. ➡

4 - Nos casos previstos no número anterior, se não for possível a utilização das luzes avisadoras de perigo, devem ser utilizadas as luzes de presença, se estas se encontrarem em condições de funcionamento. ➡

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300. ➡

SECÇÃO IX

Serviço de urgência e transportes especiais

Artigo 64. Trânsito de veículos em serviço de urgência. ➡

1 - Os condutores de veículos que transitem em missão de polícia, de prestação de socorro ou de serviço urgente de interesse público assinalando adequadamente a sua marcha podem, quando a sua missão o exigir, deixar de observar as regras e os sinais de trânsito, mas devem respeitar as ordens dos agentes reguladores do trânsito. ➡

2 - Os referidos condutores não podem, porém, em circunstância alguma, pôr em perigo os demais utentes da via, sendo, designadamente, obrigados a suspender a sua marcha:

a) Perante o sinal luminoso vermelho de regulação do trânsito, embora possam prosseguir, depois de tomadas as devidas precauções, sem esperar que a sinalização mude;

b) Perante o sinal de paragem obrigatória em cruzamento ou entroncamento. ➡

3 - A marcha urgente deve ser assinalada através da utilização dos avisadores sonoros e luminosos especiais referidos, respectivamente, nos artigos 22.º e 23.º ➡

4 - Caso os veículos não estejam equipados com os dispositivos referidos no número anterior, a marcha urgente pode ser assinalada:

a) Utilizando alternadamente os máximos com os médios; ou

b) Durante o dia, utilizando repetidamente os sinais sonoros. ➡

5 - É proibida a utilização dos sinais que identificam a marcha dos veículos referidos no n.º

1 quando não transitem em missão urgente. ➡

6 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 65. Cedência de passagem.

1 - Sem prejuízo do disposto na alínea b) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 31.º, qualquer condutor deve ceder a passagem aos condutores dos veículos referidos no artigo anterior.

2 - Sempre que as vias em que tais veículos circulem, de que vão sair ou em que vão entrar se encontrem congestionadas, devem os demais condutores encostar-se o mais possível à direita, ocupando, se necessário, a berma.

3 - Exceptuam-se do disposto no número anterior:

a) As vias públicas onde existam corredores de circulação;

b) As auto-estradas e vias reservadas a automóveis e motociclos, nas quais os condutores devem deixar livre a berma.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 66. Trânsito de veículos que efectuam transportes especiais.

O trânsito, paragem e estacionamento nas vias públicas de veículos que transportem cargas que pela sua natureza ou outras características o justifiquem pode ser condicionado por regulamento.

SECÇÃO X

Trânsito em certas vias ou troços

SUBSECÇÃO I

Trânsito nas passagens de nível

Artigo 67. Atravessamento. ➡

1 - O condutor só pode iniciar o atravessamento de uma passagem de nível, ainda que a sinalização lho permita, depois de se certificar de que a intensidade do trânsito não o obriga a imobilizar o veículo sobre ela.

2 - O condutor não deve entrar na passagem de nível:

a) Enquanto os meios de protecção estejam atravessados na via pública ou em movimento;

b) Quando as instruções dos agentes ferroviários ou a sinalização existente o proibir.

3 - Se a passagem de nível não dispuser de protecção ou sinalização, o condutor só pode iniciar o atravessamento depois de se certificar de que se não aproxima qualquer veículo ferroviário.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 68. Imobilização forçada de veículo ou animal.

1 - Em caso de imobilização forçada de veículo ou animal ou de queda da respectiva carga numa passagem de nível, o respectivo condutor deve promover a sua imediata remoção ou, não sendo esta possível, tomar as medidas necessárias para que os condutores dos veículos ferroviários que se aproximem possam aperceber-se da presença do obstáculo.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

SUBSECÇÃO II

Trânsito nos cruzamentos e entroncamentos

Artigo 69. *Atravessamento.* ➡

1 - O condutor não deve entrar num cruzamento ou entroncamento, ainda que as regras de cedência de passagem ou a sinalização luminosa lho permitam, se for previsível que, tendo em conta a intensidade do trânsito, fique nele imobilizado, perturbando a circulação transversal. ➡

2 - O condutor imobilizado num cruzamento ou entroncamento em que o trânsito é regulado por sinalização luminosa pode sair dele sem esperar que a circulação seja aberta no seu sentido de trânsito, desde que não perturbe os outros utentes. ➡

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

SUBSECÇÃO III

Parques e zonas de estacionamento

Artigo 70. *Regras gerais.*

1 - Nos locais da via pública especialmente destinados ao estacionamento, quando devidamente assinalados, os condutores não podem transitar ou atravessar as linhas de demarcação neles existentes para fins diversos do estacionamento.

2 - Os parques e zonas de estacionamento podem ser afectos a veículos de certas categorias, podendo a sua utilização ser limitada no tempo ou sujeita ao pagamento de uma taxa, nos termos fixados em regulamento.

3 - Nos parques e zonas de estacionamento podem, mediante sinalização, ser reservados lugares ao estacionamento de veículos afectos ao serviço de determinadas entidades ou utilizados no transporte de pessoas com deficiência.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 71. *Estacionamento proibido.*

1 - Nos parques e zonas de estacionamento é proibido estacionar:

- a)** Veículos destinados à venda de quaisquer artigos ou a publicidade de qualquer natureza;
- b)** Automóveis pesados utilizados em transporte público, quando não estejam em serviço, salvo as excepções previstas em regulamentos locais;
- c)** Veículos de categorias diferentes daquelas a que o parque, zona ou lugar de estacionamento tenha sido exclusivamente afecto nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior;
- d)** Por tempo superior ao estabelecido ou sem o pagamento da taxa fixada nos termos do n.º 2 do artigo anterior.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de:

- a)** € 30 a € 150, se se tratar do disposto nas alíneas b) e d);
- b)** € 60 a € 300, se se tratar do disposto nas alíneas a) e c).

SUBSECÇÃO IV

Trânsito nas auto-estradas e vias equiparadas

Artigo 72. *Auto-estradas.*

1 - Nas auto-estradas e respectivos acessos, quando devidamente sinalizados, é proibido o trânsito de peões, animais, veículos de tracção animal, velocípedes, ciclomotores, motociclos e triciclos de cilindrada não superior a 50 cm³, quadriciclos, veículos agrícolas, comboios turísticos, bem como de veículos ou conjuntos de veículos insusceptíveis de atingir em patamar velocidade superior a 60 km/h ou aos quais tenha sido fixada velocidade máxima igual ou inferior àquele valor.

2 - Nas auto-estradas e respectivos acessos, quando devidamente sinalizados, é proibido:

- a)** Circular sem utilizar as luzes regulamentares, nos termos deste Código;
 - b)** Parar ou estacionar, ainda que fora das faixas de rodagem, salvo nos locais especialmente destinados a esse fim;
 - c)** Inverter o sentido de marcha;
 - d)** Fazer marcha atrás;
 - e)** Transpor os separadores de trânsito ou as aberturas neles existentes.
- 

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 e nas alíneas a) e b) do n.º 2 é sancionado com coima de € 120 a € 600, salvo se se tratar de paragem ou estacionamento na faixa de rodagem, caso em que a coima é de € 250 a € 1250.

4 - Quem circular em sentido oposto ao legalmente estabelecido ou infringir o disposto nas alíneas c) a e) do n.º 2 é sancionado com coima de € 500 a € 2500, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal.

Artigo 73. *Entrada e saída das auto-estradas.*

1 - A entrada e saída das auto-estradas faz-se unicamente pelos acessos a tal fim destinados.

2 - Se existir uma via de aceleração, o condutor que pretender entrar na auto-estrada deve utilizá-la, regulando a sua velocidade por forma a tomar a via de trânsito adjacente sem perigo ou embaraço para os veículos que nela transitem.



3 - O condutor que pretender sair de uma auto-estrada deve ocupar com a necessária antecedência a via de trânsito mais à direita e, se existir via de abrandamento, entrar nela logo que possível.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 250 a € 1250.

Artigo 74. *Trânsito de veículos pesados de mercadorias ou conjuntos de veículos.*

1 - Nas auto-estradas ou troços de auto-estradas com três ou mais vias de trânsito afectas ao mesmo sentido, os condutores de veículos pesados de mercadorias ou conjuntos de veículos cujo comprimento exceda 7 m só podem utilizar as duas vias de trânsito mais à direita.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 75. *Vias reservadas a automóveis e motociclos.*

É aplicável o disposto na presente subsecção ao trânsito em vias reservadas a automóveis e motociclos.

SUBSECÇÃO V**Vias reservadas, corredores de circulação e pistas especiais****Artigo 76. *Vias reservadas.***

1 - As faixas de rodagem das vias públicas podem, mediante sinalização, ser reservadas ao trânsito de veículos de certas espécies ou a veículos destinados a determinados transportes, sendo proibida a sua utilização pelos condutores de quaisquer outros.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 77. Corredores de circulação.

1 - Podem ser criados nas vias públicas corredores de circulação destinados ao trânsito de veículos de certas espécies ou a veículos afectos a determinados transportes, sendo proibida a sua utilização pelos condutores de quaisquer outros.

2 - É, porém, permitida a utilização das vias referidas no número anterior, na extensão estritamente necessária, para acesso a garagens, a propriedades e a locais de estacionamento ou, quando a sinalização o permita, para efectuar a manobra de mudança de direcção no cruzamento ou entroncamento mais próximo.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 78. Pistas especiais.

1 - Quando existam pistas especialmente destinadas a animais ou veículos de certas espécies, o trânsito destes deve fazer-se por aquelas pistas. ➡

2 - É proibida a utilização das pistas referidas no número anterior a quaisquer outros veículos, salvo para acesso a garagens, a propriedades e a locais de estacionamento ou, quando a sinalização o permita, para efectuar a manobra de mudança de direcção no cruzamento ou entroncamento mais próximo.

3 - Nas pistas destinadas aos velocípedes é proibido o trânsito daqueles que tiverem mais de duas rodas não dispostas em linha ou que atrelarem reboque.

4 - Os peões só podem utilizar as pistas referidas no número anterior quando não existam locais que lhes sejam especialmente destinados.

5 - As pessoas que transitam usando patins, trotinetas ou outros meios de circulação análogos devem utilizar as pistas referidas no n.º 3, sempre que existam.

6 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 30 a € 150, salvo se se tratar do n.º 4, caso em que a coima é de € 10 a € 50.

SECÇÃO XI Poluição

Artigo 79. Poluição do solo e do ar.

1 - É proibido o trânsito de veículos a motor que emitam fumos ou gases em quantidade superior à fixada em regulamento ou que derramem óleo ou quaisquer outras substâncias.

2 - É proibido ao condutor e passageiros atirar quaisquer objectos para o exterior do veículo.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 80. Poluição sonora. ➡

1 - A condução de veículos e as operações de carga e descarga devem fazer-se de modo a evitar ruídos incómodos.

2 - É proibido o trânsito de veículos a motor que emitam ruídos superiores aos limites máximos fixados em diploma próprio.

3 - No uso de aparelhos radiofónicos ou de reprodução sonora instalados no veículo é proibido superar os limites sonoros máximos fixados em diploma próprio.

4 - As condições de utilização de dispositivos de alarme sonoro antifurto em veículos podem ser fixadas em regulamento.

5 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

6 - Quem infringir o disposto nos n.os 2 e 3 é sancionado com coima de € 60 a € 300, se sanção mais grave não for aplicável por força de outro diploma legal.

SECÇÃO XII

Regras especiais de segurança

Artigo 81. *Condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas.* ➡

1 - É proibido conduzir sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas. ➡

2 - Considera-se sob influência de álcool o condutor que apresente uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l ou que, após exame realizado nos termos previstos no presente Código e legislação complementar, seja como tal considerado em relatório médico. ➡

3 - A conversão dos valores do teor de álcool no ar expirado (TAE) em teor de álcool no sangue (TAS) é baseada no princípio de que 1 mg de álcool por litro de ar expirado é equivalente a 2,3 g de álcool por litro de sangue. ➡

4 - Considera-se sob influência de substâncias psicotrópicas o condutor que, após exame realizado nos termos do presente Código e legislação complementar, seja como tal considerado em relatório médico ou pericial. ➡

5 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de:

a) € 250 a € 1250, se a taxa de álcool no sangue for igual ou superior a 0,5 g/l e inferior a 0,8 g/l;

b) € 500 a € 2500, se a taxa for igual ou superior a 0,8 g/l e inferior a 1,2 g/l ou, sendo impossível a quantificação daquela taxa, o condutor for considerado influenciado pelo álcool em relatório médico ou ainda se conduzir sob influência de substâncias psicotrópicas. ➡

Artigo 82. *Utilização de acessórios de segurança.* ➡

1 - O condutor e passageiros transportados em automóveis são obrigados a usar os cintos e demais acessórios de segurança com que os veículos estejam equipados. ➡

2 - Em regulamento são fixadas:

a) As condições excepcionais de isenção ou de dispensa da obrigação do uso dos acessórios referidos no n.º 1;

b) O modo de utilização e características técnicas dos mesmos acessórios. ➡

3 - Os condutores e passageiros de ciclomotores, motociclos com ou sem carro lateral, triciclos e quadriciclos devem proteger a cabeça usando capacete de modelo oficialmente aprovado, devidamente ajustado e apertado. ➡

4 - Exceptuam-se do disposto no número anterior os condutores e passageiros de veículos providos de caixa rígida ou de veículos que possuam, simultaneamente, estrutura de protecção rígida e cintos de segurança. ➡

5 - Os condutores e passageiros de velocípedes com motor e os condutores de trotinetas

com motor devem proteger a cabeça usando capacete devidamente ajustado e apertado.



6 - Quem não utilizar ou utilizar incorrectamente os acessórios de segurança previstos no presente artigo é sancionado com coima de € 120 a € 600, salvo se se tratar dos referidos no n.º 5, caso em que a coima é de € 60 a € 300.

Artigo 83. *Condução profissional de veículos de transporte.*

Por razões de segurança, podem ser definidos, para os condutores profissionais de veículos de transporte, os tempos de condução e descanso e, bem assim, pode ser exigida a presença de mais de uma pessoa habilitada para a condução de um mesmo veículo.

Artigo 84. *Proibição de utilização de certos aparelhos.*

1 - É proibido ao condutor utilizar, durante a marcha do veículo, qualquer tipo de equipamento ou aparelho susceptível de prejudicar a condução, nomeadamente auscultadores sonoros e aparelhos radiotelefónicos. 

2 - Exceptuam-se do número anterior:

- a)** Os aparelhos dotados de um auricular ou de microfone com sistema alta voz, cuja utilização não implique manuseamento continuado;
- b)** Os aparelhos utilizados durante o ensino da condução e respectivo exame, nos termos fixados em regulamento.

3 - É proibida a instalação e utilização de quaisquer aparelhos, dispositivos ou produtos susceptíveis de revelar a presença ou perturbar o funcionamento de instrumentos destinados à detecção ou registo das infracções.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 120 a € 600. 

5 - Quem infringir o disposto no n.º 3 é sancionado com coima de € 500 a € 2500 e com perda dos objectos, devendo o agente de fiscalização proceder à sua imediata remoção e apreensão ou, não sendo ela possível, apreender o documento de identificação do veículo até à efectiva remoção e apreensão daqueles objectos, sendo, neste caso, aplicável o disposto no n.º 5 do artigo 161.º

SECÇÃO XIII Documentos

Artigo 85. *Documentos de que o condutor deve ser portador.*

1 - Sempre que um veículo a motor transite na via pública o seu condutor deve ser portador dos seguintes documentos:

- a)** Documento legal de identificação pessoal;
- b)** Título de condução;
- c)** Certificado de seguro. 

2 - Tratando-se de automóvel, motociclo, triciclo, quadriciclo, ciclomotor, tractor agrícola ou florestal, ou reboque, o condutor deve ainda ser portador dos seguintes documentos:

- a)** Título de registo de propriedade do veículo ou documento equivalente;
- b)** Documento de identificação do veículo;
- c)** Ficha de inspecção periódica do veículo, quando obrigatória nos termos legais. 

3 - Tratando-se de velocípede ou de veículo de tracção animal, o respectivo condutor deve

ser portador de documento legal de identificação pessoal.

4 - O condutor que se não fizer acompanhar de um ou mais documentos referidos nos n.os 1 e 2 é sancionado com coima de € 60 a € 300, salvo se os apresentar no prazo de oito dias à autoridade indicada pelo agente de fiscalização, caso em que é sancionado com coima de € 30 a € 150. ➡

5 - Quem infringir o disposto no n.º 3 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 86. Prescrições especiais.

1 - O condutor a quem tenha sido averbado no seu título de condução o uso de lentes, próteses ou outros aparelhos deve usá-los durante a condução.

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 60 a € 300.

SECÇÃO XIV

Comportamento em caso de avaria ou acidente

Artigo 87. Imobilização forçada por avaria ou acidente. ➡

1 - Em caso de imobilização forçada de um veículo em consequência de avaria ou acidente, o condutor deve proceder imediatamente ao seu regular estacionamento ou, não sendo isso viável, retirar o veículo da faixa de rodagem ou aproximá-lo o mais possível do limite direito desta e promover a sua rápida remoção da via pública. ➡

2 - Nas circunstâncias referidas no número anterior, as pessoas que não estiverem envolvidas nas operações de remoção ou reparação do veículo não devem permanecer na faixa de rodagem. ➡

3 - Enquanto o veículo não for devidamente estacionado ou removido, o condutor deve adoptar as medidas necessárias para que os outros se apercebam da sua presença, usando para tanto os dispositivos de sinalização e as luzes avisadoras de perigo. ➡

4 - É proibida a reparação de veículos na via pública, salvo se for indispensável à respectiva remoção ou, tratando-se de avarias de fácil reparação, ao prosseguimento da marcha.

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300, ou com coima de € 120 a € 600 quando a infracção for praticada em auto-estrada ou via reservada a automóveis e motociclos, se outra sanção mais grave não for aplicável.

Artigo 88. Pré-sinalização de perigo.

1 - Todos os veículos a motor em circulação, salvo os dotados apenas de duas ou três rodas, os motocultivadores e os quadriciclos sem caixa, devem estar equipados com um sinal de pré-sinalização de perigo e um colete, ambos retrorreflectores e de modelo oficialmente aprovado. ➡

2 - É obrigatório o uso do sinal de pré-sinalização de perigo sempre que o veículo fique imobilizado na faixa de rodagem ou na berma ou nestas tenha deixado cair carga, sem prejuízo do disposto no presente Código quanto à iluminação dos veículos. ➡

3 - O sinal deve ser colocado perpendicularmente em relação ao pavimento e ao eixo da faixa de rodagem, a uma distância nunca inferior a 30 m da retaguarda do veículo ou da carga a sinalizar e por forma a ficar bem visível a uma distância de, pelo menos, 100 m. ➡

4 - Nas circunstâncias referidas no n.º 2, quem proceder à colocação do sinal de pré-sinalização de perigo, à reparação do veículo ou à remoção da carga deve utilizar o colete retrorreflector.

5 - Em regulamento são fixadas as características do sinal de pré-sinalização de perigo e do colete retrorreflector. ➡

6 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 60 a € 300, por cada equipamento em falta. ➡

7 - Quem infringir o disposto nos n.os 2 a 4 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 89. Identificação em caso de acidente.

1 - O condutor interveniente em acidente deve fornecer aos restantes intervenientes a sua identificação, a do proprietário do veículo e a da seguradora, bem como o número da apólice, exibindo, quando solicitado, os documentos comprovativos.

2 - Se do acidente resultarem mortos ou feridos o condutor deve aguardar, no local, a chegada de agente de autoridade.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima € 120 a € 600.

4 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 500 a € 2500, se sanção mais grave não for aplicável.

CAPÍTULO II

Disposições especiais para motociclos, ciclomotores e velocípedes

SECÇÃO I

Regras especiais

Artigo 90. Regras de condução.

1 - Os condutores de motociclos, ciclomotores ou velocípedes não podem:

- a) Conduzir com as mãos fora do guiador, salvo para assinalar qualquer manobra;
- b) Seguir com os pés fora dos pedais ou apoios;
- c) Fazer-se rebocar;
- d) Levantar a roda da frente ou de trás no arranque ou em circulação;
- e) Seguir a par, salvo se transitarem em pista especial e não causarem perigo ou embaraço para o trânsito. ➡

2 - Os condutores de velocípedes devem transitar o mais próximo possível das bermas ou passeios, mesmo nos casos em que, no mesmo sentido de trânsito, sejam possíveis duas ou mais filas. ➡

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300, salvo se se tratar de condutor de velocípede, caso em que a coima é de € 30 a € 150.

SECÇÃO II

Transporte de passageiros e de carga

Artigo 91. Transporte de passageiros. ➡

1 - Nos motociclos, triciclos, quadriciclos e ciclomotores é proibido o transporte de passageiros de idade inferior a 7 anos, salvo tratando-se de veículos providos de caixa rígida não destinada apenas ao transporte de carga. ➡

2 - Os velocípedes só podem transportar o respectivo condutor, salvo se forem dotados de mais de um par de pedais capaz de accionar o veículo, caso em que o número máximo de

pessoas a transportar corresponda ao número de pares de pedais.

3 - Exceptua-se do disposto no número anterior o transporte de crianças em dispositivos especialmente adaptados para o efeito, desde que utilizem capacete devidamente homologado.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

Artigo 92. Transporte de carga.

1 - O transporte de carga em motociclo, triciclo, quadriciclo, ciclomotor ou velocípede só pode fazer-se em reboque ou caixa de carga. ➡

2 - É proibido aos condutores e passageiros dos veículos referidos no número anterior transportar objectos susceptíveis de prejudicar a condução ou constituir perigo para a segurança das pessoas e das coisas ou embaraço para o trânsito.

3 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300.

SECÇÃO III Iluminação

Artigo 93. Utilização das luzes.

1 - Nos motociclos, triciclos, quadriciclos e ciclomotores, o uso de dispositivos de sinalização luminosa e de iluminação é obrigatório em qualquer circunstância.

2 - Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do artigo 61.º, os condutores de motociclos e ciclomotores devem transitar com a luz de cruzamento acesa.

3 - Sempre que, nos termos do artigo 61.º, seja obrigatório o uso de dispositivo de iluminação, os velocípedes só podem circular com utilização dos dispositivos que, para o efeito, forem fixados em regulamento.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 60 a € 300, se sanção mais grave não for aplicável.

Artigo 94. Avaria nas luzes. ➡

1 - Em caso de avaria nas luzes de motociclos, triciclos, quadriciclos e ciclomotores é aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 62.º ➡

2 - Em caso de avaria nas luzes, os velocípedes devem ser conduzidos à mão.

3 - Quem infringir o disposto no n.º 2 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 95. Sinalização de perigo.

É aplicável aos motociclos, triciclos, quadriciclos e ciclomotores, quando estejam munidos de luzes de mudança de direcção, o disposto no artigo 63.º, com as necessárias adaptações.

SECÇÃO IV Sanções aplicáveis a condutores de velocípedes

Artigo 96. Remissão.

As coimas previstas no presente Código são reduzidas para metade nos seus limites mínimo e máximo quando aplicáveis aos condutores de velocípedes, salvo quando se trate de coimas especificamente fixadas para estes condutores.

CAPÍTULO III

Disposições especiais para veículos de tracção animal e animais

Artigo 97. *Regras especiais.*

- 1 - Os condutores de veículos de tracção animal ou de animais devem conduzi-los de modo a manter sempre o domínio sobre a sua marcha e a evitar impedimento ou perigo para o trânsito.
- 2 - Nas pontes, túneis e passagens de nível, os condutores de animais, atrelados ou não, devem fazê-los seguir a passo.
- 3 - A entrada de gado na via pública deve ser devidamente assinalada pelo respectivo condutor e fazer-se por caminhos ou serventias a esse fim destinados.
- 4 - Sempre que, nos termos do artigo 61.º, seja obrigatória a utilização de dispositivos de sinalização luminosa, os condutores de veículos de tracção animal ou de animais em grupo devem utilizar uma lanterna de luz branca, visível em ambos os sentidos de trânsito.
- 5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 30 a € 150.
- 6 - O proprietário de animal que o deixe vagar na via pública por forma a impedir ou fazer perigar o trânsito é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 98. *Regulamentação local.*

Em tudo o que não estiver previsto no presente Código, o trânsito de veículos de tracção animal e de animais é objecto de regulamento local.

TÍTULO III

Do trânsito de peões

Artigo 99. *Lugares em que podem transitar.* ➡

- 1 - Os peões devem transitar pelos passeios, pistas ou passagens a eles destinados ou, na sua falta, pelas bermas. ➡
- 2 - Os peões podem, no entanto, transitar pela faixa de rodagem, com prudência e por forma a não prejudicar o trânsito de veículos, nos seguintes casos:
 - a) Quando efectuem o seu atravessamento;
 - b) Na falta dos locais referidos no n.º 1 ou na impossibilidade de os utilizar;
 - c) Quando transportem objectos que, pelas suas dimensões ou natureza, possam constituir perigo para o trânsito dos outros peões;
 - d) Nas vias públicas em que esteja proibido o trânsito de veículos;
 - e) Quando sigam em formação organizada sob a orientação de um monitor ou em cortejo. ➡
- 3 - Nos casos previstos nas alíneas b), c) e e) do número anterior os peões podem transitar pelas pistas a que se refere o artigo 78.º, desde que a intensidade do trânsito o permita e não prejudiquem a circulação dos veículos ou animais a que aquelas estão afectas.
- 4 - Sempre que transitem na faixa de rodagem, desde o anoitecer ao amanhecer e sempre que as condições de visibilidade ou a intensidade do trânsito o aconselhem, os peões devem transitar numa única fila, salvo quando seguirem em cortejo ou formação organizada nos termos previstos no artigo 102.º
- 5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 10 a € 50.

6 - Quem, com violação dos deveres de cuidado e de protecção, não impedir que os menores de 16 anos que, por qualquer título, se encontrem a seu cargo brinquem nas faixas de rodagem das vias públicas é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 100. Posição a ocupar na via. ➡

1 - Os peões devem transitar pela direita dos locais que lhes são destinados, salvo nos casos previstos na alínea d) do n.º 2 do artigo anterior.

2 - Nos casos previstos nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo anterior, os peões devem transitar pelo lado esquerdo da faixa de rodagem, a não ser que tal comprometa a sua segurança.

3 - Nos casos previstos nas alíneas b), c) e e) do n.º 2 do artigo anterior, os peões devem transitar o mais próximo possível do limite da faixa de rodagem.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 10 a € 50.

Artigo 101. Atravessamento da faixa de rodagem. ➡

1 - Os peões não podem atravessar a faixa de rodagem sem previamente se certificarem de que, tendo em conta a distância que os separa dos veículos que nela transitam e a respectiva velocidade, o podem fazer sem perigo de acidente. ➡

2 - O atravessamento da faixa de rodagem deve fazer-se o mais rapidamente possível. ➡

3 - Os peões só podem atravessar a faixa de rodagem nas passagens especialmente sinalizadas para esse efeito ou, quando nenhuma exista a uma distância inferior a 50 m, perpendicularmente ao eixo da faixa de rodagem. ➡

4 - Os peões não devem parar na faixa de rodagem ou utilizar os passeios de modo a prejudicar ou perturbar o trânsito.

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 10 a € 50.

Artigo 102. Iluminação de cortejos e formações organizadas. ➡

1 - Sempre que transitem na faixa de rodagem desde o anoitecer ao amanhecer e sempre que as condições de visibilidade o aconselhem, os cortejos e formações organizadas devem assinalar a sua presença com, pelo menos, uma luz branca dirigida para a frente e uma luz vermelha dirigida para a retaguarda, ambas do lado esquerdo do cortejo ou formação, bem como através da utilização de, pelo menos, dois coletes retrorreflectores, um no início e outro no fim da formação. ➡

2 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 30 a € 150. ➡

Artigo 103. Cuidados a observar pelos condutores. ➡

1 - Ao aproximar-se de uma passagem de peões assinalada, em que a circulação de veículos está regulada por sinalização luminosa, o condutor, mesmo que a sinalização lhe permita avançar, deve deixar passar os peões que já tenham iniciado a travessia da faixa de rodagem. ➡

2 - Ao aproximar-se de uma passagem para peões, junto da qual a circulação de veículos não está regulada nem por sinalização luminosa nem por agente, o condutor deve reduzir a velocidade e, se necessário, parar para deixar passar os peões que já tenham iniciado a travessia da faixa de rodagem. ➡

3 - Ao mudar de direcção, o condutor, mesmo não existindo passagem assinalada para a travessia de peões, deve reduzir a sua velocidade e, se necessário, parar a fim de deixar passar os peões que estejam a atravessar a faixa de rodagem da via em que vai entrar.

4 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

Artigo 104. Equiparação. ➡

É equiparado ao trânsito de peões:

- a)** A condução de carros de mão; ➡
- b)** A condução à mão de velocípedes de duas rodas sem carro atrelado e de carros de crianças ou de pessoas com deficiência;
- c)** O trânsito de pessoas utilizando trotinetas, patins ou outros meios de circulação análogos, sem motor;
- d)** O trânsito de cadeiras de rodas equipadas com motor eléctrico.
- e)** A condução à mão de motocultivadores sem reboque ou retrotrem.

TÍTULO IV Dos veículos

CAPÍTULO I Classificação dos veículos

Artigo 105. Automóveis. ➡

Automóvel é o veículo com motor de propulsão, dotado de pelo menos quatro rodas, com tara superior a 550 kg, cuja velocidade máxima é, por construção, superior a 25 km/h, e que se destina, pela sua função, a transitar na via pública, sem sujeição a carris.

Artigo 106. Classes e tipos de automóveis. ➡

1 - Os automóveis classificam-se em:

- a)** Ligeiros - veículos com peso bruto igual ou inferior a 3500 kg e com lotação não superior a nove lugares, incluindo o do condutor;
- b)** Pesados - veículos com peso bruto superior a 3500 kg ou com lotação superior a nove lugares, incluindo o do condutor. ➡

2 - Os automóveis ligeiros ou pesados incluem-se, segundo a sua utilização, nos seguintes tipos:

- a)** De passageiros - os veículos que se destinam ao transporte de pessoas;
- b)** De mercadorias - os veículos que se destinam ao transporte de carga.

3 - Os automóveis de passageiros e de mercadorias que se destinam ao desempenho de função diferente do normal transporte de passageiros ou de mercadorias são considerados especiais, tomando a designação a fixar em regulamento, de acordo com o fim a que se destinam.

4 - As categorias de veículos para efeitos de aprovação de modelo são fixadas em regulamento.

Artigo 107. Motociclos, ciclomotores, triciclos e quadriciclos. ➡

1 - Motociclo é o veículo dotado de duas rodas, com ou sem carro lateral, com motor de propulsão com cilindrada superior a 50 cm³, no caso de motor de combustão interna, ou que, por construção, exceda em patamar a velocidade de 45 km/h. ➡

2 - Ciclomotor é o veículo dotado de duas ou três rodas, com uma velocidade máxima, em patamar e por construção, não superior a 45 km/h, e cujo motor:

a) No caso de ciclomotores de duas rodas, tenha cilindrada não superior a 50 cm³, tratando-se de motor de combustão interna ou cuja potência máxima não exceda 4 kW, tratando-se de motor eléctrico;

b) No caso de ciclomotores de três rodas, tenha cilindrada não superior a 50 cm³, tratando-se de motor de ignição comandada ou cuja potência máxima não exceda 4 kW, no caso de outros motores de combustão interna ou de motores eléctricos. ➡

3 - Triciclo é o veículo dotado de três rodas dispostas simetricamente, com motor de propulsão com cilindrada superior a 50 cm³, no caso de motor de combustão interna, ou que, por construção, exceda em patamar a velocidade de 45 km/h.

4 - Quadriciclo é o veículo dotado de quatro rodas, classificando-se em:

a) Ligeiro - veículo com velocidade máxima, em patamar e por construção, não superior a 45 km/h, cuja massa sem carga não exceda 350 kg, excluída a massa das baterias no veículo eléctrico, e com motor de cilindrada não superior a 50 cm³, no caso de motor de ignição comandada, ou cuja potência máxima não seja superior a 4 kW, no caso de outros motores de combustão interna ou de motor eléctrico;

b) Pesado - veículo com motor de potência não superior a 15 kW e cuja massa sem carga, excluída a massa das baterias no caso de veículos eléctricos, não exceda 400 kg ou 550 kg, consoante se destine, respectivamente, ao transporte de passageiros ou de mercadorias. ➡

Artigo 108. Veículos agrícolas. ➡

1 - Tractor agrícola ou florestal é o veículo com motor de propulsão, de dois ou mais eixos, cuja função principal reside na potência de tracção, especialmente concebido para ser utilizado com reboques, alfaia ou outras máquinas destinadas a utilização agrícola ou florestal. ➡

2 - Máquina agrícola ou florestal é o veículo com motor de propulsão, de dois ou mais eixos, destinado exclusivamente à execução de trabalhos agrícolas ou florestais, que só excepcionalmente transita na via pública, sendo considerado pesado ou ligeiro consoante o seu peso bruto exceda ou não 3500 kg.

3 - Motocultivador é o veículo com motor de propulsão, de um só eixo, destinado à execução de trabalhos agrícolas ligeiros, que pode ser dirigido por um condutor a pé ou em reboque ou retrotrem atrelado ao referido veículo.

4 - O motocultivador ligado a reboque ou retrotrem é equiparado, para efeitos de circulação, a tractor agrícola.

5 - Tractocarro é o veículo com motor de propulsão, de dois ou mais eixos, provido de uma caixa de carga destinada ao transporte de produtos agrícolas ou florestais e cujo peso bruto não ultrapassa 3500 kg, sendo equiparado, para efeitos de circulação, a tractor agrícola.

Artigo 109. Outros veículos a motor. ➡

1 - Veículo sobre carris é aquele que, independentemente do sistema de propulsão, se desloca sobre carris.

2 - Máquina industrial é o veículo com motor de propulsão, de dois ou mais eixos, destinado à execução de obras ou trabalhos industriais e que só eventualmente transita na

via pública, sendo pesado ou ligeiro consoante o seu peso bruto exceda ou não 3500 kg.



Artigo 110. Reboques.



- 1 - Reboque é o veículo destinado a transitar atrelado a um veículo a motor.
- 2 - Semi-reboque é o reboque cuja parte da frente assenta sobre o veículo a motor, distribuindo o peso sobre este. 
- 3 - Os veículos referidos nos números anteriores tomam a designação de reboque ou semi-reboque agrícola ou florestal quando se destinam a ser atrelados a um tractor agrícola ou a um motocultivador.
- 4 - Máquina agrícola ou florestal rebocável é a máquina destinada a trabalhos agrícolas ou florestais que só transita na via pública quando rebocada.
- 5 - Máquina industrial rebocável é a máquina destinada a trabalhos industriais que só transita na via pública quando rebocada.
- 6 - A cada veículo a motor não pode ser atrelado mais de um reboque.
- 7 - É proibida a utilização de reboques em transporte público de passageiros.
- 8 - Exceptua-se do disposto nos n.ºs 6 e 7 a utilização de um reboque destinado ao transporte de bagagem nos veículos pesados afectos ao transporte de passageiros, de reboques em comboios turísticos, bem como, nos termos a fixar em regulamento local, de reboques em tractores agrícolas ou florestais.
- 9 - Quem infringir o disposto nos n.ºs 6 e 7 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 111. Veículos únicos e conjuntos de veículos.



- 1 - Consideram-se veículos únicos:
 - a) O automóvel pesado composto por dois segmentos rígidos permanentemente ligados por uma secção articulada que permite a comunicação entre ambos;
 - b) O comboio turístico constituído por um tractor e um ou mais reboques destinados ao transporte de passageiros em pequenos percursos e com fins turísticos ou de diversão. 
- 2 - Conjunto de veículos é o grupo constituído por um veículo tractor e seu reboque ou semi-reboque.

- 3 - Para efeitos de circulação, o conjunto de veículos é equiparado a veículo único.

Artigo 112. Velocípedes.



- 1 - Velocípede é o veículo com duas ou mais rodas accionado pelo esforço do próprio condutor por meio de pedais ou dispositivos análogos.
- 2 - Velocípede com motor é o velocípede equipado com motor auxiliar eléctrico com potência máxima contínua de 0,25 kW, cuja alimentação é reduzida progressivamente com o aumento da velocidade e interrompida se atingir a velocidade de 25 km/h, ou antes, se o ciclista deixar de pedalar.
- 3 - Para efeitos do presente Código, os velocípedes com motor e as trotinetas com motor são equiparados a velocípedes.

Artigo 113. Reboque de veículos de duas rodas e carro lateral.



- 1 - Os motociclos, triciclos, quadriciclos, ciclomotores e velocípedes podem atrelar, à retaguarda, um reboque de um eixo destinado ao transporte de carga.

2 - Os motociclos de cilindrada superior a 125 cm³ podem acoplar carro lateral destinado ao transporte de um passageiro.

CAPÍTULO II

Características dos veículos

Artigo 114. *Características dos veículos.*

1 - As características dos veículos e dos respectivos sistemas, componentes e acessórios são fixadas em regulamento.

2 - Todos os sistemas, componentes e acessórios de um veículo são considerados suas partes integrantes e, salvo avarias ocasionais e imprevisíveis devidamente justificadas, o seu não funcionamento é equiparado à sua falta.

3 - Os modelos de automóveis, motociclos, triciclos, quadriciclos, ciclomotores, tractores agrícolas, tractocarros e reboques, bem como os respectivos sistemas, componentes e acessórios, estão sujeitos a aprovação de acordo com as regras fixadas em regulamento.

4 - O fabricante ou vendedor que coloque no mercado veículos, sistemas, componentes ou acessórios sem a aprovação a que se refere o número anterior ou infringindo as normas que disciplinam o seu fabrico e comercialização é sancionado com coima de € 600 a € 3000 se for pessoa singular ou de € 1200 a € 6000 se for pessoa colectiva e com perda dos objectos, os quais devem ser apreendidos no momento da verificação da infracção.

5 - É proibido o trânsito de veículos que não disponham dos sistemas, componentes ou acessórios com que foram aprovados ou que utilizem sistemas, componentes ou acessórios não aprovados nos termos do n.º 3.

6 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 250 a € 1250, sendo ainda apreendido o veículo até que este seja aprovado em inspecção extraordinária.

Artigo 115. *Transformação de veículos.*

1 - Considera-se transformação de veículo qualquer alteração das suas características construtivas ou funcionais.

2 - A transformação de veículos a motor e seus reboques é autorizada nos termos fixados em regulamento.

3 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 250 a € 1250, se sanção mais grave não for aplicável, sendo ainda apreendido o veículo até que este seja aprovado em inspecção extraordinária.

CAPÍTULO III

Inspecções

Artigo 116. *Inspecções.*

1 - Os veículos a motor e os seus reboques podem ser sujeitos, nos termos fixados em regulamento, a inspecção para:

- a)** Aprovação do respectivo modelo;
- b)** Atribuição de matrícula;
- c)** Aprovação de alteração de características construtivas ou funcionais;
- d)** Verificação periódica das suas características e condições de segurança.
- e)** Verificação das características construtivas ou funcionais do veículo, após reparação em consequência de acidente;

f) Controlo aleatório de natureza técnica, na via pública, para verificação das respectivas condições de manutenção, nos termos de diploma próprio. ➡

2 - Pode determinar-se a sujeição dos veículos referidos no número anterior a inspecção extraordinária nos casos previstos no n.º 5 do artigo 114.º e ainda quando haja fundadas suspeitas sobre as suas condições de segurança ou dúvidas sobre a sua identificação, nomeadamente em consequência de alteração das características construtivas ou funcionais do veículo, ou de outras causas.

3 - A falta a qualquer das inspecções previstas nos números anteriores é sancionada com coima de € 250 a € 1250.

CAPÍTULO IV

Matrícula

Artigo 117. Obrigatoriedade de matrícula.

1 - Os veículos a motor e os seus reboques só são admitidos em circulação desde que matriculados, salvo o disposto nos n.os 2 e 3.

2 - Exceptuam-se do disposto no número anterior os veículos que se desloquem sobre carris e os reboques cujo peso bruto não exceda 300 kg.

3 - Os casos em que as máquinas agrícolas e industriais, os motocultivadores e os tractocarros estão sujeitos a matrícula são fixados em regulamento. ➡

4 - A matrícula do veículo deve ser requerida à autoridade competente pela pessoa, singular ou colectiva, que proceder à sua admissão, importação ou introdução no consumo em território nacional.

5 - Os veículos a motor e os reboques que devam ser apresentados a despacho nas alfândegas pelas entidades que se dediquem à sua admissão, importação, montagem ou fabrico podem delas sair com dispensa de matrícula, nas condições fixadas em diploma próprio.

6 - O processo de atribuição da matrícula, a composição do respectivo número, bem como as características da respectiva chapa e dispositivo electrónico de matrícula, são fixados nos termos previstos em regulamentos.

7 - A entidade competente deve organizar, nos termos fixados em regulamento, um registo nacional de matrículas.

8 - Quem puser em circulação veículo não matriculado nos termos dos números anteriores é sancionado com coima de € 600 a € 3000, salvo quando se tratar de ciclomotor ou veículo agrícola, casos em que a coima é de € 300 a € 1500. ➡

Artigo 118. Identificação do veículo. ➡

1 - Por cada veículo matriculado deve ser emitido um documento destinado a certificar a respectiva matrícula, donde constem as características que o permitam identificar.

2 - É titular do documento de identificação do veículo a pessoa, singular ou colectiva, em nome da qual o veículo for matriculado e que, na qualidade de proprietária ou a outro título jurídico, dele possa dispor, sendo responsável pela sua circulação.

3 - O adquirente ou a pessoa a favor de quem seja constituído direito que confira a titularidade do documento de identificação do veículo deve, no prazo de 30 dias a contar da aquisição ou constituição do direito, comunicar tal facto à autoridade competente para a matrícula.

4 - O vendedor ou a pessoa que, a qualquer título jurídico, transfira para outrem a titularidade de direito sobre o veículo deve comunicar tal facto à autoridade competente para a matrícula, nos termos e no prazo referidos no número anterior, identificando o

adquirente ou a pessoa a favor de quem seja constituído o direito. ➡

5 - No caso de alteração do nome ou da designação social, mudança de residência ou sede, deve o titular do documento de identificação do veículo comunicar essa alteração no prazo de 30 dias à autoridade competente, requerendo o respectivo averbamento.

6 - Quando o documento de identificação do veículo se extraviar ou se encontrar em estado de conservação que torne ininteligível qualquer indicação ou averbamento, o respectivo titular deve requerer, consoante os casos, o seu duplicado ou a sua substituição.

7 - Só a autoridade competente para a emissão do documento de identificação do veículo pode nele efectuar qualquer averbamento ou apor carimbo.

8 - Cada veículo matriculado deve estar provido de chapas com o respectivo número de matrícula, nos termos fixados em regulamento.

9 - Com excepção dos triciclos não autorizados a circular em auto-estradas ou vias equiparadas, dos ciclomotores, dos quadriciclos e das máquinas industriais e máquinas industriais rebocáveis, cada veículo matriculado deve estar também provido de um dispositivo electrónico de matrícula, a funcionar correctamente, cujo modelo e requisitos, designadamente técnicos, legais e de segurança, são fixados em regulamento.

10 - Quem infringir o disposto nos n.os 3, 4, 7, 8 e 9 e quem colocar em circulação veículo cujas características não confirmam com as mencionadas no documento que o identifica é sancionado com coima de € 120 a € 600, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal.

11 - Quem infringir o disposto nos n.os 5 e 6 é sancionado com coima de € 30 a € 150.

Artigo 119. Cancelamento da matrícula.

1 - A matrícula deve ser cancelada quando:

- a) O veículo fique inutilizado ou haja desaparecido;
- b) Ao veículo for atribuída uma nova matrícula;
- c) O veículo faltar à inspecção referida no n.º 2 do artigo 116.º, sem que a falta seja devidamente justificada.

2 - Considera-se inutilizado o veículo que tenha sofrido danos que impossibilitem definitivamente a sua circulação ou afectem gravemente as suas condições de segurança.

3 - Considera-se desaparecido o veículo cuja localização seja desconhecida há mais de seis meses.

4 - O cancelamento da matrícula deve ser requerido pelo proprietário, no prazo de 30 dias, quando o veículo fique inutilizado, bem como no caso referido na alínea b) do n.º 1.

5 - O cancelamento da matrícula pode ser requerido pelo proprietário quando:

- a) O veículo haja desaparecido;
- b) Pretender deixar de utilizar o veículo na via pública.

6 - Se o proprietário não for titular do documento de identificação do veículo, o cancelamento deve ser requerido, conjuntamente, pelo proprietário e pelo titular daquele documento.

7 - A matrícula pode ser cancelada oficiosamente em qualquer das situações previstas no n.º 1.

8 - Sempre que tenham qualquer intervenção em acto decorrente da inutilização ou desaparecimento de um veículo, as companhias de seguros são obrigadas a comunicar tal facto e a remeter o documento de identificação do veículo e o título de registo de propriedade às autoridades competentes.

9 - Sem prejuízo do disposto nos n.os 4 a 6, os tribunais, as entidades fiscalizadoras do

trânsito ou outras entidades públicas devem comunicar às autoridades competentes os casos de inutilização de veículos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções.

10 - A entidade competente pode autorizar que sejam repostas matrículas canceladas ou, em casos excepcionais fixados em regulamento, que sejam atribuídas novas matrículas a veículos já anteriormente matriculados em território nacional.

11 - Não podem ser repostas ou atribuídas novas matrículas a veículos quando o cancelamento da matrícula anterior tenha tido por fundamento a destruição do mesmo.

12 - Quando tiver lugar o cancelamento da matrícula de um veículo onde a instalação do dispositivo electrónico de matrícula seja obrigatória, o proprietário, ou quem o represente para o efeito, deve proceder à entrega daquele dispositivo nos serviços do IMTT, I. P., onde o processo de cancelamento da matrícula tiver lugar.

13 - Quem infringir o disposto nos n.ºs 4, 6 e 8 é sancionado com coima de € 60 a € 300, se sanção mais grave não for aplicável por força de outra disposição legal.

CAPÍTULO V

Regime especial

Artigo 120. Regime especial. ➡

O disposto no presente título não é aplicável ao equipamento militar circulante ou de intervenção de ordem pública afecto às forças militares ou de segurança.

TÍTULO V

Da habilitação legal para conduzir

CAPÍTULO I

Títulos de condução

Artigo 121. Princípios gerais. ➡

1 - Só pode conduzir um veículo a motor na via pública quem estiver legalmente habilitado para o efeito. ➡

2 - É permitida aos instruendos e examinandos a condução de veículos a motor, nos termos das disposições legais aplicáveis.

3 - A condução, nas vias públicas, do equipamento militar circulante ou de intervenção de ordem pública referido no artigo 120.º e dos veículos que se deslocam sobre carris rege-se por legislação especial.

Artigo 122. Títulos de condução. ➡

1 - O documento que titula a habilitação para conduzir automóveis, motociclos, triciclos e quadriciclos designa-se «carta de condução». ➡

2 - Designam-se «licenças de condução» os documentos que titulam a habilitação para conduzir:

a) Motociclos de cilindrada não superior a 50 cm³;

b) Ciclomotores;

c) Outros veículos a motor não referidos no número anterior, com excepção dos velocípedes com motor. ➡

3 - Os documentos previstos nos números anteriores são emitidos pela entidade

competente e válidos para as categorias ou subcategorias de veículos e períodos de tempo neles averbados, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

4 - A carta de condução emitida a favor de quem não se encontra já legalmente habilitado para conduzir qualquer das categorias ou subcategorias de veículos nela previstas tem carácter provisório e só se converte em definitiva se, durante os três primeiros anos do seu período de validade, não for instaurado ao respectivo titular procedimento pela prática de crime ou contra-ordenação a que corresponda proibição ou inibição de conduzir. ➡

5 - Se, durante o período referido no número anterior, for instaurado procedimento pela prática de crime ou contra-ordenação a que corresponda proibição ou inibição de conduzir, a carta de condução mantém o carácter provisório até que a respectiva decisão transite em julgado ou se torne definitiva. ➡

6 - Os veículos conduzidos por titulares de carta de condução com carácter provisório devem ostentar à retaguarda dístico de modelo a definir em regulamento.

7 - Os titulares de carta de condução válida apenas para as subcategorias A1 ou B1, quando obtenham habilitação em nova categoria, ficam sujeitos ao regime previsto no n.º 4 ainda que o título inicial tenha mais de três anos.

8 - O disposto nos n.os 4 e 5 não se aplica ao título emitido através de troca por documento equivalente que habilite a conduzir há mais de três anos, salvo se contra o respectivo titular estiver pendente procedimento nos termos do n.º 5. ➡

9 - Nos títulos de condução só pode ser feito qualquer averbamento ou aposto carimbo pela entidade competente para a sua emissão.

10 - A entidade competente para a emissão de títulos de condução deve organizar, nos termos fixados em regulamento, um registo nacional de condutores, donde constem todos os títulos emitidos, bem como a identidade e o domicílio dos respectivos titulares.

11 - Sempre que mudarem de domicílio, os condutores devem comunicá-lo, no prazo de 30 dias, à entidade competente para a emissão dos títulos de condução.

12 - Os titulares de título de condução emitido por outro Estado membro do Espaço Económico Europeu que fixem residência em Portugal devem, no prazo de 30 dias, comunicar ao serviço competente para a emissão das cartas de condução a sua residência em território nacional, para efeitos de actualização do registo de condutor.

13 - A revalidação, troca, substituição e a emissão de duplicado do título de condução dependem do prévio cumprimento das sanções aplicadas ao condutor.

14 - Quem infringir o disposto nos n.os 6, 9, 11 e 12 é sancionado com coima de € 60 a € 300, se sanção mais grave não for aplicável.

Artigo 123. Carta de condução. ➡

1 - A carta de condução habilita a conduzir uma ou mais das seguintes categorias de veículos:

A - motociclos de cilindrada superior a 50 cm³, com ou sem carro lateral;

B - automóveis ligeiros ou conjuntos de veículos compostos por automóvel ligeiro e reboque de peso bruto até 750 kg ou, sendo este superior, com peso bruto do conjunto não superior a 3500 kg, não podendo, neste caso, o peso bruto do reboque exceder a tara do veículo tractor;

B + E - conjuntos de veículos compostos por um automóvel ligeiro e reboque cujos valores excedam os previstos para a categoria B;

C - automóveis pesados de mercadorias, a que pode ser atrelado reboque de peso bruto até 750 kg;

C + E - conjuntos de veículos compostos por veículo tractor da categoria C e reboque

com peso bruto superior a 750 kg;

D - automóveis pesados de passageiros, a que pode ser atrelado reboque de peso bruto até 750 kg;

D + E - conjuntos de veículos compostos por veículo tractor da categoria D e reboque com peso bruto superior a 750 kg. ➡

2 - As categorias referidas no número anterior podem compreender subcategorias que habilitam à condução dos seguintes veículos:

A1 - motociclos de cilindrada não superior a 125 cm³ e de potência máxima até 11 kW;

B1 - triciclos e quadriciclos;

C1 - automóveis pesados de mercadorias cujo peso bruto não exceda 7500 kg, a que pode ser atrelado um reboque de peso bruto até 750 kg;

C1 + E - conjuntos de veículos compostos por veículo tractor da subcategoria C1 e reboque com peso bruto superior a 750 kg, desde que o peso bruto do conjunto não exceda 12000 kg e o peso bruto do reboque não exceda a tara do veículo tractor;

D1 - automóveis pesados de passageiros com lotação até 17 lugares sentados, incluindo o do condutor, a que pode ser atrelado um reboque de peso bruto até 750 kg;

D1 + E - conjuntos de veículos compostos por veículo tractor da subcategoria D1 e reboque com peso bruto superior a 750 kg, desde que, cumulativamente, o peso bruto do conjunto não exceda 12000 kg, o peso bruto do reboque não exceda a tara do veículo tractor e o reboque não seja utilizado para o transporte de pessoas.

3 - Os titulares de carta de condução válida para veículos da categoria A ou da subcategoria A1 consideram-se habilitados para a condução de:

a) Ciclomotores ou motociclos de cilindrada não superior a 50 cm³;

b) Triciclos.

4 - Os titulares de carta de condução válida para veículos da categoria B consideram-se também habilitados para a condução de:

a) Tractores agrícolas ou florestais simples ou com equipamentos montados desde que o peso máximo do conjunto não exceda 6000 kg;

b) Máquinas agrícolas ou florestais ligeiras, motocultivadores, tractocarros e máquinas industriais ligeiras;

c) Ciclomotores de três rodas, triciclos e quadriciclos.

d) Motociclos de cilindrada não superior a 125 cm³ e de potência máxima até 11 kW.

5 - Os titulares de carta de condução válida para veículos da categoria C consideram-se também habilitados para a condução de:

a) Veículos da categoria B;

b) Veículos referidos no número anterior;

c) Outros tractores agrícolas ou florestais com ou sem reboque, máquinas agrícolas ou florestais e industriais.

6 - Os titulares de carta de condução válida para veículos da categoria B + E consideram-se também habilitados para a condução de tractores agrícolas ou florestais com reboque ou com máquina agrícola ou florestal rebocada, desde que o peso bruto do conjunto não exceda 6000 kg.

7 - Os titulares de carta de condução válida para conjuntos de veículos das categorias C + E ou D + E consideram-se também habilitados para a condução de conjuntos de veículos da categoria B + E.

8 - Os titulares de carta de condução válida para a categoria C + E podem conduzir conjuntos de veículos da categoria D + E, desde que se encontrem habilitados para a categoria D.

9 - O disposto na alínea d) do n.º 4 do presente artigo aplica-se a todos os titulares de carta de condução válida para a categoria B que cumpram uma das seguintes condições:

a) Tenham idade igual ou superior a 25 anos;

b) Sejam titulares de habilitação legal válida para a condução de ciclomotores. ➡

10 - Os titulares de carta de condução válida para a condução de veículos da categoria B que tenham idade inferior a 25 anos e não sejam titulares de habilitação legal para a condução de ciclomotores estão sujeitos, para os efeitos da alínea d) do n.º 4 do presente artigo, à realização e aprovação em exame prático, sendo facultativa a instrução adicional em escola de condução.

11 - Sem prejuízo da exigência de habilitação específica, os condutores de veículos que se deslocam sobre carris ou de troleiros devem ser titulares de carta de condução válida para a categoria D.

12 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado com coima de € 500 a € 2500.

13 - Quem conduzir veículo de qualquer das categorias ou subcategorias referidas nos n.ºs 1 e 2 para a qual a respectiva carta de condução não confira habilitação é sancionado com coima de € 500 a € 2500.

14 - Quem, sendo titular de carta de condução válida para as categorias B ou B + E, conduzir veículo agrícola ou florestal ou máquina para o qual a categoria averbada não confira habilitação é sancionado com coima de € 120 a € 600.

Artigo 124. Licença de condução. ➡

1 - As licenças de condução a que se refere o n.º 2 do artigo 122.º são as seguintes:

a) De ciclomotores e de motociclos de cilindrada não superior a 50 cm³;

b) De veículos agrícolas. ➡

2 - A licença de condução referida na alínea a) do número anterior habilita a conduzir ambas as categorias de veículos nela averbadas.

3 - A licença de condução de veículos agrícolas habilita a conduzir uma ou mais das seguintes categorias de veículos:

I) Motocultivadores com reboque ou retrotrem e tractocarros de peso bruto não superior a 2500 kg;

II):

a) Tractores agrícolas ou florestais simples ou com equipamentos montados, desde que o peso bruto do conjunto não exceda 3500 kg;

b) Tractores agrícolas ou florestais com reboque ou máquina agrícola ou florestal rebocada, desde que o peso bruto do conjunto não exceda 6000 kg;

c) Máquinas agrícolas ou florestais ligeiras e tractocarros de peso bruto superior a 2500 kg;

III) Tractores agrícolas ou florestais com ou sem reboque e máquinas agrícolas pesadas. ➡

4 - Os titulares de licença de condução de veículos agrícolas válida para veículos da categoria I consideram-se habilitados para a condução de máquinas industriais com peso bruto não superior a 2500 kg.

5 - Os titulares de licença de condução de veículos agrícolas válida para veículos da categoria II consideram-se habilitados para a condução de veículos da categoria I.

6 - Os titulares de licença de condução de veículos agrícolas válida para veículos da categoria III consideram-se habilitados para a condução de veículos das categorias I e II.

7 - Quem, sendo titular de licença de condução de veículos agrícolas, conduzir veículo agrícola ou florestal de categoria para a qual a mesma licença não confira habilitação é sancionado com coima de € 120 a € 600. ➡

Artigo 125. Outros títulos. ➡

1 - Além dos títulos referidos nos artigos 123.º e 124.º, habilitam também à condução de veículos a motor:

- a)** Licenças especiais de condução;
- b)** Títulos de condução emitidos pelos serviços competentes da administração portuguesa do território de Macau;
- c)** Licenças de condução emitidas por outros Estados membros do espaço económico europeu;
- d)** Licenças de condução emitidas por Estado estrangeiro que o Estado Português se tenha obrigado a reconhecer, por convenção ou tratado internacional;
- e)** Licenças de condução emitidas por Estado estrangeiro, desde que este reconheça idêntica validade aos títulos nacionais;
- f)** Licenças internacionais de condução, desde que apresentadas com o título nacional que lhes deu origem. ➡

2 - As condições de emissão das licenças referidas na alínea a) do número anterior, bem como de autorizações especiais para conduzir, são fixadas em regulamento.

3 - O regulamento a que se refere o número anterior pode englobar disposições prevendo iniciativas pedagógicas dirigidas à condução de ciclomotores por condutores com idade não inferior a 14 anos.

4 - Os titulares das licenças referidas nas alíneas d), e) e f) do n.º 1 não estão autorizados a conduzir veículos a motor se residirem em Portugal há mais de 185 dias.

5 - Os titulares das licenças referidas no n.º 1 apenas estão autorizados ao exercício da condução se possuírem a idade mínima exigida para a respectiva habilitação, nos termos deste Código.

6 - A condução de veículos afectos a determinados transportes ou serviços pode ainda depender, nos termos fixados em legislação própria, da titularidade do correspondente documento de aptidão ou licenciamento profissional.

7 - Quem infringir o disposto nos n.os 4 e 5 é sancionado com coima de € 300 a € 1500.

CAPÍTULO II

Requisitos

Artigo 126. Requisitos para a obtenção de títulos de condução. ➡

1 - Pode obter título de condução quem satisfaça cumulativamente os seguintes requisitos:

- a)** Possua a idade mínima de acordo com a categoria a que pretenda habilitar-se;
- b)** Tenha a necessária aptidão física, mental e psicológica;
- c)** Tenha residência em território nacional;

- d) Não esteja a cumprir proibição ou inibição de conduzir ou medida de segurança de interdição de concessão de carta de condução;
- e) Tenha sido aprovado no respectivo exame de condução;
- f) Saiba ler e escrever. ➡ 

2 - Para obtenção de carta de condução são necessárias as seguintes idades mínimas, de acordo com a habilitação pretendida:

- a) Subcategorias A1 e B1 - 16 anos;
- b) Categorias A, B e B + E - 18 anos;
- c) Categorias C e C + E e subcategorias C1 e C1 + E - 21 anos ou 18 anos desde que, neste caso, possua certificado de aptidão profissional comprovativo da frequência, com aproveitamento, de um curso de formação de condutores de transportes rodoviários de mercadorias efectuado nos termos fixados em regulamento;
- d) Categorias D e D + E e subcategorias D1 e D1 + E - 21 anos.

3 - Para obtenção de licença de condução são necessárias as seguintes idades mínimas, de acordo com a habilitação pretendida:

- a) Ciclomotores - 16 anos;
- b) Motociclos de cilindrada não superior a 50 cm³ - 16 anos;
- c) Veículos agrícolas da categoria I - 16 anos;
- d) Veículos agrícolas das categorias II e III - 18 anos.

4 - Só pode ser habilitado para a condução de veículos das categorias C e D e das subcategorias C1 e D1 quem possuir habilitação para conduzir veículos da categoria B.

5 - Só pode ser habilitado para a condução de veículos das categorias B + E, C + E e D + E quem possuir habilitação para conduzir veículos das categorias B, C e D, respectivamente, e das subcategorias C1 + E e D1 + E quem possuir habilitação para conduzir veículos das subcategorias C1 e D1, respectivamente.

6 - A obtenção de título de condução por pessoa com idade inferior a 18 anos depende, ainda, de autorização escrita de quem sobre ela exerça o poder paternal.

7 - São fixados em regulamento:

- a) Os requisitos mínimos de aptidão física, mental e psicológica para o exercício da condução e os modos da sua comprovação;
- b) As provas constitutivas dos exames de condução;
- c) Os prazos de validade dos títulos de condução de acordo com a idade dos seus titulares e a forma da sua revalidação.

Artigo 127. Restrições ao exercício da condução.

1 - Só podem conduzir automóveis das categorias D e D + E, das subcategorias D1 e D1 + E e ainda da categoria C + E cujo peso bruto exceda 20000 kg os condutores até aos 65 anos de idade.

2 - Só pode conduzir motociclos de potência superior a 25 kW e com uma relação potência/peso superior a 0,16 kW/kg, ou, se tiver carro lateral, com uma relação potência/peso superior a 0,16 kW/kg, quem:

- a) Esteja habilitado, há pelo menos dois anos, a conduzir veículos da categoria A, descontado o tempo em que tenha estado proibido ou inibido de conduzir; ou
- b) Seja maior de 21 anos e tenha sido aprovado em prova prática realizada em motociclo sem carro lateral e de potência igual ou superior a 35 kW.

3 - Podem ser impostas aos condutores, em resultado de exame médico ou psicológico, restrições ao exercício da condução, prazos especiais para revalidação dos títulos ou adaptações específicas ao veículo que conduzam, as quais devem ser sempre mencionadas no respectivo título, bem como adequada simbologia no veículo, a definir em regulamento.

4 - Quem conduzir veículo sem observar as restrições que lhe tenham sido impostas é sancionado com coima de € 120 a € 600, se sanção mais grave não for aplicável.

5 - Quem conduzir veículo sem as adaptações específicas que tenham sido impostas nos termos do n.º 3 é sancionado com coima de € 120 a € 600.

6 - Quem infringir o disposto nos n.os 1 e 2 é sancionado com coima de € 250 a € 1250.

CAPÍTULO III

Troca de título

Artigo 128. Troca de títulos de condução.

1 - Podem ainda obter título de condução com dispensa do respectivo exame e mediante entrega de título válido que possuam e comprovação dos requisitos fixados nas alíneas a) a d) do n.º 1 do artigo 126.º:

a) Os titulares de licenças de condução referidas nas alíneas b), c) e d) do n.º 1 do artigo 125.º;

b) Os titulares de licenças de condução emitidas por outros Estados com os quais exista acordo bilateral de equivalência e troca de títulos;

c) Os titulares de licenças de condução emitidas por outros Estados, desde que comprovem que aquelas foram obtidas mediante aprovação em exame com grau de exigência pelo menos idêntico ao previsto na legislação portuguesa. ➡

2 - É trocada por idêntico título nacional a licença de condução emitida por outro Estado membro do espaço económico europeu que tenha sido apreendida para cumprimento de proibição ou inibição de conduzir ou em que seja necessário proceder a qualquer averbamento.

3 - As licenças de condução referidas nas alíneas c) e d) do n.º 1 do artigo 125.º não são trocadas quando delas constar que foram já obtidas por troca por idêntico título emitido pelas autoridades de Estado não membro do espaço económico europeu.

CAPÍTULO IV

Novos exames e caducidade

Artigo 129. Novos exames.

1 - Surgindo fundadas dúvidas sobre a aptidão física, mental ou psicológica ou sobre a capacidade de um condutor ou candidato a condutor para exercer a condução com segurança, a autoridade competente determina que aquele seja submetido, singular ou cumulativamente, a inspecção médica, a exame psicológico e a novo exame de condução ou a qualquer das suas provas. ➡

2 - Constitui, nomeadamente, motivo para dúvidas sobre a aptidão psicológica ou capacidade de um condutor para exercer a condução com segurança a circulação em sentido oposto ao legalmente estabelecido em auto-estradas ou vias equiparadas, bem como a dependência ou a tendência para abusar de bebidas alcoólicas ou de substâncias psicotrópicas.

3 - O estado de dependência de álcool ou de substâncias psicotrópicas é determinado por exame médico, que pode ser ordenado em caso de condução sob a influência de quaisquer daquelas bebidas ou substâncias. ➡

4 - Revela a tendência para abusar de bebidas alcoólicas ou de substâncias psicotrópicas a prática num período de três anos, de duas infracções criminais ou contra-ordenacionais muito graves, de condução sob a influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas.

5 - Quando o tribunal conheça de infracção a que corresponda proibição ou inibição de conduzir e haja fundadas razões para presumir que ela tenha resultado de inaptidão ou incapacidade perigosas para a segurança de pessoas e bens, deve determinar a submissão do condutor a inspecção médica e aos exames referidos no n.º 1.

6 - Não sendo possível comprovar o requisito previsto na alínea c) do n.º 1 do artigo 128.º, ou quando a autoridade competente para proceder à troca de título tiver fundadas dúvidas sobre a sua autenticidade, pode aquela troca ser condicionada à aprovação em novo exame de condução, ou a qualquer uma das suas provas. ➡

Artigo 130. Caducidade do título de condução.

1 - O título de condução caduca quando:

a) Sendo provisório nos termos dos n.os 4 e 5 do artigo 122.º, o seu titular tenha sido condenado pela prática de um crime rodoviário, de uma contra-ordenação muito grave ou de duas contra-ordenações graves;

b) For cassado, nos termos do artigo 148.º ➡

2 - O título de condução caduca ainda quando:

a) Não for revalidado nos termos fixados em regulamento, apenas no que se refere às categorias ou subcategorias abrangidas pela necessidade de revalidação;

b) O seu titular reprovar na inspecção médica exigida para a revalidação do título ou em exame psicológico determinado por autoridade de saúde;

c) O seu titular não se submeter ou reprovar em qualquer dos exames a que se referem os n.os 1 e 3 do artigo anterior.

3 - A revalidação do título de condução ou a obtenção de novo título depende de aprovação em exame especial, cujo conteúdo e características são fixados em regulamento, quando o título de condução tenha caducado:

a) Nos termos do n.º 1;

b) Nos termos da alínea a) do n.º 2, quando a caducidade se tiver verificado há pelo menos dois anos, salvo se os respectivos titulares demonstrarem ter sido titulares de documento idêntico e válido durante esse período;

c) Nos termos da alínea b) do n.º 2;

d) Nos termos da alínea c) do n.º 2, por motivo de falta ou reprovação a exame médico ou psicológico quando tenham decorrido mais de dois anos sobre a determinação de submissão àqueles exames. ➡

4 - Ao novo título emitido nos termos da alínea a) do número anterior é aplicável o regime previsto nos n.os 4 e 5 do artigo 122.º ➡

5 - Os titulares de título de condução caducado nos termos do n.º 1 e das alíneas b) e c) do n.º 2 consideram-se, para todos os efeitos legais, não habilitados a conduzir os veículos para que aquele título foi emitido. ➡

6 - Salvo o disposto no número seguinte, os titulares de título de condução caducado nos termos da alínea a) do n.º 2 consideram-se, para todos os efeitos legais, não habilitados a conduzir os veículos para que aquele título foi emitido, apenas no que se refere às categorias ou subcategorias abrangidas pela necessidade de revalidação.

7 - Quem conduzir veículo com título não revalidado nos termos da alínea a) do n.º 2,

antes do decurso do prazo referido na alínea b) do n.º 3, é sancionado com coima de € 120 a € 600.

TÍTULO VI **Da responsabilidade**

CAPÍTULO I **Disposições gerais**

Artigo 131. Âmbito. ➡

Constitui contra-ordenação rodoviária todo o facto ilícito e censurável que preencha um tipo legal correspondente à violação de norma do Código da Estrada ou de legislação complementar e legislação especial cuja aplicação esteja cometida à Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, e para o qual se comine uma coima.

Artigo 132. Regime. ➡

As contra-ordenações rodoviárias são reguladas pelo disposto no presente diploma, pela legislação rodoviária complementar ou especial que as preveja e, subsidiariamente, pelo regime geral das contra-ordenações (JusNet 39/1982).

Artigo 133. Punibilidade da negligência. ➡

Nas contra-ordenações rodoviárias a negligência é sempre sancionada.

Artigo 134. Concurso de infracções. ➡

1 - Se o mesmo facto constituir simultaneamente crime e contra-ordenação, o agente é punido sempre a título de crime, sem prejuízo da aplicação da sanção acessória prevista para a contra-ordenação. ➡

2 - A aplicação da sanção acessória, nos termos do número anterior, cabe ao tribunal competente para o julgamento do crime. ➡

3 - As sanções aplicadas às contra-ordenações em concurso são sempre cumuladas materialmente. ➡

Artigo 135. Responsabilidade pelas infracções. ➡

1 - São responsáveis pelas contra-ordenações rodoviárias os agentes que pratiquem os factos constitutivos das mesmas, designados em cada diploma legal, sem prejuízo das excepções e presunções expressamente previstas naqueles diplomas. ➡

2 - As pessoas colectivas ou equiparadas são responsáveis nos termos da lei geral. ➡

3 - A responsabilidade pelas infracções previstas no Código da Estrada e legislação complementar recai no:

a) Condutor do veículo, relativamente às infracções que respeitem ao exercício da condução;

b) Titular do documento de identificação do veículo relativamente às infracções que respeitem às condições de admissão do veículo ao trânsito nas vias públicas, bem como pelas infracções referidas na alínea anterior quando não for possível identificar o condutor;

c) Peão, relativamente às infracções que respeitem ao trânsito de peões. ➡

4 - Se o titular do documento de identificação do veículo provar que o condutor o utilizou abusivamente ou infringiu as ordens, as instruções ou os termos da autorização concedida, cessa a sua responsabilidade, sendo responsável, neste caso, o condutor. ➡

5 - Os instrutores são responsáveis pelas infracções cometidas pelos instruendos, desde que não resultem de desobediência às indicações da instrução.

6 - Os examinandos respondem pelas infracções cometidas durante o exame.

7 - São também responsáveis pelas infracções previstas no Código da Estrada e legislação complementar:

a) Os comitentes que exijam dos condutores um esforço inadequado à prática segura da condução ou os sujeitem a horário incompatível com a necessidade de repouso, quando as infracções sejam consequência do estado de fadiga do condutor;

b) Os pais ou tutores que conheçam a inabilidade ou a imprudência dos seus filhos menores ou dos seus tutelados e não obstem, podendo, a que eles pratiquem a condução;

c) Os pais ou tutores de menores habilitados com licença especial de condução emitida nos termos do n.º 2 do artigo 125.º;

d) Os condutores de veículos que transportem passageiros menores ou inimputáveis e permitam que estes não façam uso dos acessórios de segurança obrigatórios;

e) Os que facultem a utilização de veículos a pessoas que não estejam devidamente habilitadas para conduzir, que estejam sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas, ou que se encontrem sujeitos a qualquer outra forma de redução das faculdades físicas ou psíquicas necessárias ao exercício da condução.

8 - O titular do documento de identificação do veículo responde subsidiariamente pelo pagamento das coimas e das custas que forem devidas pelo autor da contra-ordenação, sem prejuízo do direito de regresso contra este, salvo quando haja utilização abusiva do veículo.

Artigo 136. Classificação das contra-ordenações rodoviárias. ➡

1 - As contra-ordenações rodoviárias, nomeadamente as previstas no Código da Estrada e legislação complementar, classificam-se em leves, graves e muito graves, nos termos dos respectivos diplomas legais. ➡

2 - São contra-ordenações leves as sancionáveis apenas com coima. ➡

3 - São contra-ordenações graves ou muito graves as que forem sancionáveis com coima e com sanção acessória. ➡

Artigo 137. Coima. ➡

As coimas aplicadas por contra-ordenações rodoviárias não estão sujeitas a qualquer adicional e do seu produto não pode atribuir-se qualquer percentagem aos agentes autuantes.

Artigo 138. Sanção acessória. ➡

1 - As contra-ordenações graves e muito graves são sancionáveis com coima e com sanção acessória. ➡

2 - Quem praticar qualquer acto estando inibido ou proibido de o fazer por sentença transitada em julgado ou decisão administrativa definitiva que aplique uma sanção acessória é punido por crime de desobediência qualificada. ➡

3 - A duração mínima e máxima das sanções acessórias aplicáveis a outras contra-ordenações rodoviárias é fixada nos diplomas que as prevêm.

4 - As sanções acessórias são cumpridas em dias seguidos. ➡

Artigo 139. Determinação da medida da sanção. ➡

1 - A medida e o regime de execução da sanção determinam-se em função da gravidade da contra - ordenação e da culpa, tendo ainda em conta os antecedentes do infractor relativamente ao diploma legal infringido ou aos seus regulamentos. ➡

2 - Quanto à fixação do montante da coima, seu pagamento em prestações e fixação da caução de boa conduta, além das circunstâncias referidas no número anterior deve ainda ser tida em conta a situação económica do infractor, quando for conhecida. ➡

3 - Quando a contra-ordenação for praticada no exercício da condução, além dos critérios referidos no número anterior, deve atender-se, como circunstância agravante, aos especiais deveres de cuidado que recaem sobre o condutor, designadamente quando este conduza veículos de socorro ou de serviço urgente, de transporte colectivo de crianças, táxis, pesados de passageiros ou de mercadorias, ou de transporte de mercadorias perigosas. ➡

Artigo 140. Atenuação especial da sanção acessória. ➡

Os limites mínimo e máximo da sanção acessória cominada para as contra-ordenações muito graves podem ser reduzidos para metade tendo em conta as circunstâncias da infracção, se o infractor não tiver praticado, nos últimos cinco anos, qualquer contra-ordenação grave ou muito grave ou facto sancionado com proibição ou inibição de conduzir e na condição de se encontrar paga a coima.

Artigo 141. Suspensão da execução da sanção acessória. ➡

1 - Pode ser suspensa a execução da sanção acessória aplicada a contra-ordenações graves no caso de se verificarem os pressupostos de que a lei penal geral faz depender a suspensão da execução das penas, desde que se encontre paga a coima, nas condições previstas nos números seguintes. ➡

2 - Se o infractor não tiver sido condenado, nos últimos cinco anos, pela prática de crime rodoviário ou de qualquer contra-ordenação grave ou muito grave, a suspensão pode ser determinada pelo período de seis meses a um ano. ➡

3 - A suspensão pode ainda ser determinada, pelo período de um a dois anos, se o infractor, nos últimos cinco anos, tiver praticado apenas uma contra-ordenação grave, devendo, neste caso, ser condicionada, singular ou cumulativamente:

- a) À prestação de caução de boa conduta;
- b) Ao cumprimento do dever de frequência de acções de formação, quando se trate de sanção acessória de inibição de conduzir;
- c) Ao cumprimento de deveres específicos previstos noutros diplomas legais. ➡

4 - A caução de boa conduta é fixada entre € 500 e € 5000, tendo em conta a duração da sanção acessória aplicada e a situação económica do infractor. ➡

5 - Os encargos decorrentes da frequência de acções de formação são suportados pelo infractor. ➡

6 - A imposição do dever de frequência de acção de formação deve ter em conta a

personalidade e as aptidões profissionais do infractor, não podendo prejudicar o exercício normal da sua actividade profissional nem representar obrigações cujo cumprimento não lhe seja razoavelmente exigível. ➡

Artigo 142. *Revogação da suspensão da execução da sanção acessória.* ➡

1 - A suspensão da execução da sanção acessória é sempre revogada se, durante o respectivo período:

a) O infractor, no caso de inibição de conduzir, cometer contra-ordenação grave ou muito grave, praticar factos sancionados com proibição ou inibição de conduzir, não cumprir os deveres impostos nos termos do n.º 3 do artigo anterior ou for ordenada a cassação do título de condução;

b) O infractor, tratando-se de outra sanção acessória, cometer nova contra-ordenação ao mesmo diploma legal ou seus regulamentos, também cominada com sanção acessória. ➡

2 - A revogação determina o cumprimento da sanção cuja execução estava suspensa e a quebra da caução, que reverte a favor da entidade que tiver determinado a suspensão. ➡

Artigo 143. *Reincidência.* ➡

1 - É sancionado como reincidente o infractor que cometa contra-ordenação cominada com sanção acessória, depois de ter sido condenado por outra contra-ordenação ao mesmo diploma legal ou seus regulamentos, praticada há menos de cinco anos e também sancionada com sanção acessória. ➡

2 - No prazo previsto no número anterior não é contado o tempo durante o qual o infractor cumpriu a sanção acessória ou a proibição de conduzir, ou foi sujeito à interdição de concessão de título de condução. ➡

3 - No caso de reincidência, os limites mínimos de duração da sanção acessória previstos para a respectiva contra-ordenação são elevados para o dobro. ➡

Artigo 144. *Registo de infracções.* ➡

1 - O registo de infracções é efectuado e organizado nos termos e para os efeitos estabelecidos nos diplomas legais onde se prevêm as respectivas contra-ordenações. ➡

2 - Do registo referido no número anterior devem constar as contra-ordenações graves e muito graves praticadas e respectivas sanções. ➡

3 - O infractor tem acesso ao seu registo, sempre que o solicite, nos termos legais. ➡

4 - Aos processos em que deva ser apreciada a responsabilidade de qualquer infractor é sempre junta uma cópia dos assentamentos que lhe dizem respeito.

CAPÍTULO II

Disposições especiais

Artigo 145. *Contra-ordenações graves.* ➡

1 - No exercício da condução, consideram-se graves as seguintes contra-ordenações:

a) O trânsito de veículos em sentido oposto ao estabelecido;

- b)** O excesso de velocidade praticado fora das localidades superior a 30 km/h sobre os limites legalmente impostos, quando praticado pelo condutor de motociclo ou de automóvel ligeiro, ou superior a 20 km/h, quando praticado por condutor de outro veículo a motor;
- c)** O excesso de velocidade praticado dentro das localidades superior a 20 km/h sobre os limites legalmente impostos, quando praticado pelo condutor de motociclo ou de automóvel ligeiro, ou superior a 10 km/h, quando praticado por condutor de outro veículo a motor;
- d)** O excesso de velocidade superior a 20 km/h sobre os limites de velocidade estabelecidos para o condutor ou especialmente fixados para o veículo, sem prejuízo do estabelecido nas alíneas b) ou c);
- e)** O trânsito com velocidade excessiva para as características do veículo ou da via, para as condições atmosféricas ou de circulação, ou nos casos em que a velocidade deva ser especialmente moderada;
- f)** O desrespeito das regras e sinais relativos a distância entre veículos, cedência de passagem, ultrapassagem, mudança de direcção ou de via de trânsito, inversão do sentido de marcha, início de marcha, posição de marcha, marcha atrás e atravessamento de passagem de nível;
- g)** A paragem ou o estacionamento nas bermas das auto-estradas ou vias equiparadas;
- h)** O desrespeito das regras de trânsito de automóveis pesados e de conjuntos de veículos, em auto - estradas ou vias equiparadas;
- i)** A não cedência de passagem aos peões pelo condutor que mudou de direcção dentro das localidades, bem como o desrespeito pelo trânsito dos mesmos nas passagens para o efeito assinaladas;
- j)** O trânsito de veículos sem utilização das luzes referidas no n.º 1 do artigo 61.º, nas condições previstas no mesmo número, bem como o trânsito de motociclos e de ciclomotores sem utilização das luzes de cruzamento;
- l)** A condução sob influência de álcool, quando a taxa de álcool no sangue for igual ou superior a 0,5 g/l e inferior a 0,8 g/l;
- m)** A não utilização do sinal de pré-sinalização de perigo e das luzes avisadoras de perigo;
- n)** A utilização, durante a marcha do veículo, de auscultadores sonoros e de aparelhos radiotelefónicos, salvo nas condições previstas no n.º 2 do artigo 84.º;
- o)** A paragem e o estacionamento nas passagens assinaladas para a travessia de peões;
- p)** O transporte de passageiros menores ou inimputáveis sem que estes façam uso dos acessórios de segurança obrigatórios. ➡

2 - Considera-se igualmente grave a circulação de veículo sem seguro de responsabilidade civil, caso em que é aplicável o disposto na alínea b) do n.º 3 do artigo 135.º, com os efeitos previstos e equiparados nos n.os 2 e 3 do artigo 147.º ➡

Artigo 146. *Contra-ordenações muito graves.* ➡ ➡

No exercício da condução, consideram-se muito graves as seguintes contra-ordenações:

- a)** A paragem ou o estacionamento nas faixas de rodagem, fora das localidades, a menos de 50 m dos cruzamentos e entroncamentos, curvas ou lombas de visibilidade insuficiente e, ainda, a paragem ou o estacionamento nas faixas de rodagem das auto-estradas ou vias equiparadas; ➡
- b)** O estacionamento, de noite, nas faixas de rodagem, fora das localidades; ➡

- c) A não utilização do sinal de pré-sinalização de perigo, bem como a falta de sinalização de veículo imobilizado por avaria ou acidente, em auto-estradas ou vias equiparadas; ➡
- d) A utilização dos máximos de modo a provocar encandeamento; ➡
- e) A entrada ou saída das auto-estradas ou vias equiparadas por locais diferentes dos acessos a esses fins destinados; ➡
- f) A utilização, em auto-estradas ou vias equiparadas, dos separadores de trânsito ou de aberturas eventualmente neles existentes, bem como o trânsito nas bermas; ➡
- g) As infracções previstas na alínea a) do artigo anterior quando praticadas em auto-estradas, vias equiparadas e vias com mais de uma via de trânsito em cada sentido;
- h) As infracções previstas nas alíneas f) e j) do artigo anterior quando praticadas nas auto-estradas ou vias equiparadas; ➡
- i) A infracção prevista na alínea b) do artigo anterior, quando o excesso de velocidade for superior a 60 km/h ou a 40 km/h, respectivamente, bem como a infracção prevista na alínea c) do mesmo artigo, quando o excesso de velocidade for superior a 40 km/h ou a 20 km/h, respectivamente, e a infracção prevista na alínea d), quando o excesso de velocidade for superior a 40 km/h; ➡
- j) A infracção prevista na alínea l) do artigo anterior, quando a taxa de álcool no sangue for igual ou superior a 0,8 g/l e inferior a 1,2 g/l ou quando o condutor for considerado influenciado pelo álcool em relatório médico; ➡
- l) O desrespeito da obrigação de parar imposta por sinal regulamentar dos agentes fiscalizadores ou reguladores do trânsito ou pela luz vermelha de regulação do trânsito; ➡
- m) A condução sob influência de substâncias psicotrópicas; ➡
- n) O desrespeito pelo sinal de paragem obrigatória nos cruzamentos, entroncamentos e rotundas; ➡
- o) A transposição ou a circulação em desrespeito de uma linha longitudinal contínua delimitadora de sentidos de trânsito ou de uma linha mista com o mesmo significado; ➡
- p) A condução de veículo de categoria ou subcategoria para a qual a carta de condução de que o infractor é titular não confere habilitação; ➡
- q) O abandono pelo condutor do local do acidente nas circunstâncias referidas no n.º 2 do artigo 89.º

Artigo 147. Inibição de conduzir. ➡

1 - A sanção acessória aplicável aos condutores pela prática de contra-ordenações graves ou muito graves previstas no Código da Estrada e legislação complementar consiste na inibição de conduzir. ➡

2 - A sanção de inibição de conduzir tem a duração mínima de um mês e máxima de um ano, ou mínima de dois meses e máxima de dois anos, consoante seja aplicável às contra-ordenações graves ou muito graves, respectivamente, e refere-se a todos os veículos a motor. ➡

3 - Se a responsabilidade for imputada a pessoa singular não habilitada com título de condução ou a pessoa colectiva, a sanção de inibição de conduzir é substituída por apreensão do veículo por período idêntico de tempo que àquela caberia. ➡

Artigo 148. Cassação do título de condução. ➡

1 - A prática de três contra-ordenações muito graves ou de cinco contra-ordenações entre graves ou muito graves num período de cinco anos tem como efeito necessário a cassação do título de condução do infractor. ➡

2 - A cassação do título a que se refere o número anterior é ordenada logo que as condenações pelas contra-ordenações sejam definitivas, organizando-se processo autónomo para verificação dos pressupostos da cassação. ➡

3 - A quem tenha sido cassado o título de condução não é concedido novo título de condução de veículos a motor de qualquer categoria antes de decorridos dois anos sobre a efectivação da cassação. ➡

4 - A efectivação da cassação do título de condução ocorre com a notificação da cassação.

5 - A decisão de cassação do título de condução é impugnável para os tribunais judiciais nos termos do regime geral das contra-ordenações.

Artigo 149. Registo de infracções do condutor. ➡

Do registo de infracções relativas ao exercício da condução, organizado nos termos de diploma próprio, devem constar:

- a) Os crimes praticados no exercício da condução de veículos a motor e respectivas penas e medidas de segurança;
- b) As contra-ordenações graves e muito graves praticadas e respectivas sanções.

CAPÍTULO III

Garantia da responsabilidade civil

Artigo 150. Obrigação de seguro. ➡

1 - Os veículos a motor e seus reboques só podem transitar na via pública desde que seja efectuado, nos termos de legislação especial, seguro da responsabilidade civil que possa resultar da sua utilização. ➡

2 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de € 500 a € 2500, se o veículo for um motociclo ou um automóvel, ou de € 250 a € 1250, se for outro veículo a motor.

Artigo 151. Seguro de provas desportivas. ➡

A autorização para realização, na via pública, de provas desportivas de veículos a motor e dos respectivos treinos oficiais depende da efectivação, pelo organizador, de um seguro que cubra a sua responsabilidade civil, bem como a dos proprietários ou detentores dos veículos e dos participantes, decorrente dos danos resultantes de acidentes provocados por esses veículos.

TÍTULO VII

Procedimentos de fiscalização

CAPÍTULO I

Procedimento para a fiscalização da condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas

Artigo 152. *Princípios gerais.*

1 - Devem submeter-se às provas estabelecidas para a detecção dos estados de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas:

- a) Os condutores;
- b) Os peões, sempre que sejam intervenientes em acidentes de trânsito;
- c) As pessoas que se propuserem iniciar a condução.

2 - Quem praticar actos susceptíveis de falsear os resultados dos exames a que seja sujeito não pode prevalecer-se daqueles para efeitos de prova.

3 - As pessoas referidas nas alíneas a) e b) do n.º 1 que recusem submeter-se às provas estabelecidas para a detecção do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas são punidas por crime de desobediência.

4 - As pessoas referidas na alínea c) do n.º 1 que recusem submeter-se às provas estabelecidas para a detecção do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas são impedidas de iniciar a condução.

5 - O médico ou paramédico que, sem justa causa, se recusar a proceder às diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas é punido por crime de desobediência.

Artigo 153. *Fiscalização da condução sob influência de álcool.*

1 - O exame de pesquisa de álcool no ar expirado é realizado por autoridade ou agente de autoridade mediante a utilização de aparelho aprovado para o efeito.

2 - Se o resultado do exame previsto no número anterior for positivo, a autoridade ou o agente de autoridade deve notificar o examinando, por escrito, ou, se tal não for possível, verbalmente, daquele resultado, das sanções legais dele decorrentes, de que pode, de imediato, requerer a realização de contraprova e de que deve suportar todas as despesas originadas por esta contraprova no caso de resultado positivo.

3 - A contraprova referida no número anterior deve ser realizada por um dos seguintes meios, de acordo com a vontade do examinando:

- a) Novo exame, a efectuar através de aparelho aprovado;
- b) Análise de sangue.

4 - No caso de opção pelo novo exame previsto na alínea a) do número anterior, o examinando deve ser, de imediato, a ele sujeito e, se necessário, conduzido a local onde o referido exame possa ser efectuado.

5 - Se o examinando preferir a realização de uma análise de sangue, deve ser conduzido, o mais rapidamente possível, a estabelecimento oficial de saúde, a fim de ser colhida a quantidade de sangue necessária para o efeito.

6 - O resultado da contraprova prevalece sobre o resultado do exame inicial.

7 - Quando se suspeite da utilização de meios susceptíveis de alterar momentaneamente o resultado do exame, pode a autoridade ou o agente de autoridade mandar submeter o suspeito a exame médico.

8 - Se não for possível a realização de prova por pesquisa de álcool no ar expirado, o examinando deve ser submetido a colheita de sangue para análise ou, se esta não for possível por razões médicas, deve ser realizado exame médico, em estabelecimento oficial de saúde, para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool. ➡

Artigo 154. Impedimento de conduzir. ➡

1 - Quem apresentar resultado positivo no exame previsto no n.º 1 do artigo anterior ou recusar ou não puder submeter-se a tal exame, fica impedido de conduzir pelo período de doze horas, a menos que comprove, antes de decorrido esse período, que não está influenciado pelo álcool, através de exame por si requerido. ➡

2 - Quem conduzir com inobservância do impedimento referido no número anterior é punido por crime de desobediência qualificada. ➡

3 - O agente de autoridade notifica o condutor ou a pessoa que se propuser iniciar a condução nas circunstâncias previstas no n.º 1 de que fica impedido de conduzir durante o período estabelecido no mesmo número, sob pena de crime de desobediência qualificada.

4 - As despesas originadas pelo exame a que se refere a parte final do n.º 1 são suportadas pelo examinando, salvo se resultarem de contraprova com resultado negativo requerida ao abrigo do n.º 2 do artigo anterior. ➡

Artigo 155. Imobilização do veículo. ➡

1 - Para garantir o cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo anterior deve o veículo ser imobilizado ou removido para parque ou local apropriado, providenciando-se, sempre que tal se mostre indispensável, o encaminhamento dos ocupantes do veículo. ➡

2 - Todas as despesas originadas pelos procedimentos previstos no número anterior são suportadas pelo condutor. ➡

3 - Não há lugar à imobilização ou remoção do veículo se outro condutor, com consentimento do que ficar impedido, ou do proprietário do veículo, se propuser conduzi-lo e apresentar resultado negativo em teste de pesquisa de álcool. ➡

4 - No caso previsto no número anterior, o condutor substituto deve ser notificado de que fica responsável pela observância do impedimento referido no artigo anterior, sob pena de crime de desobediência qualificada.

Artigo 156. Exames em caso de acidente. ➡

1 - Os condutores e os peões que intervenham em acidente de trânsito devem, sempre que o seu estado de saúde o permitir, ser submetidos a exame de pesquisa de álcool no ar expirado, nos termos do artigo 153.º ➡

2 - Quando não tiver sido possível a realização do exame referido no número anterior, o médico do estabelecimento oficial de saúde a que os intervenientes no acidente sejam conduzidos deve proceder à colheita da amostra de sangue para posterior exame de diagnóstico do estado de influenciado pelo álcool. ➡

3 - Se o exame de pesquisa de álcool no sangue não puder ser feito, deve proceder-se a exame médico para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool. ➡

4 - Os condutores e peões mortos devem também ser submetidos ao exame previsto no n.º 2. ➡

Artigo 157. Fiscalização da condução sob influência de substâncias psicotrópicas.

1 - Os condutores e as pessoas que se propuserem iniciar a condução devem ser submetidos aos exames legalmente estabelecidos para detecção de substâncias psicotrópicas, quando haja indícios de que se encontram sob influência destas substâncias.

2 - Os condutores e os peões que intervenham em acidente de trânsito de que resultem mortos ou feridos graves devem ser submetidos aos exames referidos no número anterior. 

3 - A autoridade ou o agente de autoridade notifica:

a) Os condutores e os peões de que devem, sob pena de crime de desobediência, submeter-se aos exames de rastreio e se necessário de confirmação, para avaliação do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas;

b) Os condutores, caso o exame de rastreio seja positivo, de que ficam impedidos de conduzir pelo período de quarenta e oito horas, salvo se, antes de decorrido aquele período, apresentarem resultado negativo em novo exame de rastreio;

c) As pessoas que se propuserem iniciar a condução nas circunstâncias previstas no n.º 1 e que apresentem resultado positivo em exame de rastreio de que ficam impedidas de conduzir pelo período de quarenta e oito horas, salvo se, antes de decorrido aquele período, se submeterem a novo exame de rastreio que apresente resultado negativo.

4 - Quando o exame de rastreio realizado aos condutores e peões nos termos dos n.ºs 1 e 2 apresentar resultado positivo, devem aqueles submeter-se aos exames complementares necessários, sob pena de crime de desobediência.

5 - Quando necessário, o agente de autoridade providencia o transporte dos examinados a estabelecimento oficial de saúde.

6 - Para os efeitos previstos nos números anteriores aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 155.º e nos n.ºs 2, 3 e 4 do artigo 156.º

7 - Para efeitos do n.º 2 entende-se por ferido grave aquele que, em consequência de acidente de viação e após atendimento em serviço de urgência hospitalar por situação emergente, careça de cuidados clínicos que obriguem à permanência em observação no serviço de urgência ou em internamento hospitalar.

Artigo 158. Outras disposições.

1 - São fixados em regulamento:

a) O tipo de material a utilizar na fiscalização e nos exames laboratoriais para determinação dos estados de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas;

b) Os métodos a utilizar para a determinação do doseamento de álcool ou de substâncias psicotrópicas no sangue;

c) Os exames médicos para determinação dos estados de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas;

d) Os laboratórios onde devem ser feitas as análises de urina e de sangue;

e) As tabelas dos preços dos exames realizados e das taxas de transporte dos examinados e de imobilização e de remoção de veículos. 

2 - O pagamento das despesas originadas pelos exames previstos na lei para determinação do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas, bem como pela imobilização e remoção de veículo a que se refere o artigo 155.º, é efectuado pela entidade a quem competir a coordenação da fiscalização do trânsito.

3 - Quando os exames referidos tiverem resultado positivo, as despesas são da responsabilidade do examinando, devendo ser levadas à conta de custas nos processos

crime ou de contra-ordenação a que houver lugar, as quais revertem a favor da entidade referida no número anterior. ➡

CAPÍTULO II Apreensões

Artigo 159. *Apreensão preventiva de títulos de condução.* ➡

1 - Os títulos de condução devem ser preventivamente apreendidos pelas autoridades de investigação criminal ou de fiscalização ou seus agentes quando:

- a) Suspeitem da sua contrafacção ou viciação fraudulenta;
- b) Tiver expirado o seu prazo de validade;
- c) Se encontrem em estado de conservação que torne ininteligível qualquer indicação ou averbamento. ➡

2 - Nos casos previstos nas alíneas a) e c) do n.º 1 deve, em substituição do título, ser fornecida uma guia de condução válida pelo tempo julgado necessário e renovável quando ocorra motivo justificado. ➡

Artigo 160. *Outros casos de apreensão de títulos de condução.* ➡

1 - Os títulos de condução devem ser apreendidos para cumprimento da cassação do título, proibição ou inibição de conduzir. ➡

2 - A entidade competente deve ainda determinar a apreensão dos títulos de condução quando:

- a) Qualquer dos exames realizados nos termos dos n.os 1 e 5 do artigo 129.º revelar incapacidade técnica ou inaptidão física, mental ou psicológica do examinando para conduzir com segurança;
- b) O condutor não se apresentar a qualquer dos exames referidos na alínea anterior ou no n.º 3 do artigo 129.º, salvo se justificar a falta no prazo de cinco dias;
- c) Tenha caducado nos termos dos n.os 1 e 2 do artigo 130.º

3 - Quando haja lugar à apreensão do título de condução, o condutor é notificado para, no prazo de 15 dias úteis, o entregar à entidade competente, sob pena de crime de desobediência, devendo, nos casos previstos no n.º 1, esta notificação ser efectuada com a notificação da decisão. ➡

4 - Sem prejuízo da punição por crime de desobediência, se o condutor não proceder à entrega do título de condução nos termos do número anterior, pode a entidade competente determinar a sua apreensão, através da autoridade de fiscalização e seus agentes.

Artigo 161. *Apreensão do documento de identificação do veículo.* ➡

1 - O documento de identificação do veículo deve ser apreendido pelas autoridades de investigação criminal ou de fiscalização ou seus agentes quando:

- a) Suspeitem da sua contrafacção ou viciação fraudulenta;
- b) As características do veículo não confirmam com as nele mencionadas;
- c) Se encontre em estado de conservação que torne ininteligível qualquer indicação ou averbamento;
- d) O veículo, em consequência de acidente, se mostre gravemente afectado no quadro

ou nos sistemas de suspensão, direcção ou travagem, não tendo condições para circular pelos seus próprios meios;

e) O veículo for apreendido;

f) O veículo for encontrado a circular não oferecendo condições de segurança;

g) Se verifique, em inspecção, que o veículo não oferece condições de segurança ou ainda, estando afecto a transportes públicos, não tenha a suficiente comodidade;

h) As chapas de matrícula não obedeçam às condições regulamentares relativas a características técnicas e modos de colocação;

i) O dispositivo electrónico de matrícula não obedeça às condições regulamentares relativas a características técnicas e de instalação;

j) O veículo circule desrespeitando as regras relativas à poluição sonora, do solo e do ar. ➡

2 - Com a apreensão do documento de identificação do veículo procede-se também à de todos os outros documentos que à circulação do veículo digam respeito, os quais são restituídos em simultâneo com aquele documento.

3 - Nos casos previstos nas alíneas a), c), g), h) e i) do n.º 1, deve ser passada, em substituição do documento de identificação do veículo, uma guia válida pelo prazo e nas condições na mesma indicados. ➡

4 - Nos casos previstos nas alíneas b) e e) do n.º 1, deve ser passada guia válida apenas para o percurso até ao local de destino do veículo.

5 - Deve ainda ser passada guia de substituição do documento de identificação do veículo, válida para os percursos necessários às reparações a efectuar para regularização da situação do veículo, bem como para a sua apresentação a inspecção.

6 - Nas situações previstas nas alíneas f) e h) do n.º 1, quando se trate de avarias de fácil reparação nas luzes, pneumáticos ou chapa de matrícula, pode ser emitida guia válida para apresentação do veículo com a avaria reparada, em posto policial, no prazo máximo de oito dias, sendo, neste caso, as coimas aplicáveis reduzidas para metade nos seus limites mínimos e máximos.

7 - Nas situações previstas na alínea i) do n.º 1, quando se trate de avarias ou incorrecções no dispositivo electrónico de matrícula, que não sejam nem possam, objectivamente, ser do conhecimento do proprietário ou detentor do veículo, é emitida guia válida para apresentação do veículo num centro de inspecção técnica de veículos aprovado, sendo a avaria ou a incorrecção reparadas no prazo máximo de oito dias, não havendo, neste caso, lugar à aplicação de coima. ➡

8 - Sem prejuízo do disposto nos n.os 3 a 6, quem conduzir veículo cujo documento de identificação tenha sido apreendido é sancionado com coima de € 300 a € 1500.

Artigo 162. Apreensão de veículos. ➡

1 - O veículo deve ser apreendido pelas autoridades de investigação criminal ou de fiscalização ou seus agentes quando:

a) Transite com números de matrícula que não lhe correspondam ou não tenham sido legalmente atribuídos;

b) Transite sem chapas ou dispositivo electrónico de matrícula ou não se encontre matriculado, salvo nos casos permitidos por lei;

c) Transite com números de matrícula que não sejam válidos para o trânsito em território nacional;

d) Transite estando o respectivo documento de identificação apreendido, salvo se este tiver sido substituído por guia passada nos termos do artigo anterior;

- e) O respectivo registo de propriedade ou a titularidade do documento de identificação não tenham sido regularizados no prazo legal;
- f) Não tenha sido efectuado seguro de responsabilidade civil nos termos da lei;
- g) Não compareça à inspecção prevista no n.º 2 do artigo 116.º, sem que a falta seja devidamente justificada;
- h) Transite sem ter sido submetido a inspecção para confirmar a correcção de anomalias verificadas em anterior inspecção, em que reprovou, no prazo que lhe for fixado;
- i) A apreensão seja determinada ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 147.º;
- j) A apreensão seja determinada ao abrigo do disposto no n.º 6 do artigo 114.º ou no n.º 3 do artigo 115.º;
- l) A apreensão seja determinada ao abrigo do disposto nos n.ºs 5 e 6 do artigo 174.º



2 - Nos casos previstos no número anterior, o veículo não pode manter-se apreendido por mais de 90 dias devido a negligência do titular do respectivo documento de identificação em promover a regularização da sua situação, sob pena de perda do mesmo a favor do Estado. 

3 - Quando o veículo for apreendido é lavrado auto de apreensão, notificando-se o titular do documento de identificação do veículo da cominação prevista no número anterior.

4 - Nos casos previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1, o veículo é colocado à disposição da autoridade judicial competente, sempre que tiver sido instaurado procedimento criminal.

5 - Nos casos previstos nas alíneas c) a j) do n.º 1, o titular do documento de identificação pode ser designado fiel depositário do respectivo veículo.

6 - No caso de acidente, a apreensão referida na alínea f) do n.º 1 mantém-se até que se mostrem satisfeitas as indemnizações dele derivadas ou, se o respectivo montante não tiver sido determinado, até que seja prestada caução por quantia equivalente ao valor mínimo do seguro obrigatório, sem prejuízo da prova da efectivação de seguro.

7 - Exceptuam-se do disposto na primeira parte do número anterior os casos em que as indemnizações tenham sido satisfeitas pelo Fundo de Garantia Automóvel nos termos de legislação própria.

8 - Quem for titular do documento de identificação do veículo responde pelo pagamento das despesas causadas pela sua apreensão.

CAPÍTULO III

Abandono, bloqueamento e remoção de veículos

Artigo 163. *Estacionamento indevido ou abusivo.* 

1 - Considera-se estacionamento indevido ou abusivo:

- a) O de veículo, durante 30 dias ininterruptos, em local da via pública ou em parque ou zona de estacionamento isentos do pagamento de qualquer taxa;
- b) O de veículo, em parque de estacionamento, quando as taxas correspondentes a cinco dias de utilização não tiverem sido pagas;
- c) O de veículo, em zona de estacionamento condicionado ao pagamento de taxa, quando esta não tiver sido paga ou tiverem decorrido duas horas para além do período de tempo pago;
- d) O de veículo que permanecer em local de estacionamento limitado mais de duas

horas para além do período de tempo permitido;

e) O de veículos agrícolas, máquinas industriais, reboques e semi-reboques não atrelados ao veículo tractor e o de veículos publicitários que permaneçam no mesmo local por tempo superior a setenta e duas horas, ou a 30 dias, se estacionarem em parques a esse fim destinados;

f) O que se verifique por tempo superior a quarenta e oito horas, quando se trate de veículos que apresentem sinais exteriores evidentes de abandono, de inutilização ou de impossibilidade de se deslocarem com segurança pelos seus próprios meios;

g) O de veículos ostentando qualquer informação com vista à sua transacção, em parque de estacionamento;

h) O de veículos sem chapa de matrícula ou com chapa que não permita a correcta leitura da matrícula.

2 - Os prazos previstos nas alíneas a) e e) do número anterior não se interrompem, desde que os veículos sejam apenas deslocados de um para outro lugar de estacionamento, ou se mantenham no mesmo parque ou zona de estacionamento.

Artigo 164. Bloqueamento e remoção.

1 - Podem ser removidos os veículos que se encontrem:

a) Estacionados indevida ou abusivamente, nos termos do artigo anterior;

b) Estacionados ou imobilizados na berma de auto-estrada ou via equiparada;

c) Estacionados ou imobilizados de modo a constituírem evidente perigo ou grave perturbação para o trânsito;

d) Estacionados ou imobilizados em locais que, por razões de segurança, de ordem pública, de emergência, de socorro ou outros motivos análogos, justifiquem a remoção.



2 - Para os efeitos do disposto na alínea c) do número anterior, considera-se que constituem evidente perigo ou grave perturbação para o trânsito, entre outros, os seguintes casos de estacionamento ou imobilização:

a) Em via ou corredor de circulação reservados a transportes públicos;

b) Em local de paragem de veículos de transporte colectivo de passageiros;

c) Em passagem de peões sinalizada;

d) Em cima dos passeios ou em zona reservada exclusivamente ao trânsito de peões;

e) Na faixa de rodagem, sem ser junto da berma ou passeio;

f) Em local destinado ao acesso de veículos ou peões a propriedades, garagens ou locais de estacionamento;

g) Em local destinado ao estacionamento de veículos de certas categorias, ao serviço de determinadas entidades ou utilizados no transporte de pessoas com deficiência;

h) Em local afecto à paragem de veículos para operações de carga e descarga ou tomada e largada de passageiros;

i) Impedindo o trânsito de veículos ou obrigando à utilização da parte da faixa de rodagem destinada ao sentido contrário, conforme o trânsito se faça num ou em dois sentidos;

j) Na faixa de rodagem, em segunda fila;

l) Em local em que impeça o acesso a outros veículos devidamente estacionados ou a saída destes;

m) De noite, na faixa de rodagem, fora das localidades, salvo em caso de imobilização

por avaria devidamente sinalizada;

n) Na faixa de rodagem de auto-estrada ou via equiparada.

3 - Verificada qualquer das situações previstas nas alíneas a), b) e c) do n.º 1, as autoridades competentes para a fiscalização podem bloquear o veículo através de dispositivo adequado, impedindo a sua deslocação até que se possa proceder à remoção.

4 - Na situação prevista na alínea c) do n.º 1, no caso de não ser possível a remoção imediata, as autoridades competentes para a fiscalização devem, também, proceder à deslocação provisória do veículo para outro local, a fim de aí ser bloqueado até à remoção.

5 - O desbloqueamento do veículo só pode ser feito pelas autoridades competentes, sendo qualquer outra pessoa que o fizer sancionada com coima de € 300 a € 1500.

6 - Quem for titular do documento de identificação do veículo é responsável por todas as despesas ocasionadas pela remoção, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis, ressalvando-se o direito de regresso contra o condutor.

7 - As condições e as taxas devidas pelo bloqueamento, remoção e depósito de veículos são fixadas em regulamento.

8 - As taxas não são devidas quando se verificar que houve errada aplicação das disposições legais.

Artigo 165. Presunção de abandono. ➡

1 - Removido o veículo nos termos do artigo anterior ou levantada a apreensão efectuada nos termos do n.º 1 do artigo 162.º, deve ser notificado o titular do documento de identificação do veículo, para a residência constante do respectivo registo, para o levantar no prazo de 45 dias. ➡

2 - Tendo em vista o estado geral do veículo, se for previsível um risco de deterioração que possa fazer rezear que o preço obtido em venda em hasta pública não cubra as despesas decorrentes da remoção e depósito, o prazo previsto no número anterior é reduzido a 30 dias.

3 - Os prazos referidos nos números anteriores contam-se a partir da recepção da notificação ou da sua afixação nos termos do artigo seguinte.

4 - Se o veículo não for reclamado dentro do prazo previsto nos números anteriores é considerado abandonado e adquirido por ocupação pelo Estado ou pelas autarquias locais.

5 - O veículo é considerado imediatamente abandonado quando essa for a vontade manifestada expressamente pelo seu proprietário.

Artigo 166. Reclamação de veículos. ➡

1 - Da notificação referida no artigo anterior deve constar a indicação do local para onde o veículo foi removido e, bem assim, que o titular do respectivo documento de identificação o deve retirar dentro dos prazos referidos no artigo anterior e após o pagamento das despesas de remoção e depósito, sob pena de o veículo se considerar abandonado. ➡

2 - Nos casos previstos na alínea f) do n.º 1 do artigo 163.º, se o veículo apresentar sinais evidentes de acidente, a notificação deve fazer-se pessoalmente, salvo se o titular do respectivo documento de identificação não estiver em condições de a receber, sendo então feita em qualquer pessoa da sua residência, preferindo os parentes.

3 - Não sendo possível proceder à notificação pessoal por se ignorar a residência ou a identidade do titular do documento de identificação do veículo, a notificação deve ser afixada junto da sua última residência conhecida ou na câmara municipal da área onde o veículo tiver sido encontrado. ➡

4 - A entrega do veículo ao reclamante depende da prestação de caução de valor equivalente às despesas de remoção e depósito.

Artigo 167. Hipoteca.

1 - Quando o veículo seja objecto de hipoteca, a remoção deve também ser notificada ao credor, para a residência constante do respectivo registo ou nos termos do n.º 3 do artigo anterior. 

2 - Da notificação ao credor deve constar a indicação dos termos em que a notificação foi feita e a data em que termina o prazo a que o artigo anterior se refere.

3 - O credor hipotecário pode requerer a entrega do veículo como fiel depositário, para o caso de, findo o prazo, o titular do documento de identificação o não levantar. 

4 - O requerimento pode ser apresentado no prazo de 20 dias após a notificação ou até ao termo do prazo para levantamento do veículo pelo titular do documento de identificação, se terminar depois daquele.

5 - O veículo deve ser entregue ao credor hipotecário logo que se mostrem pagas todas as despesas ocasionadas pela remoção e depósito, devendo o pagamento ser feito dentro dos oito dias seguintes ao termo do último dos prazos a que se refere o artigo anterior. 

6 - O credor hipotecário tem o direito de exigir do titular do documento de identificação as despesas referidas no número anterior e as que efectuar na qualidade de fiel depositário.

Artigo 168. Penhora.

1 - Quando o veículo tenha sido objecto de penhora ou acto equivalente, a autoridade que procedeu à remoção deve informar o tribunal das circunstâncias que a justificaram. 

2 - No caso previsto no número anterior, o veículo deve ser entregue à pessoa que para o efeito o tribunal designar como fiel depositário, sendo dispensado o pagamento prévio das despesas de remoção e depósito.

3 - Na execução, os créditos pelas despesas de remoção e depósito gozam de privilégio mobiliário especial.

TÍTULO VIII

Do processo

CAPÍTULO I

Competência e forma dos actos

Artigo 169. Competência para o processamento e aplicação das sanções.

1 - O processamento das contra-ordenações rodoviárias compete à Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. 

2 - A competência para a aplicação das coimas e sanções acessórias pertence ao presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

3 - O presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária pode delegar a competência a que se refere o número anterior nos dirigentes e pessoal da carreira técnica superior da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

4 - O presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária tem competência exclusiva, sem poder de delegação, para decidir sobre a verificação dos respectivos pressupostos e ordenar a cassação do título de condução.

5 - No exercício das suas funções, a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária é coadjuvada pelas autoridades policiais e outras autoridades ou serviços públicos cuja

colaboração solicite.

6 - O pessoal da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária afecto a funções de fiscalização das disposições legais sobre o trânsito e a segurança rodoviária é equiparado a autoridade pública, para efeitos de instrução e decisão de processos de contra-ordenação rodoviária.

Artigo 169.º-A. Forma dos actos processuais.

1 - Os actos processuais podem ser praticados em suporte informático com aposição de assinatura electrónica qualificada.

2 - Os actos processuais e documentos assinados nos termos do número anterior substituem e dispensam para quaisquer efeitos a assinatura autografa no processo em suporte de papel.

3 - Para os efeitos previstos nos números anteriores, apenas pode ser utilizada a assinatura electrónica qualificada de acordo com os requisitos legais e regulamentares exigíveis pelo Sistema de Certificação Electrónica do Estado.

CAPÍTULO II Processamento

Artigo 170. Auto de notícia e de denúncia.

1 - Quando qualquer autoridade ou agente de autoridade, no exercício das suas funções de fiscalização, presenciar contra-ordenação rodoviária, levanta ou manda levantar auto de notícia, que deve mencionar os factos que constituem a infracção, o dia, a hora, o local e as circunstâncias em que foi cometida, o nome e a qualidade da autoridade ou agente de autoridade que a presenciou, a identificação dos agentes da infracção e, quando possível, de, pelo menos, uma testemunha que possa depor sobre os factos. 

2 - O auto de notícia é assinado pela autoridade ou agente de autoridade que o levantou ou mandou levantar e, quando for possível, pelas testemunhas.

3 - O auto de notícia levantado e assinado nos termos dos números anteriores faz fé sobre os factos presenciados pelo autuante, até prova em contrário. 

4 - O disposto no número anterior aplica-se aos elementos de prova obtidos através de aparelhos ou instrumentos aprovados nos termos legais e regulamentares. 

5 - A autoridade ou agente de autoridade que tiver notícia, por denúncia ou conhecimento próprio, de contra-ordenação que deva conhecer levanta auto, a que é correspondentemente aplicável o disposto nos n.ºs 1 e 2, com as necessárias adaptações.



Artigo 171. Identificação do arguido.

1 - A identificação do arguido deve ser efectuada através da indicação de:

- a) Nome completo ou, quando se trate de pessoa colectiva, denominação social;
- b) Residência ou, quando se trate de pessoa colectiva, sede;
- c) Número do documento legal de identificação pessoal, data e respectivo serviço emissor ou, quando se trate de pessoa colectiva, do número de pessoa colectiva;
- d) Número do título de condução e respectivo serviço emissor;
- e) Identificação do representante legal, quando se trate de pessoa colectiva;
- f) Número e identificação do documento que titula o exercício da actividade, no âmbito da qual a infracção foi praticada.

2 - Quando se trate de contra-ordenação praticada no exercício da condução e o agente de autoridade não puder identificar o autor da infracção, deve ser levantado o auto de contra-ordenação ao titular do documento de identificação do veículo, correndo contra ele o correspondente processo. ➡

3 - Se, no prazo concedido para a defesa, o titular do documento de identificação do veículo identificar, com todos os elementos constantes do n.º 1, pessoa distinta como autora da contra-ordenação, o processo é suspenso, sendo instaurado novo processo contra a pessoa identificada como infractora. ➡

4 - O processo referido no n.º 2 é arquivado quando se comprove que outra pessoa praticou a contra-ordenação ou houve utilização abusiva do veículo. ➡

5 - Quando o agente da autoridade não puder identificar o autor da contra-ordenação e verificar que o titular do documento de identificação é pessoa colectiva, deve esta ser notificada para proceder à identificação do condutor, no prazo de 15 dias úteis, sob pena de o processo correr contra ela, nos termos do n.º 2. ➡

6 - O titular do documento de identificação do veículo, sempre que tal lhe seja solicitado, deve, no prazo de 15 dias úteis, proceder à identificação do condutor, no momento da prática da infracção. ➡

7 - Quem infringir o disposto no número anterior é sancionado nos termos do n.º 2 do artigo 4.º

Artigo 172. Cumprimento voluntário. ➡

1 - É admitido o pagamento voluntário da coima, pelo mínimo, nos termos e com os efeitos estabelecidos nos números seguintes. ➡

2 - A opção de pagamento pelo mínimo e sem acréscimo de custas deve verificar-se no prazo de 15 dias úteis a contar da notificação para o efeito. ➡

3 - A dispensa de custas prevista no número anterior não abrange as despesas decorrentes dos exames médicos e análises toxicológicas legalmente previstos para a determinação dos estados de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas, as decorrentes das inspecções impostas aos veículos, bem como as resultantes de qualquer diligência de prova solicitada pelo arguido. ➡

4 - Em qualquer altura do processo, mas sempre antes da decisão, pode ainda o arguido optar pelo pagamento voluntário da coima, a qual, neste caso, é liquidada pelo mínimo, sem prejuízo das custas que forem devidas. ➡

5 - O pagamento voluntário da coima nos termos dos números anteriores determina o arquivamento do processo, salvo se à contra-ordenação for aplicável sanção acessória, caso em que prossegue restrito à aplicação da mesma. ➡

Artigo 173. Garantia de cumprimento. ➡

1 - O pagamento voluntário da coima deve ser efectuado no acto da verificação da contra-ordenação.

2 - Se o infractor não pretender efectuar o pagamento voluntário imediato da coima, deve prestar depósito de valor igual ao mínimo da coima prevista para a contra-ordenação praticada, também imediatamente ou no prazo máximo de quarenta e oito horas. ➡

3 - O depósito referido no número anterior destina-se a garantir o cumprimento da coima em que o infractor possa vir a ser condenado, sendo devolvido se não houver lugar a

condenação.

4 - Se o pagamento ou depósito não forem efectuados de imediato, nos termos dos n.os 1 e 2, devem ser apreendidos provisoriamente os seguintes documentos:

- a)** Se a sanção respeitar ao condutor, o título de condução;
- b)** Se a sanção respeitar ao titular do documento de identificação do veículo, o título de identificação do veículo e o título de registo de propriedade;
- c)** Se a sanção respeitar ao condutor e ele for, simultaneamente, titular do documento de identificação do veículo, todos os documentos referidos nas alíneas anteriores.

5 - No caso previsto no número anterior devem ser emitidas guias de substituição dos documentos apreendidos, com validade pelo tempo julgado necessário e renovável até à conclusão do processo, devendo os mesmos ser devolvidos ao infractor se entretanto for efectuado o pagamento nos termos do artigo anterior ou o depósito nos termos do n.º 2.

6 - No caso de ser prestado depósito e não ser apresentada defesa, dentro do prazo estipulado para o efeito, considera-se que o depósito efectuado se converte automaticamente em pagamento. ➡

Artigo 174. Infractores com sanções por cumprir.

1 - Se, em qualquer acto de fiscalização, o condutor ou o titular do documento de identificação do veículo não tiverem cumprido as sanções pecuniárias que anteriormente lhes foram aplicadas a título definitivo, o condutor deve proceder, de imediato, ao seu pagamento.

2 - Se o pagamento não for efectuado de imediato, deve proceder-se nos seguintes termos:

- a)** Se a sanção respeitar ao condutor, é apreendido o título de condução;
- b)** Se a sanção respeitar ao titular do documento de identificação do veículo, são apreendidos o título de identificação do veículo e o título de registo de propriedade;
- c)** Se a sanção respeitar ao condutor e ele for, simultaneamente, titular do documento de identificação do veículo, são apreendidos todos os documentos referidos nas alíneas anteriores.

3 - Nos casos previstos no número anterior, a apreensão dos documentos tem carácter provisório, sendo emitidas guias de substituição dos mesmos, válidas por 15 dias.

4 - Os documentos apreendidos nos termos do número anterior são devolvidos pela entidade autuante se as quantias em dívida forem pagas naquele prazo.

5 - Se o pagamento não for efectuado no prazo referido no n.º 3, procede-se à apreensão do veículo, devendo a entidade autuante remeter os documentos apreendidos para o serviço desconcentrado da Direcção-Geral de Viação da área onde foi realizada a acção de fiscalização. ➡

6 - Se não tiverem sido cumpridas as sanções acessórias de inibição de conduzir ou de apreensão do veículo, procede-se à apreensão efectiva do título de condução ou do veículo, conforme o caso, para cumprimento da respectiva sanção.

7 - O veículo apreendido responde pelo pagamento das quantias devidas.

Artigo 175. Comunicação da infracção. ➡

1 - Após o levantamento do auto, o arguido deve ser notificado:

- a)** Dos factos constitutivos da infracção;
- b)** Da legislação infringida e da que sanciona os factos;
- c)** Das sanções aplicáveis;
- d)** Do prazo concedido e do local para a apresentação da defesa;

e) Da possibilidade de pagamento voluntário da coima pelo mínimo, do prazo e do modo de o efectuar, bem como das consequências do não pagamento;

f) Do prazo para identificação do autor da infracção, nos termos e com os efeitos previstos nos n.os 3 e 5 do artigo 171.º ➡

2 - O arguido pode, no prazo de 15 dias úteis, a contar da notificação, apresentar a sua defesa, por escrito, com a indicação de testemunhas, até ao limite de três, e de outros meios de prova, ou proceder ao pagamento voluntário, nos termos e com os efeitos estabelecidos no artigo 172.º ➡

3 - No mesmo prazo o arguido pode ainda requerer a atenuação especial ou a suspensão da execução da sanção acessória.

4 - *O pagamento voluntário da coima não impede o arguido de apresentar a sua defesa, restrita à gravidade da infracção e à sanção acessória aplicável.* ➡

Artigo 176. Notificações. ➡

1 - As notificações efectuem-se:

a) Por contacto pessoal com o notificando no lugar em que for encontrado;

b) Mediante carta registada com aviso de recepção expedida para o domicílio ou sede do notificando;

c) Mediante carta simples expedida para o domicílio ou sede do notificando. ➡

2 - A notificação por contacto pessoal deve ser efectuada, sempre que possível, no acto de autuação, podendo ainda ser utilizada quando o notificando for encontrado pela entidade competente.

3 - Se não for possível, no acto de autuação, proceder nos termos do número anterior ou se estiver em causa qualquer outro acto, a notificação pode ser efectuada através de carta registada com aviso de recepção, expedida para o domicílio ou sede do notificando.

4 - Se, por qualquer motivo, a carta prevista no número anterior for devolvida à entidade remetente, a notificação é reenviada ao notificando, para o seu domicílio ou sede, através de carta simples.

5 - Nas infracções relativas ao exercício da condução ou às disposições que condicionem a admissão do veículo ao trânsito nas vias públicas, considera-se domicílio do notificando, para efeitos do disposto nos n.os 3 e 4:

a) O que consta do registo dos títulos de condução organizado pelas entidades competentes para a sua emissão, nos termos do presente diploma;

b) O do titular do documento de identificação do veículo, nos casos previstos na alínea b) do n.º 3 do artigo 135.º e nos n.os 2 e 5 do artigo 171.º

6 - Para as restantes infracções e para os mesmos efeitos, considera-se domicílio do notificando:

a) O que conste no registo organizado pela entidade competente para concessão de autorização, alvará, licença de actividade ou credencial; ou

b) O correspondente ao seu local de trabalho.

7 - A notificação por carta registada considera-se efectuada na data em que for assinado o aviso de recepção ou no terceiro dia útil após essa data, quando o aviso for assinado por pessoa diversa do arguido.

8 - Na notificação por carta simples, o funcionário da entidade competente lavra uma cota no processo com a indicação da data da expedição da carta e do domicílio para o qual foi enviada, considerando-se a notificação efectuada no quinto dia posterior à data indicada,

cominação esta que deve constar do acto de notificação.

9 - Quando a infracção for da responsabilidade do titular do documento de identificação do veículo, a notificação, no acto de autuação, pode fazer-se na pessoa do condutor.

10 - Sempre que o notificado se recusar a receber ou a assinar a notificação, o agente certifica a recusa, considerando-se efectuada a notificação.

Artigo 177. Depoimentos.

1 - As testemunhas, peritos ou consultores técnicos indicados pelo arguido na defesa devem por ele ser apresentados na data, hora e local indicados pela entidade instrutora do processo.

2 - Exceptuam-se do disposto no número anterior os peritos dos estabelecimentos, laboratórios ou serviços oficiais, bem como os agentes de autoridade, ainda que arrolados pelo arguido, que devem ser notificados pela autoridade administrativa.

3 - O arguido, as testemunhas, peritos e consultores técnicos podem ser ouvidos por videoconferência, devendo constar da acta o início e termo da gravação de cada depoimento, informação ou esclarecimento.

4 - Os depoimentos ou esclarecimentos recolhidos por videoconferência não são reduzidos a escrito, nem sendo necessária a sua transcrição para efeitos de recurso, devendo ser junta ao processo cópia das gravações.

5 - Os depoimentos ou esclarecimentos prestados presencialmente podem ser documentados em meios técnicos áudio-visuais.

Artigo 178. Adiamento da diligência de inquirição de testemunhas.

1 - A diligência de inquirição de testemunhas, de peritos ou de consultores técnicos, apenas pode ser adiada uma única vez, se a falta à primeira marcação tiver sido considerada justificada.

2 - Considera-se justificada a falta motivada por facto não imputável ao faltoso que o impeça de comparecer no acto processual.

3 - A impossibilidade de comparecimento deve ser comunicada com cinco dias de antecedência, se for previsível, e até ao terceiro dia posterior ao dia designado para a prática do acto, se for imprevisível, constando da comunicação a indicação do respectivo motivo e da duração previsível do impedimento, sob pena de não justificação da falta.

4 - Os elementos de prova da impossibilidade de comparecimento devem ser apresentados com a comunicação referida no número anterior.

Artigo 179. Ausência do arguido.

A falta de comparecimento do arguido à diligência de inquirição que lhe tenha sido comunicada não obsta ao prosseguimento do processo, salvo se a falta tiver sido considerada justificada nos termos do artigo anterior, caso em que é aplicável o regime nele estabelecido.

Artigo 180. Medidas cautelares.

Podem ser impostas medidas cautelares, nos termos previstos em cada diploma legal, quando se revele necessário para a instrução do processo, ou para a defesa da segurança rodoviária, e ainda quando o arguido exerça actividade profissional autorizada, titulada por alvará ou licenciada pela Direcção-Geral de Viação, e tenha praticado a infracção no exercício dessa actividade.

CAPÍTULO III **Da decisão**

Artigo 181. Decisão condenatória.

1 - A decisão que aplica a coima ou a sanção acessória deve conter:

- a) A identificação do infractor;
- b) A descrição sumária dos factos, das provas e das circunstâncias relevantes para a decisão;
- c) A indicação das normas violadas;
- d) A coima e a sanção acessória;
- e) A condenação em custas. ➡

2 - Da decisão deve ainda constar que:

- a) A condenação se torna definitiva e exequível se não for judicialmente impugnada por escrito, constando de alegações e conclusões, no prazo de 15 dias úteis após o seu conhecimento e junto da autoridade administrativa que aplicou a coima;
- b) Em caso de impugnação judicial, o tribunal pode decidir mediante audiência ou, caso o arguido e o Ministério Público não se oponham, mediante simples despacho. ➡

3 - A decisão deve conter ainda:

- a) A ordem de pagamento da coima e das custas no prazo máximo de 15 dias úteis após a decisão se tornar definitiva;
- b) A indicação de que, no prazo referido na alínea anterior, pode requerer o pagamento da coima em prestações, nos termos do disposto no artigo 183.º

4 - Não tendo o arguido exercido o direito de defesa, a fundamentação a que se refere a alínea b) do n.º 1 pode ser feita por simples remissão para o auto de notícia. ➡

Artigo 182. Cumprimento da decisão.

1 - A coima e as custas são pagas no prazo de 15 dias úteis a contar da data em que a decisão se torna definitiva, devendo o pagamento efectuar-se nas modalidades fixadas em regulamento. ➡

2 - Sendo aplicada sanção acessória, o seu cumprimento deve ser iniciado no prazo previsto no número anterior, do seguinte modo:

- a) Tratando-se de inibição de conduzir efectiva, pela entrega do título de condução à entidade competente;
- b) Tratando-se da apreensão do veículo, pela sua entrega efectiva, bem como do documento que o identifica e do título de registo de propriedade, no local indicado na decisão, ou só pela entrega dos referidos documentos quando o titular do documento de identificação for nomeado seu fiel depositário;
- c) Tratando-se de outra sanção acessória, deve proceder-se nos termos indicados na decisão condenatória. ➡

Artigo 183. Pagamento da coima em prestações.

1 - Sempre que o valor mínimo da coima aplicável seja superior a 2 UC pode a autoridade administrativa, a requerimento do arguido, autorizar o seu pagamento em prestações mensais, não inferiores a € 50, pelo período máximo de 12 meses.

2 - O pagamento da coima em prestações pode ser requerido até ao envio do processo a tribunal para execução.

3 - A falta de pagamento de alguma das prestações implica o imediato vencimento das demais.

Artigo 184. Competência da entidade administrativa após decisão.

O poder de apreciação da entidade administrativa esgota-se com a decisão, excepto:

- a) Quando é apresentado recurso da decisão condenatória, caso em que a entidade administrativa a pode revogar até ao envio dos autos para o Ministério Público;
- b) Quando é apresentado requerimento que, não pondo em causa o mérito da decisão, se restrinja à suspensão da execução da sanção acessória aplicada, caso em que a entidade administrativa pode alterar o modo de cumprimento daquela sanção.

Artigo 185. Custas.

1 - As custas devem, entre outras, cobrir as despesas efectuadas com franquias postais e comunicações telefónicas, telegráficas, por telecópia ou por transmissão electrónica.

2 - O reembolso pelas despesas referidas no número anterior é calculado à razão de metade de 1 UC nas primeiras 50 folhas ou fracção do processado e de um décimo de UC por cada conjunto subsequente de 25 folhas ou fracção do processado.

3 - Não há lugar ao pagamento de taxa de justiça na execução das decisões proferidas em processos de contra-ordenação rodoviária.

CAPÍTULO IV Do recurso

Artigo 186. Recursos. ➡

As decisões judiciais proferidas em sede de impugnação de decisões administrativas admitem recurso nos termos da lei geral aplicável às contra-ordenações.

Artigo 187. Efeitos do recurso. ➡

1 - A impugnação judicial do acto de condenação no pagamento de coimas tem efeito meramente devolutivo.

2 - A impugnação judicial interposta da decisão do director-geral de Viação, que determine a cassação do título de condução, tem efeito suspensivo.

CAPÍTULO V Da prescrição

Artigo 188. Prescrição do procedimento. ➡

O procedimento por contra-ordenação rodoviária extingue-se por efeito da prescrição logo que, sobre a prática da contra-ordenação, tenham decorrido dois anos.

Artigo 189. Prescrição da coima e das sanções acessórias. ➡

As coimas e as sanções acessórias prescrevem no prazo de dois anos. ➡

[Imprimir](#)[FECHAR](#)

IMPRIMIR DOCUMENTO

JusNet

Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas (JusNet 1232/2007)



(DR N.º 95, Série I, 17 Maio 2007; Data de Disponibilização 17 Maio 2007)

- Emissor: Assembleia da República
- Entrada em vigor: 15 Agosto 2007
- Versão original

Aprovação do Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, tendo em vista a avaliação do estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas, mediante a sua deteção e quantificação através de métodos de fiscalização, contraprova e exames médicos, e garantindo-se a confidencialidade dos dados em todas as operações de colheita, transporte, manuseamento e guarda de amostras biológicas e da informação delas obtida.

Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição (JusNet 7/1976), o seguinte:

Artigo 1. Regulamento. ➡

É aprovado o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, anexo à presente lei e que dela faz parte integrante.

Artigo 2. Norma revogatória. ➡

É revogado o Decreto Regulamentar n.º 24/98, de 30 de Outubro (JusNet 125/1998). ➡

Artigo 3. Regulamentação. ➡

Salvo disposição em contrário no Regulamento anexo, a regulamentação necessária à boa execução do presente regime jurídico é aprovada por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pela administração interna, justiça e saúde, no prazo de 30 dias.

Artigo 4. Entrada em vigor.

A presente lei entra em vigor 90 dias após a sua publicação.

Aprovada em 15 de Março de 2007.
O Presidente da Assembleia da República,
Jaime Gama.
Promulgada em 7 de Maio de 2007. Publique-se.
O Presidente da República,
ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 8 de Maio de 2007.
O Primeiro-Ministro,
José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.

ANEXO

REGULAMENTO DE FISCALIZAÇÃO DA CONDUÇÃO SOB INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL OU DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

CAPÍTULO I

Avaliação do estado de influenciado pelo álcool

Artigo 1. *Deteção e quantificação da taxa de álcool.*

- 1** - A presença de álcool no sangue é indiciada por meio de teste no ar expirado, efectuado em analisador qualitativo. ➡
- 2** - A quantificação da taxa de álcool no sangue é feita por teste no ar expirado, efectuado em analisador quantitativo, ou por análise de sangue. ➡
- 3** - A análise de sangue é efectuada quando não for possível realizar o teste em analisador quantitativo.

Artigo 2. *Método de fiscalização.* ➡

- 1** - Quando o teste realizado em analisador qualitativo indicie a presença de álcool no sangue, o examinando é submetido a novo teste, a realizar em analisador quantitativo, devendo, sempre que possível, o intervalo entre os dois testes não ser superior a trinta minutos.
- 2** - Para efeitos do disposto no número anterior, o agente da entidade fiscalizadora acompanha o examinando ao local em que o teste possa ser efectuado, assegurando o seu transporte, quando necessário.
- 3** - Sempre que para o transporte referido no número anterior não seja possível utilizar o veículo da entidade fiscalizadora, esta solicita a colaboração de entidade transportadora licenciada ou autorizada para o efeito.
- 4** - O pagamento do transporte referido no número anterior é da responsabilidade da entidade fiscalizadora, sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo 158.º do Código da Estrada (JusNet 264/1994).

Artigo 3. *Contraprova.* ➡

Os métodos e equipamentos previstos na presente lei e disposições complementares, para a realização dos exames de avaliação do estado de influenciado pelo álcool, são aplicáveis à contraprova prevista no n.º 3 do artigo 153.º do Código da Estrada.

Artigo 4. *Impossibilidade de realização do teste no ar expirado.*

- 1** - Quando, após três tentativas sucessivas, o examinando não conseguir expelir ar em quantidade suficiente para a realização do teste em analisador quantitativo, ou quando as condições físicas em que se encontra não lhe permitam a realização daquele teste, é realizada análise de sangue.
- 2** - Nos casos referidos no número anterior, sempre que se mostre necessário, o agente da entidade fiscalizadora assegura o transporte do indivíduo ao estabelecimento da rede pública de saúde mais próximo para que lhe seja colhida uma amostra de sangue.
- 3** - A colheita referida no número anterior é sempre realizada nos estabelecimentos da rede pública de saúde que constem de lista a divulgar pelas administrações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional.

Artigo 5. *Colheita de sangue.*

1 - A colheita de sangue é efectuada, no mais curto prazo possível, após o acto de fiscalização ou a ocorrência do acidente.

2 - Posteriormente, a amostra de sangue é enviada à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal da área respectiva, pelo estabelecimento que procedeu à colheita.

3 - Na colheita e acondicionamento da amostra de sangue são utilizados os procedimentos e o material aprovados, salvaguardando-se a protecção de dados pessoais.

Artigo 6. Exame toxicológico de sangue para quantificação da taxa de álcool.

1 - O exame para quantificação da taxa de álcool no sangue é efectuado com recurso a procedimentos analíticos, que incluem a cromatografia em fase gasosa.

2 - O exame referido no número anterior é sempre efectuado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal.

3 - No prazo máximo de 30 dias a contar da data da recepção da amostra, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal que proceder ao exame envia o resultado obtido à entidade fiscalizadora que o requereu, em relatório de modelo aprovado em regulamentação.

4 - Sempre que o resultado do exame seja positivo, a entidade fiscalizadora procede ao levantamento de auto de notícia correspondente, a que junta o relatório.

5 - O resultado do exame de sangue para quantificação da taxa de álcool prevalece sobre o resultado do teste no ar expirado realizado em analisador quantitativo.

Artigo 7. Exame médico para determinação do estado de influenciado pelo álcool.

1 - Para efeitos do disposto no n.º 8 do artigo 153.º e no n.º 3 do artigo 156.º do Código da Estrada, considera-se não ser possível a realização do exame de pesquisa de álcool no sangue quando, após repetidas tentativas, não se lograr retirar ao examinando uma amostra de sangue em quantidade suficiente.

2 - O exame médico para determinação do estado de influenciado pelo álcool apenas pode ser realizado em estabelecimento da rede pública de saúde designado nos termos do n.º 3 do artigo 4.º e obedece aos procedimentos fixados em regulamentação.

3 - O médico que realizar o exame deve seguir os procedimentos fixados na regulamentação referida no número anterior, podendo, caso julgue necessário, recorrer a outros meios auxiliares de diagnóstico que melhor permitam avaliar o estado de influenciado do examinando.

CAPÍTULO II

Avaliação do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas

Artigo 8. Substâncias psicotrópicas a avaliar.

1 - Para efeitos do disposto no artigo 81.º do Código da Estrada, são especialmente avaliadas as seguintes substâncias psicotrópicas:

- a)** Canabinóides;
- b)** Cocaína e seus metabolitos;
- c)** Opiáceos;
- d)** Anfetaminas e derivados.

2 - Para os mesmos efeitos, pode ainda ser pesquisada a presença no sangue de qualquer outra substância psicotrópica que tenha influência negativa na capacidade para o exercício da condução.

Artigo 9. Indícios.

Para efeitos de aplicação do n.º 1 do artigo 157.º do Código da Estrada, deve ser aprovado

um guia orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas, por despacho normativo do membro do Governo responsável pela saúde.

Artigo 10. Exame para detecção de substâncias psicotrópicas.

A detecção de substâncias psicotrópicas inclui um exame prévio de rastreio e, caso o seu resultado seja positivo, um exame de confirmação, definidos em regulamentação.

Artigo 11. Exame de rastreio.

1 - O exame de rastreio é efectuado através de testes rápidos a realizar em amostras biológicas de urina, saliva, suor ou sangue e serve apenas para indiciar a presença de substâncias psicotrópicas.

2 - Para a realização do exame referido no número anterior, são competentes as entidades fiscalizadoras, os estabelecimentos da rede pública de saúde que constem de lista a divulgar pelas administrações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional e o Instituto Nacional de Medicina Legal.

3 - Quando o estabelecimento da rede pública de saúde em que o examinando der entrada não dispuser de condições para proceder ao exame de rastreio, deve proceder à colheita de uma amostra de sangue ao examinando e remetê-la à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal competente, para que proceda à realização daquele exame.

Artigo 12. Exame de confirmação.

1 - O exame de confirmação é realizado numa amostra de sangue, após exame de rastreio com resultado positivo.

2 - Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e seja realizado por entidade fiscalizadora, o examinado é conduzido a estabelecimento da rede pública de saúde, a fim de ser submetido à colheita de uma amostra de sangue a remeter para a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal da área respectiva.

3 - Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e seja realizado em estabelecimento da rede pública de saúde, este providencia a colheita e remessa à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal competente, nos termos e para os efeitos previstos no número anterior.

4 - A delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal que proceder ao exame de confirmação deve enviar, no prazo máximo de 30 dias a contar da data da recepção da amostra, o seu resultado à entidade fiscalizadora que o requereu, em relatório de modelo aprovado em regulamentação.

5 - Sem prejuízo do disposto no artigo seguinte, só pode ser declarado influenciado por substâncias psicotrópicas o examinado que apresente resultado positivo no exame de confirmação.

6 - Quando o resultado do exame de confirmação for positivo, a entidade fiscalizadora procede ao levantamento de auto de notícia correspondente, a que junta o relatório daquele exame.

Artigo 13. Exame médico.

1 - Quando, após repetidas tentativas de colheita, não se lograr retirar ao examinando uma amostra de sangue em quantidade suficiente para a realização do teste, deve este ser submetido a exame médico para avaliação do estado de influência por substâncias psicotrópicas.

2 - O exame referido no número anterior obedece ao procedimento fixado em regulamentação e apenas pode ser realizado em estabelecimento da rede pública de saúde que conste de lista a divulgar pelas administrações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional.

3 - A presença de sintomas de influência por qualquer das substâncias previstas no n.º 1 do artigo 8.º, ou qualquer outra substância psicotrópica que possa influenciar negativamente a capacidade para a condução, atestada pelo médico que realiza o exame, é equiparada

para todos os efeitos legais à obtenção de resultado positivo no exame de sangue.

CAPÍTULO III

Disposições finais

Artigo 14. *Aprovação dos equipamentos.*

1 - Nos testes quantitativos de álcool no ar expirado só podem ser utilizados analisadores que obedecem às características fixadas em regulamentação e cuja utilização seja aprovada por despacho do presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

2 - A aprovação a que se refere o número anterior é precedida de homologação de modelo, a efectuar pelo Instituto Português da Qualidade, nos termos do **Regulamento do Controlo Metrológico dos Alcoolímetros (JusNet 1729/1994)**.

3 - Os analisadores qualitativos, bem como os modelos dos equipamentos a utilizar nos testes rápidos de urina, saliva ou suor a efectuar pelas entidades fiscalizadoras, são aprovados por despacho do presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Artigo 15. *Segurança.*

É garantida a confidencialidade dos dados em todas as operações de colheita, transporte, manuseamento e guarda de amostras biológicas e da informação delas obtida, ficando obrigados pelo dever de sigilo todos os que com eles tenham contacto.

Artigo 16. *Conservação das amostras biológicas.*

1 - O Instituto Nacional de Medicina Legal guarda e garante a conservação das amostras biológicas já analisadas pelo período que decorre até:

- a)** À comprovação de testes negativos; ou
- b)** Ao final do prazo para interposição de impugnação contenciosa; ou
- c)** Ao trânsito em julgado da sentença no caso de acção judicial.

2 - Findo o período referido no número anterior, o Instituto Nacional de Medicina Legal procede à sua destruição, salvo ordem judicial em contrário.

3 - As amostras biológicas referidas no número anterior não podem ser utilizadas para fins distintos dos previstos no presente acto.

Artigo 17. *Estatística.*

O Instituto Nacional de Medicina Legal e as entidades fiscalizadoras devem remeter à Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária o número de exames de pesquisa de álcool e de substâncias psicotrópicas realizados, dando conhecimento dos seus resultados.



Imprimir

FECHAR

MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA, DA JUSTIÇA E DA SAÚDE

Portaria n.º 902-A/2007

de 13 de Agosto

O artigo 158.º, n.º 1, alínea e), do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, determina que, em regulamento, seja fixada a tabela dos preços devidos pelos exames necessários à fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, bem como as taxas pelo transporte de examinandos, imobilização e remoção de veículos, devidas por aplicação da mesma fiscalização.

Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros da Administração Interna, da Justiça e da Saúde, nos termos do artigo 158.º, n.º 1, alínea e), do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, e da alínea d) do n.º 2 do artigo 4.º do citado Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, o seguinte:

1.º É aprovada a tabela de taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante.

2.º As taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, constantes da tabela aprovada no número anterior, são previstas em unidades de conta.

3.º É revogada a Portaria n.º 1005/98, de 30 de Novembro.

4.º A presente portaria entra em vigor no dia 15 de Agosto de 2007.

Pelo Ministro da Administração Interna, *Ascenso Luís Seixas Simões*, Secretário de Estado da Protecção Civil, em 10 de Agosto de 2007. — Pelo Ministro da Justiça, *José Manuel Vieira Conde Rodrigues*, Secretário de Estado Adjunto e da Justiça, em 9 de Agosto de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*, em 9 de Agosto de 2007.

ANEXO

Tabela de taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas

I — Exames clínicos

Colheita de sangue — 0,07 U. C.

Exame de rastreio para despistagem de substâncias psicotrópicas, por grupo — 0, 3 U. C.

Exame médico — 0, 3 U. C.

II — Exames laboratoriais, em amostra de sangue, para quantificação da taxa de álcool, de rastreio ou de confirmação de substâncias psicotrópicas

Para estes exames são aplicáveis as taxas correspondentes a 75 % do valor previsto para idênticos actos na tabela de custos das perícias médico legais, aprovada por portaria do Ministério da Justiça.

III — Imobilização e remoção do veículo

São aplicáveis na imobilização, na remoção e no depósito de veículos, efectuados ao abrigo da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias

psicotrópicas, as taxas previstas, respectivamente, para o bloqueamento, remoção e depósito de veículos no regulamento publicado ao abrigo do disposto no n.º 7 do artigo 164.º do Código da Estrada.

IV — Contraprova e transporte de examinandos

Exame no ar expirado para contraprova da TAS ou levantamento do impedimento de conduzir — 0,07 U. C.

Transporte de examinando pelas entidades fiscalizadoras:

Até 10 km — 0,25 U. C.;

Cada quilómetro além dos 10 km iniciais — 0,007 U. C.

Portaria n.º 902-B/2007

de 13 de Agosto

O n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada prevê que sejam fixados em regulamento o tipo de material a utilizar na determinação da presença do álcool no ar expirado, bem como na recolha e transporte das amostras biológicas destinadas a determinar, no sangue, a taxa de álcool ou a presença de substâncias psicotrópicas.

É o que pretende o presente diploma, que vem regulamentar aquelas matérias, fixando os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos, o modo como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises laboratoriais, os procedimentos a aplicar na realização das referidas análises e os tipos de exames médicos a efectuar para detecção dos estados de influenciado por álcool ou por substâncias psicotrópicas.

Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros da Administração Interna, da Justiça e da Saúde, nos termos conjugados do artigo 3.º da Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, da alínea d) do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, e do n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na última redacção que lhe foi conferida, o seguinte:

CAPÍTULO I

Avaliação do estado de influenciado pelo álcool

SECÇÃO I

Analisadores quantitativos

1.º Os analisadores quantitativos são instrumentos de medição da concentração da massa de álcool por unidade de volume na análise do ar alveolar expirado (TAE).

2.º Os aparelhos definidos no número anterior devem obedecer às seguintes características:

A — Características técnicas:

a) Cumprir os requisitos metrológicos e técnicos definidos no Regulamento do Controlo Metrológico dos Alcoólímetros;

b) Usar a unidade de leitura em gramas de álcool por litro de sangue (TAS) segundo o factor de conversão do teor de álcool no sangue fixado no n.º 3 do artigo 81.º do Código da Estrada;

B — Características gerais:

a) Possuir afixador alfanumérico que exiba a taxa de álcool no sangue do examinando (TAS) ou os motivos pelos quais não a pode determinar;

b) Ter acoplada impressora que emita talão, que contenha a taxa de álcool presente e ainda o número sequencial de registo, identificação do aparelho, data e hora da realização do teste;

c) Ser alimentados por corrente eléctrica alternada de 220 volts e contínua de 12 volts;

C — Características físicas — permitir o seu fácil transporte pelo operador e conter de forma legível e indelével as indicações seguintes:

- a) Marca;
- b) Modelo;
- c) Número de série;
- d) Identificação do fabricante;
- e) Unidade de leitura;
- f) Factor de conversão (TAE/TAS).

SECÇÃO II

Análise de sangue para quantificação da taxa de álcool

3.º A substância objecto da análise laboratorial de quantificação da taxa de álcool no sangue é o álcool etílico.

4.º A colheita do sangue destinado à realização das análises para quantificação da taxa de álcool é efectuada em estabelecimento da rede pública de saúde a que o examinando seja conduzido pelo agente de autoridade, o qual, em caso de acidente de viação, pode ser o serviço de saúde em que dê entrada.

5.º Para a realização da colheita prevista no número anterior, o agente de autoridade deve entregar no estabelecimento da rede pública de saúde um impresso do modelo do anexo I, acompanhado de uma bolsa devidamente selada de modelo aprovado pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), contendo o material destinado à recolha e acondicionamento da amostra, constituído por:

- a) Tubo com a capacidade mínima de 5 cc, contendo um anticoagulante e conservante adequados destinado à amostra de sangue;
- b) Contentor adequado ao acondicionamento do tubo referido na alínea anterior.

6.º O funcionário do estabelecimento da rede pública de saúde encarregado de receber o equipamento deve garantir a segurança das amostras e a sua correcta expedição para o Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

7.º No estabelecimento da rede pública de saúde, o médico que atender o examinando deve providenciar a obtenção de um volume de sangue venoso suficiente para encher por completo o tubo referido na alínea a) do n.º 5.º, recolhido de acordo com os procedimentos habituais, mas sem usar álcool como desinfectante cutâneo.

8.º Para a expedição, o tubo que contém a amostra de sangue é introduzido no contentor referido na alínea b) do n.º 5.º e, em seguida, fechado dentro de bolsa de modelo a aprovar pela ANSR.

9.º O médico que promover a colheita deve:

- a) Preencher, correcta e completamente, o impresso do modelo do anexo I;
- b) Entregar ao agente de autoridade que requisitou o exame o original preenchido, contendo a sua vinheta de identificação profissional;
- c) Entregar o duplicado ao examinado ou, caso não seja possível, ao agente de autoridade que requisitou o exame

para que, posteriormente, o entregue ao examinado ou a quem legalmente o represente;

d) Providenciar para que sejam introduzidos na bolsa referida no número anterior a amostra de sangue, devidamente acondicionada no tubo e contentor respectivos, e o triplicado do impresso preenchido, contendo a sua vinheta de identificação profissional;

e) Providenciar para que a bolsa selada seja remetida, de imediato, à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., da sua área ou, caso não seja possível, que seja mantida refrigerada até à sua remessa.

10.º O relatório da análise para quantificação da taxa de álcool no sangue, referido no n.º 3 do artigo 6.º do Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas, aprovado pela Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, obedece ao modelo do anexo II, devendo o original ser remetido à entidade fiscalizadora requisitante, o duplicado à ANSR e o triplicado arquivado na delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., que proceder à análise.

SECÇÃO III

Exame médico

11.º No exame médico para avaliação do estado de influenciado pelo álcool, referido no artigo 7.º do Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas, deve ser observado o seguinte:

A — Aspecto geral:

Apresentação — fâcies, conjuntivas, hálito, pulso;

B — Provas de equilíbrio:

- a) Equilíbrio (olhos abertos e pés juntos);
- b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo;
- c) Equilíbrio sobre o pé direito;
- d) Sinal de Romberg;
- e) Marcha (olhos abertos);
- f) Marcha (olhos fechados e percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos);
- g) Marcha pé ante pé;

C — Coordenação dos movimentos:

- a) Prova do dedo indicador ao nariz;
- b) Prova de oposição dos dedos indicadores, da mão esquerda e da mão direita;
- c) Rítmicos alternados;
- d) Tremor dos dedos das mãos — tipo intencional e postural;

D — Funções cognitivas:

- a) Orientação temporal;
- b) Orientação espacial;
- c) Orientação autopsíquica;
- d) Orientação alopsíquica;
- e) Memória;
- f) Juízo crítico;
- g) Conversação sobre tema banal, de preferência profissional;
- h) Leitura (em voz alta) e compreensão de um texto;
- i) Descrição de uma gravura;
- j) Interpretação de uma gravura;

- l) Dicção;
- m) Escrita;
- n) Cálculo simples;
- o) Contar de 20 a 1;

E — Provas oculares:

- a) Reacção pupilar à luz;
- b) Reacção pupilar à acomodação;
- c) Nistagmo;

F — Reflexos:

- a) Reflexos rotulianos — à esquerda e à direita;
- b) Reflexos aquilianos — à esquerda e à direita;

G — Sensibilidade:

- a) Dolorosa;
- b) Discriminativa;

H — Entrevista:

- a) Contacto com o médico;
- b) Atitude geral no decorrer da observação;

I — Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado;

J — Declarações do observado:

- a) Dia e hora da última refeição e tipo de alimentos consumidos;
- b) Bebidas alcoólicas ingeridas nas últimas doze horas: qualidade, quantidade e hora da última ingestão;
- c) Hábitos alcoólicos, doenças registadas e medicamentos em uso.

12.º O médico que efectuar o exame deve, após a sua conclusão, preencher em triplicado o impresso do modelo do anexo III e apor a sua vinhetta de identificação profissional no original.

13.º O original do impresso referido no número anterior, com carimbo do estabelecimento de saúde, deve ser enviado ao departamento da autoridade fiscalizadora que solicitou o exame, o duplicado é entregue ao examinando e o triplicado é arquivado naquele estabelecimento.

CAPÍTULO II

Avaliação do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas

SECÇÃO I

Exame de rastreio

14.º Nos exames de rastreio a efectuar, pelas entidades fiscalizadoras, em amostras de saliva, suor ou urina, o agente de autoridade deve utilizar os equipamentos aprovados e usar os procedimentos constantes do despacho de aprovação para cada equipamento.

15.º Nos exames de rastreio na urina, realizado em estabelecimentos da rede pública de saúde, são utilizados imunoensaios apropriados, tendo em conta as substâncias e concentrações previstas no quadro n.º 2 do anexo V, devendo o agente de autoridade que conduzir o examinando entregar ao médico daquele estabelecimento um impresso do modelo do anexo IV.

16.º Os exames previstos no número anterior devem ser executados, de acordo com os procedimentos do fabricante ou de validação interna, numa amostra de urina com o volume mínimo de 30 ml, sendo os resultados considerados positivos quando os valores obtidos forem iguais ou superiores às concentrações indicadas no quadro n.º 2 do anexo V.

17.º Nos exames de rastreio no sangue, realizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., são utilizados imunoensaios apropriados, tendo em conta as substâncias previstas no quadro n.º 1 do anexo V.

18.º Se o resultado do exame de rastreio previsto no n.º 15.º for negativo, o médico deve:

- a) Preencher, completa e correctamente, o impresso do modelo do anexo IV, colocando a sua vinhetta de identificação profissional e o carimbo do estabelecimento no original e no triplicado;
- b) Entregar o original ao agente de autoridade, o duplicado ao examinado e arquivar o triplicado no estabelecimento de saúde.

19.º Se o resultado do exame referido no número anterior for positivo ou na impossibilidade de realização daquele exame, o médico deve providenciar a obtenção de um volume de sangue venoso destinado a exame de rastreio e confirmação, a realizar no Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

20.º Para a colheita da amostra de sangue, o agente de autoridade deve entregar no estabelecimento da rede pública de saúde além do impresso do modelo do anexo IV a bolsa referida no n.º 5.º contendo:

- a) Tubo com a capacidade mínima de 10 cc, com anti-coagulante e conservante adequados destinado à amostra de sangue;
- b) Contentor adequado ao acondicionamento do tubo referido na alínea anterior.

21.º Após a colheita de sangue o médico deve preencher completa e correctamente o impresso do modelo IV, referido no n.º 15.º, e seguir, com as devidas adaptações, os procedimentos constantes das alíneas b) a e) do n.º 9.º

SECÇÃO II

Exame de confirmação

22.º O exame de confirmação da presença de substâncias psicotrópicas no sangue destina-se a identificar a substância ou substâncias e ou seus metabolitos que, em exame de rastreio, apresentaram resultados positivos.

23.º Considera-se que o exame de confirmação é positivo sempre que revele a presença de qualquer das substâncias psicotrópicas previstas no quadro n.º 1 do anexo V ou de outra substância ou produto, com efeito análogo, capaz de perturbar a capacidade física, mental ou psicológica do examinado para o exercício da condução de veículo a motor com segurança.

24.º Concluído o exame de confirmação, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., que o efectuou deve preencher o relatório do modelo do anexo VI, enviar o original à entidade fiscalizadora requisitante, no prazo máximo de 30 dias a contar da data da recepção da adequada e efectiva solicitação dos exames, o duplicado à ANSR e arquivar o triplicado.

SECÇÃO III

Exame médico

25.º No exame médico destinado a avaliar o estado de **influenciado por substâncias psicotrópicas referido no n.º 1 do artigo 13.º do Regulamento para a Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas** deve ser observado o seguinte:

A — Observação geral:

- a) Estado geral e de nutrição;
- b) Aspecto geral e coloração da pele e mucosas — estigmas de picadas nas mãos, antebraços, braços, sangradouros, pescoço, trajecto das jugulares, pés ou outros, sinais de abscessos e fleimões, lesões cutâneas cicatrizadas, pele pálida, cianosada ou húmida, sudação, piloerecção;
- c) Temperatura;
- d) Pulso;
- e) Tensão arterial;
- f) Frequência respiratória;
- g) Amplitude respiratória;
- h) Olhos — pupilas, conjuntivas hiperemiadas, lacrimação;
- i) Nariz — rinorreia, crises esternutatórias, septo nasal;
- j) Boca — hálito etílico, hálito a amoníaco, hálito a éter, mucosas, higiene oral, cáries dentárias, dentes incisivos;

B — Estado mental:

- a) Nível de consciência;
- b) Contacto com o médico;
- c) Comportamento motor;
- d) Atitude no decorrer da observação;
- e) Funções cognitivas:

Orientação temporal;
Orientação espacial;
Orientação autopsíquica;
Orientação alopsíquica;
Memória;
Juízo crítico;
Conversação;
Leitura;
Interpretação de uma gravura;
Dicção;
Escrita;
Cálculo simples;
Contar de 20 a 1;

- f) Percepção;
- g) Pensamento;

C — Provas de equilíbrio:

- a) Equilíbrio;
- b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo;
- c) Equilíbrio sobre o pé direito;
- d) Sinal de Romberg;
- e) Marcha (olhos abertos);
- f) Marcha (olhos fechados percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos);
- g) Marcha pé ante pé;

D — Coordenação dos movimentos:

- a) Prova do dedo indicador ao nariz;
- b) Prova de oposição dos dedos indicadores, da mão esquerda e da mão direita;

- c) Rítmicos alternados;
- d) Tremor dos dedos das mãos;

E — Provas oculares:

- a) Miose ou midríase;
- b) Reacção pupilar à luz;
- c) Reacção pupilar à acomodação;
- d) Nistagmo;

F — Reflexos:

- a) Reflexos rotulianos: à esquerda, à direita;
- b) Reflexos aquilianos: à esquerda, à direita;

G — Sensibilidade:

- a) Dolorosa;
- b) Discriminativa;

H — Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado;

I — Declarações do observado:

- a) Outras substâncias psicotrópicas ingeridas nas últimas vinte e quatro horas — via de administração e hora **do último consumo: Qualidade, quantidade e forma de consumo: oral, inalada, fumada, injectada;**
- b) Hábitos toxicofílicos;
- c) Doenças registadas;
- d) Medicação realizada nas últimas setenta e duas horas, **tendo em atenção os fármacos potencialmente responsáveis por reacções cruzadas com substâncias ilícitas, nomeadamente descongestionantes nasais, antitússicos, antiespasmódicos, analgésicos, antigripais, antidiarreicos ou simpaticomiméticos.**

26.º Concluído o exame referido no número anterior, **o médico deve preencher, em triplicado, o relatório do exame do modelo do anexo VII, colocar a sua vinheta de identificação profissional e mandar proceder de acordo com o disposto no n.º 13.º**

CAPÍTULO III

Disposições finais

27.º As delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., não devem efectuar os exames de rastreio ou de confirmação quando verifiquem a ocorrência de quaisquer factos que possam pôr em causa a integridade ou a identidade da amostra.

28.º Sempre que não seja realizado o exame solicitado, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., deve:

- a) Dar conhecimento à entidade fiscalizadora dos fundamentos para a não realização do exame solicitado;
- b) Suspender a realização da análise até que se mostrem reunidas as condições necessárias à sua realização;
- c) Conservar a amostra durante o período de tempo previsto no artigo 16.º do Regulamento para a Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas.

29.º A aquisição dos equipamentos e a preparação dos impressos necessários à aplicação do presente diploma são efectuadas do seguinte modo:

- a) A ANSR procede à aquisição das bolsas referidas nos n.ºs 5.º e 8.º, que, posteriormente entrega às delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., e ao

equipamento referido no n.º 14.º que fornece às entidades fiscalizadoras;

b) O Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., procede à aquisição dos tubos para recolha de sangue, respectivos contentores referidos nas alíneas a) e b) do n.º 5.º e no n.º 8.º, à preparação das bolsas e à elaboração dos impressos constantes dos anexos II e VI;

c) As entidades fiscalizadoras procedem à elaboração e distribuição pelas suas unidades dos impressos previstos nos anexos I, III, IV e VII, bem como à recolha e distribuição das bolsas desde as delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., até às respectivas unidades;

d) Os estabelecimentos de saúde procedem à colheita das amostras de urina e de sangue, sendo a amostra de sangue acondicionada e enviada para a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., da área, no material aprovado pela ANSR.

30.º Os estabelecimentos da rede pública de saúde devem também fornecer à ANSR, mensalmente, a identificação dos intervenientes nos acidentes de viação, mortos nas vinte e quatro horas subsequentes à entrada no respectivo estabelecimento.

31.º A presente portaria tem sete anexos, fazendo dela, todos, parte integrante.

32.º É revogada a Portaria n.º 1006/98, de 30 de Novembro.

33.º A presente portaria entra em vigor no dia 15 de Agosto de 2007.

Pelo Ministro da Administração Interna, *Ascenso Luís Seixas Simões*, Secretário de Estado da Protecção Civil, em 10 de Agosto de 2007. — Pelo Ministro da Justiça, *José Manuel Vieira Conde Rodrigues*, Secretário de Estado Adjunto e da Justiça, em 9 de Agosto de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*, em 9 de Agosto de 2007.

ANEXO I

ANÁLISE PARA QUANTIFICAÇÃO DA TAXA DE ÁLCOOL NO SANGUE

Entidade Fiscalizadora requeritante _____

NOME:	
Contribuinte n.º	Data de nascimento
Licença ☐ Carta ☐ N.º	Emitida por:
B.I. ☐ Passaporte ☐ N.º	Emitido por:
Domicílio	
Código Postal	
Interviente em acidente ☐	Condutor ☐
Contra Prova ☐	Peão ☐

Resultado obtido no teste de ar expirado:

Data do teste	Hora do teste
Resultado:	

Estabelecimento de Saúde: _____

Amostra de sangue

Data da colheita	Selo n.º
Hora da colheita:	

Medicação efectuada antes da realização da colheita e após entrada no hospital: _____

Medicamentos e dosagens administrados nas últimas 48 horas: _____

Assinatura do examinado: _____

Assinatura da testemunha em caso do examinado não assinar: _____

Identificação da testemunha: _____ B.I. _____

Assinatura do médico: _____

(carimbo estabelecimento saúde)

Vinheta

BEAV n.º:

Condutor: A B C D E F G

A preencher pela entidade fiscalizadora

ANEXO II

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Delegação de _____ do Instituto Nacional de Medicina Legal IP

Para

Entidade Fiscalizadora

RELATÓRIO N.º _____

Análise laboratorial para quantificação da taxa de álcool no sangue de:

Local de colheita _____

Data e hora da colheita _____ às _____ horas _____ min.

Data e hora de recepção: _____ às _____ horas _____ min.

Selo n.º _____

Resultado:

Concentração de álcool etílico _____ g/l

Observações:

Delegação de _____ do INML, _____ de _____ de _____

O Serviço de Toxicologia Forense

ANEXO III

MINISTÉRIO DA SAÚDE

EXAME PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INFLUENCIADO PELO ÁLCOOL

RELATÓRIO MÉDICO

Entidade Fiscalizadora requeritante _____

NOME:	
Contribuinte n.º	Data de nascimento
Licença ☐ Carta ☐ N.º	Emitida por:
B.I. ☐ Passaporte ☐ N.º	Emitido por:
Domicílio	
Código Postal	
Interviente em acidente ☐	Condutor ☐
Contra Prova ☐	Peão ☐

(Riscar o que não interessa:)

A. Aspecto geral:

- a) Fícces ruborizadas - *Ausente, Presente.*
 b) Conjuntivas hiperemias - *Ausente, Presente.*
 c) Hálito etílico - *Ausente, Presente.*
 d) Pulso.

B. Provas de equilíbrio:

- a) Equilíbrio (olhos abertos e pés juntos) - *Boa, Mau, Deficiente.*
 b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo - *Boa, Mau, Deficiente.*
 c) Equilíbrio sobre o pé direito - *Boa, Mau, Deficiente.*
 d) Sinal de Romberg (olhos fechados e pés juntos) - *Negativo, Positivo.*
 e) Marcha (olhos abertos) - *Normal, Lenta, Em zig-zag, Oscilante, Pernas afastadas, Quadas.*
 f) Marcha (olhos fechados percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos) - *Normal, Lenta, Em zig-zag, Oscilante, Pernas afastadas, Quadas, Não consegue orientar-se.*
 g) Marcha pé ante pé - *Sem/sem desequilíbrio.*

C. Coordenação dos movimentos:

- a) Prova do dedo indicador ao nariz - *Normal, Anormal.*
 b) Prova de oposição dos dedos indicadores da mão esquerda e da mão direita - *Normal, Anormal.*
 c) Rítmicos alternados (afiar navalha, percussão, dar corda ao relógio) - *Normal, Anormal.*
 d) Tremor dos dedos das mãos - tipo intencional ou postural - *Não tem, Tem, Acentuado, Ligeiro.*

D. Funções cognitivas:

- a) Orientação temporal (dia, mês, ano, tempo de viagem) - *Mantida, Abstrada.*

b) Orientação espacial (onde está, onde reside, caminho percorrido até ao exame) - *Mantida, Alterada.*
 c) Orientação autopsíquica (nome, filiação, profissão, estado civil) - *Mantida, Alterada.*
 d) Orientação alopsíquica (identificação dos circunstâncias) - *Mantida, Alterada.*
 e) Memória: **Imediata** - *Mantida, Alterada; Recente* - *Mantida, Alterada; Remota* - *Mantida, Alterada.*
 f) Juízo crítico - *Mantida, Alterada.*
 g) Conversação (sobre tema banal, de preferência profissional) ☐ Normal, *Com erros, Aburda (idéias delirantes, idéias delirantes).*

Verso

b) Lettura (em voz alta) e compreensão de um texto - *Boa, Má, Deficiente.*
 c) Descrição de uma gravura - *Boa, Má, Deficiente.*
 d) Interpretação de uma gravura - *Boa, Má, Deficiente.*
 e) Dicción - *Normal, Lenta, Rápida, Hesitante, Explosiva, Incompreensiva, Falha nas palavras teste.*
 f) Escrita - *Normal, Tremida, Illegível, Palavras incompletas.*
 g) Cálculo simples - *Correto, Incorreto, Lento.*
 h) Contar de 20 a 1 (tempo máximo, vinte segundos) - *Conseguiu, Não conseguiu.*

E. Provas oculares:

a) Reacção pupilar à luz - *Tem, Não tem.*
 b) Reacção pupilar à acomodação ☐ *Tem, Não tem.*
 c) Nistagmo - *Tem, Não tem.*

F. Reflexos:

a) Reflexos rotulianos:
 à esquerda: *Normal, Aumentado, Diminuído, Abolido, à direita: Normal, Aumentado, Diminuído, Abolido.*
 b) Reflexos aquilinos:
 à esquerda: *Normal, Aumentado, Diminuído, Abolido, à direita: Normal, Aumentado, Diminuído, Abolido.*

G. Sensibilidade:

a) Dolorosa - *Mantida, Alterada.*
 b) Discriminativa - *Mantida, Alterada.*

H. Entrevista:

a) Contacto com o médico - *Bom, Mau, Deficiente.*
 b) Atitude geral no decorrer da observação - *Normal, Excitação, Apatia, Vivacidade, Lentidão, Euforia, Tristeza, Sinceridade, Falsidade, Fantasia.*

I. Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado.

.....

J. Declarações do observado:

a) Dia e hora da última refeição - hora(s) min. - Tipo de alimentos.....
 b) Bebidas alcoólicas ingeridas nas últimas doze horas..... A que horas bebeu pela última vez..... hora(s) minutos - Qualidades e quantidades.....
 c) Hábitos alcoólicos.....
 Doenças registadas.....
 Medicamentos em uso.....

L. Conclusões:

- Pelo exame efectuado, conclui-se que:
 a) O observado não apresenta sintomas de poder estar influenciado pelo álcool.
 b) O observado apresenta sintomas de poder estar influenciado pelo álcool.

Assinatura do examinado: _____

Assinatura de testemunha em caso do examinado não assinar: _____

Identificação da testemunha: _____ B.I. _____

Assinatura do médico: _____

(carimbo estabelecimento saúde)

Vinheta

ANEXO IV

EXAME DE CONFIRMAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

Entidade Fiscalizadora requisitante

NOME: _____
 Contribuinte n.º _____ Data de nascimento _____
 Licença ☐ Carta ☐ N.º _____ Emitida por: _____
 B.I. ☐ .Passaporte ☐ N.º _____ Emitido por: _____
 Domicílio _____
 Código Postal _____ - _____
 Interviente em acidente ☐ Conductor ☐
 Contra Prova ☐ Peão ☐

Resultado do exame de rastreio na ☐ Urina ☐ Saliva ☐ Suor

Imunoensaio utilizado:

Canabinóides ☐ Neg. ☐ Pos.
 Cocaína/Opiáceos ☐ Neg. ☐ Pos.
 Anfetaminas ☐ Neg. ☐ Pos.
 (se positivo indicar as unidades de absorvância obtidas)

Estabelecimento de Saúde:

Amostra de sangue Determinações analíticas solicitadas
 Data da colheita: _____ Canabinóides ☐
 Hora da colheita: _____ h _____ m Cocaína e metabolitos ☐
 Selo N.º _____ Opiáceos ☐
 Anfetaminas e derivados ☐
 Outras: _____

Medicação efectuada antes da realização da colheita e após entrada no hospital: _____

Medicamentos e dosagens administrados nas últimas 48 horas: _____

Assinatura do examinado: _____

Assinatura da testemunha em caso do examinado não assinar: _____

Identificação da testemunha: _____ B.I. _____

Assinatura do médico: _____

(carimbo estabelecimento saúde)

Vinheta

ANEXO V

Quadro 1

SUBSTÂNCIAS A ANALISAR

Grupo	Substância
Canabinóides	Δ^9 Tetrahydrocannabinol (THC); 11 - Hidroxi - Δ^9 tetrahydrocannabinol (11-OH-THC) 11 - Nor - 9- carboxy- Δ^9 tetrahydrocannabinol (THCCOOH)
Opiáceos	Morfina; 6 Monoacetilmorfina (6MAM)
Cocaína e metabolitos	Cocaína; Benzoilecgonina
Anfetaminas e derivados	Anfetamina; Metanfetamina; 3,4 Metilendioxi-anfetamina (MDA) 3,4 Metilendioxi-metanfetamina (MDMA) 3,4 Metilendioxi-etanfetamina (MDE; MDEA) 3,4 Metilendioxi-fetil-2-butamina (MBDB)

Quadro 2

VALORES DE CONCENTRAÇÃO PARA EXAME DE RASTREIO NA URINA

Grupo de Substâncias	Concentração (ng/ml)
Canabinóides	50
Cocaína e metabolitos	300
Opiáceos	300
Anfetaminas	1000

BEAV n.º:

Conductor: A B C D E F G

A preencher pela entidade fiscalizadora

ANEXO VI

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Delegação de _____ do Instituto Nacional de Medicina Legal IP

Para

Entidade Fiscalizadora

RELATÓRIO N.º _____

Análise laboratorial para rastreio/confirmação de substâncias psicotrópicas no sangue de:

Local de colheita

Data e hora da colheita _____ às _____ horas _____ min.

Data e hora de recepção: _____ às _____ horas _____ min.

Selo n.º

Resultado:

Substância	Resultado
Canabinóides	☐
Cocaína e metabolitos	☐
Opiáceos	☐
Anfetaminas e derivados	☐
Outras:	☐
Observações	

Delegação de _____ do INML, _____ de _____ de _____

O Serviço de Toxicologia Forense

ANEXO VII

MINISTÉRIO DA SAÚDE

EXAME MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INFLUENCIADO POR
SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

(Canabinóides, Cocaína, Opiáceos, Anfetaminas ou Outras)

Entidade Fiscalizadora requiriente _____

NOME: _____

Contribuinte n.º _____ Data de nascimento _____

Licença ☐ Carta ☐ N.º _____ Emitida por: _____B.I. ☐ Passaporte ☐ N.º _____ Emitido por: _____

Domicílio _____

Código Postal _____

Interveniente em acidente ☐Condutor ☐Contra Prova ☐Peão ☐

(Riscar o que não interessa.)

A - Observação Geral

Estado geral e de nutrição - *Bom. Deficiente. Mau.*

Aspecto geral e coloração da pele e mucosas:

Estigmas de picadas nas mãos, antebraço, braço, sangradouro, pescoço, trajeto das jugulares, pés ou outros.

Sinais de abcessos e flegmões Lesões cutâneas cicatrizadas. Pele pálida, cianótica, húmida.

Sudação. Piloerecção. Temperatura. Pulso. Tensão arterial. Frequência respiratória.

Amplitude respiratória: *Superficial. Profunda. Regular.*Olhos: Pupilas: *Miase. Midríase. Normais.*Conjuntivas hiperemiadas - *Presente. Ausente.*Lacrimação - *Presente. Ausente.*Nariz: Rinorreia - *Presente. Ausente.*Crises estereotípicas - *Presente. Ausente.*Septo nasal - *Sem alteração. Atrofiado. Perfurado. Não observável. Outra.*Boca: Hálito etílico - *Presente. Ausente.*Hálito a amoníaco - *Presente. Ausente.*Hálito a éter - *Presente. Ausente.*Mucosas - *Hidratadas/ desidratadas.*Higiene oral - *Bom. Deficiente. Má.*Cáries dentárias - *Presente. Ausente. Raras. Múltiplas.*Dentes incisivos - *Escarvados. Normais.*

B - Estado Mental

a) Nível de consciência - *Vigil. Sonolento. Estuporoso. Comatoso.*b) Contacto com o médico - *Bom. Mau. Deficiente.*c) Comportamento motor - *movimentos lentificados, rápidos, abruptos, harmoniosos, ausentes, típicos (movimentos estereotipados repetitivos), tremores, agitação, inquietação*d) Atitude no decorrer da observação - *Normal, cooperante, confiante, evasivo, arrogante, apático, excitado, vivacidade, lentidão, indiferença, enjolia, tristeza, insegurança, desconfiança, inquietação, ansiedade, irritabilidade, zombeteirice, falsidade, fantasia, hostilidade, labilidade emocional, agressividade, inibição, desinibição, pânico.*

e) Funções cognitivas:

e.1) Orientação temporal (dia, mês, ano, tempo de viagem) - *Mantida. Alterada.*e.2) Orientação espacial (onde está, onde reside, caminho percorrido até ao exame) - *Mantida. Alterada.*e.3) Orientação autopsíquica (nome, filiação, profissão, estado civil) - *Mantida. Alterada.*e.4) Orientação alopsíquica (identificação dos circundantes) - *Mantida. Alterada.*e.5) Memória: *Imediata - Mantida. Alterada. Recente: Mantida. Alterada. Remota: Mantida. Alterada.*e.6) Juízo crítico - *Mantida. Alterado.*e.7) Conversação (sobre tema banal, de preferência profissional) - *Normal. Com erros. Absurda (idéias delirantes, idéias delíridas).*e.8) Leitura (em voz alta) e compreensão de um texto - *Bom. Má. Deficiente.*e.9) Interpretação de uma gravura - *Bom. Má. Deficiente.*e.10) Dicção - *Normal. Lenta. Rápida. Hesitante. Explosiva. Incompreensível. Falha nas palavras.*e.11) Escrita - *Normal. Tremida. Illegível. Palavras incompletas.*e.12) Cálculo simples - *Correcto. Incorrecto. Lento.*e.13) Contar de 20 a 1 (tempo máximo, vinte segundos) - *Conseguiu. Não conseguiu.*f) Percepção e pensamento - (experiências anormais referidas ao ambiente, ao corpo e a si próprio)
abscinações visuais, auditivas, tácteis; sentir-se perseguido, observado, caluniado, a impressão de
ter o pensamento controlado ou influenciado (delírio persecutório pensamento de ser roubado).

C - Provas de Equilíbrio:

a) Equilíbrio (olhos abertos e pés juntos) - *Bom. Mau. Deficiente.*b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo - *Bom. Mau. Deficiente.*c) Equilíbrio sobre o pé direito - *Bom. Mau. Deficiente.*d) Sinal de Romberg (olhos fechados e pés juntos) - *Negativo. Positivo.*e) Marcha (olhos abertos) - *Normal. Lenta. Em zigzag. Oscilante. Pernas afastadas. Quedas.*f) Marcha (olhos fechados percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos) - *Normal. Lenta. Em zigzag. Oscilante. Pernas afastadas. Quedas. Não consegue orientar-se.*g) Marcha pé ante pé - *Sem e com desequilíbrio.*

D - Coordenação dos Movimentos

a) Prova do dedo indicador ao nariz - *Normal. Anormal.*b) Prova de oposição dos dedos indicadores da mão esquerda e da mão direita - *Normal. Anormal.*c) Rítmicos alternados - (afiar navalha, percussão, dar corda ao relógio) - *Normal. Anormal.*d) Tremor dos dedos das mãos (tipo intencional ou postural) - *Não tem. Tem acentuado. Leve.*

E - Provas oculares

a) Miase ou midríase

b) Reacção pupilar à luz - *Tem. Não tem.*c) Reacção pupilar à acomodação - *Tem. Não tem.*d) Nistagmo - *Tem. Não tem.*

F - Reflexos:

a) Reflexos rotulianos:

- à esquerda: *Normal, aumentado, diminuído, abolido;*- à direita: *Normal, aumentado, diminuído, abolido.*

b) Reflexos aquilianos:

- à esquerda: *Normal, aumentado, diminuído, abolido;*- à direita: *Normal, aumentado, diminuído, abolido.*

G - Sensibilidade:

a) Dolorosa: *mantida, alterada;*b) Discriminativa: *mantida, alterada*

H - Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado

I - Declarações do observado

a) Outras substâncias psicotrópicas consumidas nas últimas vinte e quatro horas

A que horas consumiu, e via de consumo pela última vez horas(s) minutos.

Qualidades, quantidade e forma de consumo - *Oral - Inalada - Fumada - Injectada -*

b) Hábitos toxicofílicos

Doenças registadas

Medicação realizada nas últimas 72 horas

J - Conclusões

- *Pelo exame efectuado, conclui-se que o observado:*

a) Não apresenta sintomas e/ou sinais de poder estar influenciado por marijuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas ou outra substância psicotrópica.

b) Apresenta sintomas e/ou sinais de poder estar influenciado por marijuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas ou outra substância psicotrópica.

c) Apresenta sintomas e/ou sinais de poder estar em privação/abstinência de opiáceos, cocaína anfetaminas ou outra substância psicotrópica.

Assinatura do examinado: _____

Assinatura de testemunha em caso do examinado não assinar: _____

Identificação da testemunha: _____ B.I. _____

Assinatura do médico: _____

Vinheta

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

Preço deste número (IVA incluído 5%)

€ 0,56

Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://dre.pt>
Correio electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 808 200 110 • Fax: 21 394 5750Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A.,
Departamento Indústria, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa

na Rua de Marcos de Portugal, 10, 2810-260 Laranjeiro, de modo a passar pela estação ferroviária da REFER/FERTAGUS de Palmela, passando a mesma a designar-se por Palmela-Palmela (estação da REFER).

9 de Agosto de 2007. — Pela Directora, a Chefe de Secção, *Maria Fernanda Pinto*.

2611048690

Aviso n.º 18 225/2007

Por despacho de 17 de Julho de 2007 do subdirector-geral dos Transportes Terrestres e Fluviais, em substituição, nos termos do artigo 41.º, n.º 2, do CPA, foram autorizados os cancelamentos das concessões de carreiras de serviço público a seguir indicadas: alvará n.º 1732 — Areia (largo) Cascais (estação) p/Quinta da Marinha; alvará n.º 3984 — Oeiras (estação)-Talaíde; alvará n.º 4692 — Cabreiro-Cascais (estação) p/Carrascal; alvará n.º 5253 — Oeiras (estação) — Rio de Mouro (estação) p/Mem Martins (estação); alvará n.º 6091 — Mem Martins (estação) — Rio de Mouro (estação) p/Bairro S. Minas e Alto Forte; alvará n.º 7461 — Abrunheira (centro) — Algueirão Velho (Bairro N. Imagem) p/Rio de Mouro (estação); alvará n.º 7511 Sassoeiros — Sassoeiros (circ.) p/Bairro Augusto Castro; alvará n.º 7556 — Alto Forte (Feira Nova) — Mem Martins (estação).

Em nome da empresa SCOTTURB — Transportes Urbanos, L.ª, com sede na Rua de São Francisco, 660, Adroana, 2645-019 Alcábidache.

10 de Agosto de 2007. — Pela Directora, a Chefe de Secção, *Maria Fernanda Pinto*.

2611048871

Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos, I. P.

Aviso (extracto) n.º 18 226/2007

Por deliberação do conselho directivo do Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos, I. P., em sua sessão de 28 de Junho de 2007, foi autorizada, ao abrigo do artigo 14.º, n.º 4, da Portaria n.º 1098/99, de 21 de Dezembro, a reconversão, com efeitos a partir de 1 de Julho de 2007, do funcionário Humberto Amores Pereira, operador de cais, grau 1 — BR 15, para agente de exploração, grau 2 — BR 15. (Não carece de visto ou autorização do Tribunal de Contas.)

11 de Setembro de 2007. — A Presidente do Conselho Directivo, *Natércia Cabral*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho normativo n.º 35/2007

Considerando que a fiscalização da condução sob influência de substâncias psicotrópicas era até agora apenas realizada através de análises de urina e de sangue, cujas colheitas são efectuadas exclusivamente nos estabelecimentos da rede pública hospitalar, dada a inexistência de equipamentos adequados que permitissem, de modo rápido e seguro, fazer a despistagem noutros fluidos biológicos;

Considerando que a introdução dos testes na saliva tornou possível e viável fazer o rastreio do consumo de substâncias psicotrópicas na via pública pelas entidades fiscalizadoras;

Considerando ser necessário dotar os agentes de autoridade de conhecimentos que lhes permitam, com eficiência, detectar indícios de consumo de substâncias psicotrópicas pelos condutores;

Ao abrigo do disposto no artigo 9.º da Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, para efeitos de aplicação do n.º 1 do artigo 157.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, determino o seguinte:

1 — É aprovado o guia orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas, anexo ao presente despacho normativo e que dele faz parte integrante.

2 — O guia tem por objectivo auxiliar os agentes de autoridade na detecção de indícios indicativos de que o condutor fiscalizado possa estar sob influência de alguma substância psicotrópica capaz de interferir negativamente na sua capacidade para conduzir com segurança.

11 de Setembro de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

ANEXO

Guia orientador de indícios de influência por substâncias psicotrópicas

Todos os indícios constantes do presente guia constituem meros indicadores, devendo ser sempre complementados com exames de rastreio e, se necessário, de confirmação previstos na Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio.

1 — Consumidor de opiáceos (heroína ou outros):

1.1 — Estigmas não determinantes:

a) Estigmas corporais de consumo:

Múltiplas punções nos trajectos venosos, nomeadamente da mão, antebraço, prega do cotovelo, pescoço e pés;
Sinais de abscessos ou fleimões;
Higiene oral deficiente, múltiplas cáries dentárias;

b) Outros estigmas não determinantes, como a posse de:

Colher (habitualmente carbonizada e torcida);
Caricas de garrafas;
Limão ou fragmentos;
Seringas (habitualmente de insulina);
Colher de papel de alumínio («pratas») ou de maço de cigarros sem a «prata»;
Bolinhas de algodão e ou filtros de cigarros;
Isqueiro, normalmente com a chama elevada;
Fragmentos de palhinhas de sumo, restos de saquinhos de plástico;
Roupa queimada com cigarros;
Tubos de papel ou notas enroladas na ponta.

1.2 — Efeito do consumo ou de intoxicação aguda de opiáceos aspecto geral:

Pupilas oculares contraídas (mióticas);
Discurso lentificado, fala arrastada, sonolência;
Sendo dependente, com frequência, apresenta mau estado físico geral;
Eventual entorpecimento mental (estado de estupor) ou até de coma, podendo também estar agitado;
Pele pálida, arroxeadas (cianosadas) e húmida;
Pulso fraco (filiforme);
Frequência cardíaca baixa (bradicardia);
Frequência respiratória baixa (bradipneia), eventualmente ausência de respiração (apneia);
Hipertensão arterial;
Náuseas e ou vômitos;
Sensibilidade reduzida (hipostesia).

1.3 — Privação/abstinência de opiáceos (ressaca):

a) Quadro clínico que apresente diversos sinais e sintomas de intensidade e gravidade variáveis:

Ansiedade;
Pupilas oculares dilatadas (midriáticas);
Suores;
Crises de espirros (esternutárias);
Lacrimação;
Dores musculares generalizadas;
Náuseas, vômitos;
Insónias;
Frequência respiratória acelerada (taquipneia);
Frequência cardíaca acelerada (taquicardia);
Diarreia;
Irritabilidade;
Inquietação/agitação psicomotora, tremórico ou, contrariamente, imóvel;
Elevação da temperatura (hipertermia);
Hipertensão arterial;
Convulsões;
Confusão mental (desorientação);

b) O síndrome de abstinência de heroína começa seis a doze horas após a última dose, atingindo o máximo de intensidade entre as vinte e quatro e setenta e duas horas, decrescendo progressivamente entre 6 a 10 dias.

2 — Consumidor de cocaína e de anfetaminas — no mercado farmacêutico português não existem anfetamínicos puros, mas sim medicamentos com efeito anfetamínico, habitualmente redutores do apetite alimentar (anorexígenos) e alguns psicoestimulantes.

2.1 — Estigmas de consumo não determinantes, como a posse de:

- Espelho pequeno;
- Canivete;
- Anorexígenos;
- Pó branco (cocaína), em fragmento de palhinha para consumo de bebidas ou embalado em papel, prata ou saquinho de plástico;
- Esferográficas sem carga (tipo *Bic*®);
- Garrafa plástica de água mineral perfurada;
- Caricas de garrafas;
- Bicarbonato de sódio;
- Éter;
- Amoníaco.

2.2 — Efeito do consumo ou intoxicação aguda de cocaína ou anfetamínicos — quadro clínico de hiperestimulação do sistema nervoso simpático:

- Pupila dilatada (midríase) ou pupilas normais;
- Euforia;
- Agitação;
- Variação súbita do humor (labilidade emocional);
- Ansiedade;
- Pânico;
- Irritabilidade;
- Delírio de perseguição;
- Agressividade;
- Entorpecimento mental (estado de estupor);
- Coma;
- Frequência cardíaca alta (taquicardia);
- Frequência cardíaca baixa (bradicardia);
- Perda súbita de consciência (colapso);
- Respiração acelerada (taquipneia);
- Respiração muito irregular (tipo Cheyne-Stokes);
- Paragem respiratória (apneia);
- Hipertensão arterial;
- Ritmo cardíaco irregular (arritmia);
- Insónias;
- Espasmos musculares;
- Tremores;
- Sudação profusa;
- Vómitos;
- Excitação sexual;
- Dores de cabeça (cefaleias);
- Boca seca (xerostomia);
- Convulsões;
- Febre;
- Necessidade imperiosa de urinar ou eventualmente de defecar;
- Confusão mental;
- Cheiro a amoníaco.

2.3 — Privação/abstinência de cocaína e de anfetamínicos:

- Ansiedade moderada a grave;
- Défice de atenção;
- Alterações da personalidade;
- Quadro delirante;
- Perda de sentido crítico;
- Indiferença/apatia;
- Agitação psicomotora;
- Hipersensibilidade de contacto (hiperestesia);
- Perturbações da coordenação motora;
- Sensação de opressão;
- Tristeza profunda moderada ou grave (perturbação depressiva);
- Comportamento suicida;
- Variações cíclicas de humor (perturbação ciclotímica ou bipolar);
- Tremores;
- Tiques;
- Perdas de peso;
- Magreza acentuada (caquexia);
- Atrofia do septo nasal;
- Lesões das vias intravenosas;
- Necrose das vias intravenosas.

3 — Consumidor de derivados da *Cannabis*:

3.1 — Substâncias objecto de consumo, habitualmente fumado:

- Erva ou marijuana — semelhante ao tabaco fino, com concentração variável mas ligeira de tetrahydrocannabinol (THC);
- Haxixe — pasta, habitualmente de cor de chocolate castanho, com maior concentração de tetrahydrocannabinol (THC);
- Óleo de haxixe, destilado líquido que se usa impregnado em cigarros.

3.2 — Estigmas de consumo não determinantes, como a posse de:

- Papel mortalha (tipo zigzag);
- Resíduos de tabaco;

- Maços de tabaco sem «pratas»;
- Papel ou cartão enrolado (para fazer de boquilha);
- Descongestionantes oculares;
- Fragmentos ou barras, de haxixe, habitualmente embrulhadas em papel ou prata;
- Pontas de mortalha;
- Caixas de fósforos grandes.

3.3 — Efeito do consumo de canabinóides — aspecto geral:

- Olhos vermelhos (conjuntivas oculares congestionadas);
- Sonolento;
- Mucosas secas (xerostomia);
- Descoordenação motora;
- Aumento do apetite alimentar;
- Ansiedade;
- Pânico;
- Inibição ou desinibição;
- Discurso imparável (logorreia);
- Variação súbita de humor (labilidade emocional);
- Irritabilidade;
- Confusão mental;
- Ausência de sentido crítico;
- Alternância de estados de vigília e de sonolência;
- Perturbação psicótica aguda (ideias delirantes e ou ouvir vozes).

Centro Hospitalar de Torres Vedras

Aviso n.º 18 227/2007

Por despacho do conselho de administração deste Centro Hospitalar de 12 de Setembro de 2007, Andreia Sofia Santos Silva, Luísa Manuela Gandaio Gonçalves Amaro Mota, Marco António Garcia da Silva, Maria José Cunha Graça Mira e Paulo Sérgio Simões Pinto foram nomeados definitivamente, após concurso, técnicos superiores de 1.ª classe do regime geral do quadro de pessoal do Hospital Distrital de Torres Vedras e integrado no Centro Hospitalar de Torres Vedras. (Isento de fiscalização prévia do Tribunal de Contas.)

14 de Setembro de 2007. — O Presidente do Conselho de Administração, *José Moreira Furtado Mateus*.

Direcção-Geral da Saúde

Despacho (extracto) n.º 22 303/2007

Por despacho de 1 de Setembro de 2007 do director-geral da Saúde, foi a licenciada Maria Isabel Castelão Pereira Catela Mota, assistente graduada da carreira médica de clínica geral do quadro da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., Centro de Saúde de Sete Rios, requisitada, nos termos do n.º 4 do artigo 6.º da Lei n.º 53/2006, de 7 de Dezembro, para o exercício de funções nesta Direcção-Geral, com efeitos a partir da data do despacho.

11 de Setembro de 2007. — O Director-Geral, *Francisco George*.

Hospital Distrital de São João da Madeira

Despacho (extracto) n.º 22 304/2007

Por despacho do conselho de administração deste Hospital de 10 de Setembro de 2007, foi renovada a autorização de acumulação de funções, dezanove horas semanais, no Centro de Hemodiálise — Centrodial, São João da Madeira, a Maria Isabel das Neves Sá Oliveira da Costa Moreira, enfermeira graduada do quadro de pessoal deste Hospital.

12 de Setembro de 2007. — O Presidente do Conselho de Administração, *Luís Matias*.

Despacho (extracto) n.º 22 305/2007

Por despacho do conselho de administração deste Hospital de 6 de Setembro de 2007:

Foram Maria Teresa da Silva Barbosa, Teresa Margarida da Silva Simões e Maria Lúcia Silva Oliveira promovidas, na sequência do concurso interno de acesso misto, a assistentes administrativas especialistas do quadro de pessoal deste Hospital, considerando-se exoneradas do anterior lugar a partir da data da aceitação.

Foi Carla de Fátima Nunes da Silva Lago, assistente administrativa principal do quadro distrital de vinculação do Porto, nomeada, na sequência de concurso interno de acesso misto, a assistente administrativa especialista do quadro de pessoal do Hospital Distrital de

INSTRUÇÃO TÉCNICA N.º 1/2007

Atendendo às diferentes questões que têm sido colocadas e discutidas relativamente à avaliação do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas, prevista nos artigos 81º e 152º a 157º do Código de Estrada, e ainda na Lei nº 18/2007, de 17 de Maio, e na Portaria nº 902-B/2007, de 13 de Agosto, vem o Presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária ao abrigo da alínea f) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto-Lei n.º 77/2007, de 29 de Março, estabelecer a seguinte instrução técnica:

I – PROCEDIMENTOS GERAIS

- 1 - As substâncias psicotrópicas, especialmente avaliadas em sede do Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência de Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, são apenas as canabinóides, cocaína e seus metabolitos, opiáceos e anfetaminas e seus derivados.
- 2 - Estão sujeitos a exames para detecção do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas, os condutores que, em acções de fiscalização, mostrem indícios, segundo o Guia Orientador, de poderem estar influenciados por alguma das substâncias referidas no número anterior, bem como os condutores e peões intervenientes em acidentes de viação de que resultem mortos ou feridos graves.
- 3 - Estão ainda sujeitos a exames para detecção do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas quem se propuser iniciar a condução, quando haja indícios de que se encontram sob a influência de substâncias psicotrópicas. Neste caso, sendo o exame de rastreio positivo, ou recusando-se o potencial condutor a submeter-se ao referido exame, deve o agente

fiscalizador do trânsito impedir o início de condução, com a advertência de que caso o faça pratica o crime de desobediência qualificada.

4 - A fiscalização das referidas substâncias psicotrópicas faz-se através de um exame prévio de rastreio e, caso o seu resultado seja positivo, de um exame de confirmação.

5 - Quando a colheita de sangue não se mostre possível, é realizado um exame médico.

6 - A fiscalização da condução sob o efeito de substâncias psicotrópicas é feita:

- a) Em acções de fiscalização, através de teste de saliva a realizar pelas entidades fiscalizadoras. Para este teste utiliza-se o equipamento Oratect III, que deve ser aberto na presença dos condutores ou peões fiscalizados, devendo o exame ser realizado preferencialmente pelos próprios fiscalizados;
- b) Sempre que ocorra acidente de que não resultem mortos ou feridos graves pode ser realizado o teste de saliva se os condutores ou peões intervenientes revelarem qualquer dos indícios previstos no Guia Orientador;
- c) Sempre que ocorra acidente de que resultem mortos ou feridos graves é obrigatória a realização de teste de rastreio, sendo o teste de saliva utilizado quando as condições do condutor ou do peão intervenientes o permitam. Quando tal se mostre impossível, é realizado teste de urina ou colhida amostra de sangue em estabelecimento da rede pública de saúde, para efeito de exame de rastreio;
- d) Nos mortos é sempre realizado teste de rastreio no sangue pelo INML e, caso o resultado seja positivo, exame de confirmação.

7 - Quando os exames de rastreio referidos nos n.ºs. 14 e 15 da Portaria n.º 902-B/2007, de 13 de Agosto, acusem resultado positivo:

- a) As entidades fiscalizadoras que realizem o teste de saliva devem preencher o impresso do Anexo IV à referida Portaria, na parte respeitante à entidade fiscalizadora

requisitante, à identificação do condutor ou peão e à indicação das substâncias cuja presença foi acusada;

- b) Não sendo possível o teste de rastreio na saliva, a entidade fiscalizadora deve conduzir o condutor ou o peão ao estabelecimento da rede pública de saúde mais próximo, para a realização de exame de rastreio na urina, devendo o impresso do Anexo IV à referida Portaria, ser entregue preenchido na parte respeitante à entidade fiscalizadora requisitante e à identificação do condutor ou do peão. Conjuntamente deve ser entregue a bolsa para transporte de sangue devidamente equipada, a utilizar se este exame de rastreio na urina der resultado positivo. Se o exame der resultado negativo, a entidade fiscalizadora deve recolher a bolsa e o impresso entregues;
- c) Se o exame de rastreio na urina também não for possível, deve ser colhida amostra de sangue, no estabelecimento da rede pública de saúde, para o qual a entidade fiscalizadora deve entregar a bolsa para transporte de sangue devidamente equipada e o impresso do Anexo IV à referida Portaria, preenchido na parte respeitante à entidade fiscalizadora requisitante e à identificação do condutor ou do peão.

8 - No caso de acidente de que resultem mortos ou feridos graves:

- a) Os condutores e peões ilesos nele intervenientes são submetidos a testes de saliva ou, caso este não seja praticável, devem ser aplicados os procedimentos referidos nos números anteriores;
- b) Os condutores ou peões feridos conduzidos ao estabelecimento da rede pública de saúde pelos bombeiros ou pelo INEM são submetidos a um exame de rastreio na urina ou, se este não for possível, é-lhes colhida amostra de sangue para realização de exame de rastreio no sangue;
- c) Aos condutores ou peões mortos é colhida amostra de sangue em estabelecimento da rede pública de saúde ou no Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), para efeito de exame de rastreio; se o resultado desse exame for positivo, deve ser realizado exame de confirmação.

- 9 - Sempre que o teste de saliva ou o exame de rastreio na urina, anteriormente referidos, acusem resultado positivo, deve ser colhida amostra de sangue para a realização de exame de confirmação.
- 10 - O exame de confirmação é sempre feito no INML.
- 11 - Concluído o exame de confirmação, o INML informa a entidade fiscalizadora requisitante do resultado obtido, no prazo de 30 dias a contar da receção da amostra.
- 12 - Na posse desse resultado, a entidade fiscalizadora deve proceder ao levantamento do auto de notícia correspondente, nele referindo os exames realizados para efeitos de serem levados a conta de Custas nos termos do Código das Custas e da Portaria n.º 902-A/2007, de 13 de Agosto.
- 13 - As benzodiazepinas não estão previstas no Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência de Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, nem fazem parte das substâncias a analisar identificadas no Quadro I do Anexo V da Portaria n.º 902-B/2007, de 13 de Agosto.

II – INSTRUÇÕES DE USO PARA O ORATECT III

- 1 - O teste só pode ser efectuado decorridos 10 minutos após o fiscalizado ter comido, bebido, fumado ou mascado;
- 2 - Deve proceder-se à verificação do prazo de validade do equipamento, indicado na embalagem;

- 3 - Deve abrir-se a embalagem pela ranhura. Depois de se ter verificado se estão presentes as 2 linhas de controlo de cor azul, referenciadas pela letra C, uma de cada lado da janela, deve oferecer-se o equipamento ao fiscalizado;
- 4 - Deve instruir-se o fiscalizado sobre o modo como deve retirar a tampa que cobre a esponja, advertindo-o de que nunca deve tocar na janela de leitura;
- 5 - Deve informar-se o fiscalizado que deve esfregar a esponja que se encontra no extremo do equipamento em movimentos circulares 15 vezes no interior de cada bochecha, mantendo sempre a janela de leitura voltada para o lado de fora, e que, de seguida, deve manter o equipamento debaixo da língua, com a boca fechada e a janela virada para cima durante cerca de 1 minuto;
- 6 - Acabado o teste, deve-se recuperar o equipamento e verificar se a quantidade de saliva atinge as linhas de controlo;
- 7 - Se a quantidade de saliva não atingir as linhas de controlo, deve-se pedir ao fiscalizado que repita o teste utilizando um novo equipamento.
- 8 - Depois de obtida saliva em quantidade suficiente deve-se fechar o equipamento com a tampa, colocá-lo horizontalmente sobre uma superfície plana e aguardar 5 minutos;
- 9 - O resultado deve ser lido no prazo máximo de 30 minutos após o teste;
- 10 - Deve proceder-se à leitura na janela, verificando se as duas linhas de controlo, uma de cada lado da janela, estão presentes; se nenhuma das linhas ou apenas uma estiver presente, o teste não é válido, devendo ser repetido com novo equipamento;

- 11 - Se, frente à indicação de cada substância aparecer uma linha rosa, independentemente da intensidade da cor, significa que o fiscalizado não consumiu aquela substância.
- 12 - Se, frente à indicação de cada substância não aparecer qualquer linha significa que a substância indicada foi efectivamente consumida.

Lisboa, 21 de Agosto de 2007

O Presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

Paulo Marques Augusto



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 11

FORMAÇÃO EM DOR NO INTERNATO DE ESPECIALIDADE

FORMAÇÃO EM DOR NO INTERNATO DE ESPECIALIDADE

FORMAÇÃO EM DOR NO INTERNATO DE ESPECIALIDADE

INDICE

1. INTRODUÇÃO
2. RELEVÂNCIA DA FORMAÇÃO
3. PANORAMA GERAL DA FORMAÇÃO DOS INTERNATOS MÉDICOS
4. QUE TIPO DE FORMAÇÃO
5. QUE ESTRATÉGIAS
6. AVALIAÇÃO
7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, se bem que na sua primeira década, permanecem problemas sobre a abordagem da dor tanto aguda como crónica. A visão da dor como uma fatalidade, forma maniqueísta de pensamento, onde a filosofia, a religião e certos processos culturais, continuam a tentar dar um sentido compreensível ao incompreensível, continua a constituir algum revés na resolução do problema.

O que se torna porém surpreendente é a constatação, de, por parte de doentes e de profissionais de saúde, da naturalidade do não alívio da dor, encarando-a como factor se não indissociável, pelo menos admissível no contexto da doença e tratamento.

Apesar da sociedade judaico cristã ter evoluído de forma importante nas ultimas décadas, promovendo o debate e a informação assim como a formação, existe anda um longo caminho a percorrer.

A evolução do conhecimento sobre a dor, técnicas de abordagem, soluções terapêuticas farmacológicas e outras, assim como a existência de inúmeras formas de sensibilização do problema (associações cívicas, profissionais e média) deveriam talvez ter produzido um resultado mais convincente do que o actual.

É consenso geral que uma das principais soluções continua a ser a informação e a formação específica, devendo manter-se o enfoque nestas vertentes.

A formação específica em Dor nos currículos de formação mantém-se como uma das peças chave para a melhoria da situação. Importa no entanto avaliar do peso real em cada especialidade na abordagem da tematica.

2. RELEVÂNCIA DA FORMAÇÃO

Determinar a relevância da formação em dor implica identificar o conteúdo funcional de cada especialidade e caracterizar a interface com o doente com dor. Ou seja, de que forma especialidades como a Medicina Geral e Familiar, Reumatologia, Neurologia ou Pediatria podem ter uma maior propensão para formação específica, em vez de especialidades como Patologia Clínica, Genética Clínica e Radiologia.

Variáveis importantes estão correlacionadas: cultura da especialidade, organização da mesma a nível institucional, sua perspectiva da abordagem clínica e terapêutica e implicações económicas

Especialidades habitualmente envolvidas com a dor no seu dia a dia, dificilmente aceitam valorizar a formação especifica nesta área, considerando-a secundária e de envolvimento colateral.

Colocar a Dor num patamar superior da pirâmide do conhecimento clínico, passa pela continua presença de informação activa e passiva junto dessas especialidades e por uma educação da sociedade civil em relação aos seus direitos para o alívio do sofrimento.

3. PANORAMA GERAL DA FORMAÇÃO DOS INTERNATOS MÉDICOS EM ALGUMAS ESPECIALIDADES

Anestesiologia, possui um plano de formação específico de dois meses em Unidades de Dor. Colégio de Especialidade em vigência até Junho de 2009 apresentou plano de alargamento para 3 meses aprovado em Maio de 2010 pelo Conselho Nacional Executivo.

Reumatologia, não tem programa de formação específico em Dor, nem opcional. Existe actualmente uma proposta, estabelecendo a Dor como valência opcional

Fisiatria, não tem programa de formação específico em Dor mas existe uma proposta no novo curriculum para um período opcional de 2 meses

Ortopedia não tem programa específico em Dor. Existe no entanto a vontade de criar um espaço de formação, sendo preferencial a formação através de cursos e simpósios.

Medicina Geral e Familiar não tem qualquer programa específico obrigatório ou opcional. Alguns responsáveis de internato, referem a necessidade de uma formação específica no quarto ano, não havendo no entanto ainda propostas concretas.

Neurocirurgia – não tem programa de formação específico obrigatório ou opcional. Existe proposta no sentido de haver um tempo de estágio opcional.

Pediatria não tem nenhum programa específico de formação, nem opcional.

Neurologia, não tem nenhum programa específico, e não se prevêem alterações ao conteúdo actual.

Oncologia não tem nenhum programa específico ou opcional e não se prevê alteração da situação.

Radioterapia não tem nenhum programa específico ou opcional e não se prevê alteração da situação.

Determinadas especialidades, por possuírem uma interface contínua com doentes em que a dor é um factor major na sua actividade (Medicina Geral e Familiar, Fisiatria, Oncologia) deveriam ter um período de formação específico e organizado.

4. QUE TIPO DE FORMAÇÃO

A experiência conhecida reporta-se á especialidade de Anestesiologia que efectua a sua formação específica em Unidades de Dor. Outras especialidades, internos de especialidade ou especialistas, de forma rara, revelam por vezes interesse em ter períodos de formação e estagiam em Unidades de Dor.

Colocam-se no entanto algumas dificuldades:

A exemplo do verificado com a sub especialidade de Medicina Intensiva, várias especialidades estabeleceram para o seu curriculum de formação um período de frequência e formação variável em Cuidados Intensivos, produzindo-se um *overbooking* de acesso que acabou por prejudicar o acesso de especialidades com maior interface com esta área.

As Unidades de Dor são em número limitado não havendo possibilidade de formação de todos os profissionais de saúde que procuram estas unidades como local de eleição desta formação (Especialidades médicas, enfermagem, psicólogos).

Outras opções devem pois ser colocadas em jogo. A formação deve abranger uma vasta área de opções conforme o grupo de interesse e o tipo de conteúdos a oferecer. Sempre que possível devem sempre ser valorizados conforme a credibilidade dos organismos responsáveis pela sua criação e comprometidos com processos de creditação.

Cursos de actualização

Cursos de especialização

Cursos conducentes a grau académico

Formação on-line, fomentando-se a frequência de grupos de discussão, aderência a links de apoio, cursos on-line

Formação dirigida a grupos profissionais em particular, com abordagens específicas (Workshops, Seminários, Congressos)

Períodos de estágio, permanência ou contacto assíduo com locais de formação

5. QUE ESTRATÉGIAS

Mais do que instituições o compromisso pessoal é o mais importante.

A identificação de pessoas que possam liderar processos, dentro de organismos que enquadrem formação é o desejável para o sucesso.

Acordos entre Faculdades e Instituições credíveis para elaboração de programas de formação com níveis de exigência, monitorizados pelo Ministério da Educação

Sensibilização das Sociedades Científicas para uma difusão da formação nesta área.

Elementos de ligação com cada uma das Sociedades e Universidades de forma a acompanhar-se o trabalho desenvolvido

Inclusão nos seus programas de formação de áreas de interesse em dor

Instituição de prémios ligados á boa prática,

Promoção da publicação de conteúdos nas revistas das especialidades de temas relacionados com dor e com ganhos em saúde

Aproveitar os sites das sociedades científicas para manter em alerta, informação, links, etc.

6. AVALIAÇÃO

A avaliação de todo este processo deve ser centralizado a partir de grupo de trabalho, com meios fornecidos pela Direcção Geral de Saúde. Este grupo de trabalho deve ser constituído por representantes do Ministério da Educação (Agencia de Acreditação), Direcção Geral da Saúde e representantes de Associações Científicas mais proeminentes.

Mais do que um processo de fiscalização do trabalho efectuado ou não, este grupo deve ter como objectivos: sensibilizar, aconselhar, dinamizar e se possível fornecer meios.

7. BIBLIOGRAFIA

Decreto Lei nº 203/2004 de 19 de Agosto

Portaria 183/06 de 22 de Fevereiro

Portaria nº 172/2008 de 15 de Fevereiro

Douleur, Programme d'amelioration de la qualité; Vassort, É; J. Le Gall; Masson, 2003

Bonica's Management of Pain: Fishman, Scott M.; Ballantyne, Jane C; Rathmell, James P.; Lippincott Williams & Wilkins. 2009

Novo Curriculum Internato de Anestesiologia; Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Maio 2010



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 12

**RECOMENDAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS OPIÓIDES FORTES NA
DOR CRÓNICA NÃO-ONCOLÓGICA**

I. Indicação

Os medicamentos opióides fortes (MOFs) estão indicados no controlo de todos os tipos de dor crónica não oncológica (DCNO) moderada a forte que, comprovadamente, seja refractária a outras terapêuticas farmacológicas e/ou não-farmacológicas.

II. Avaliação

Antes do início da terapêutica com MOFs deve ser feita uma avaliação física, psicológica e social do doente, incluindo a etiologia e características da dor, qualidade de vida do doente e pesquisa de contra-indicações relativas importantes (alcoolismo ou adição a substâncias de uso ilícito, depressão *major*, psicose ou tentativas de suicídio).

III. Decisão

Idealmente, a decisão de instituir uma terapêutica com MOFs deve ser tomada numa Unidade de Dor. Deve ser partilhada entre o médico e o doente e implica o consentimento informado deste e o estabelecimento de objectivos terapêuticos.

IV. Teste

A terapêutica com MOFs deve iniciar-se por um período de teste, com doses baixas e progressivamente aumentadas (titulação) de MOFs de libertação prolongada, administrados regularmente e sob avaliação periódica que não deve exceder 2 semanas.

V. Monitorização

A terapêutica com MOFs implica uma monitorização regular da sua eficácia no controlo da dor e melhoria da funcionalidade, incidência e importância dos efeitos secundários, adesão à terapêutica e detecção de sinais indicativos de tolerância, dependência e/ou adição.

VI. Tolerância, dependência e adição

A incidência de tolerância, dependência psicológica ou adição parece ser baixa em doentes com DCNO correctamente medicados com MOFs. A dependência física, manifestada por síndrome de abstinência, surge apenas se houver uma interrupção abrupta da terapêutica.

VII. Referenciação

Os doentes com DCNO sob terapêutica com MOFs deverão ser referenciados de imediato para uma Unidade de Dor Crónica sempre que: 1) a dor e/ou os efeitos secundários não sejam controláveis; 2) seja necessário proceder à rotação do opióide; 3) haja sinais de tolerância, dependência e/ou adição.

VIII. Interrupção

A terapêutica com MOFs deve ser diminuída ou mesmo suprimida se houver melhoria da dor, ausência de efeito analgésico, efeitos secundários intoleráveis ou baixa adesão à terapêutica. A interrupção deve ser lenta, gradual e progressiva para evitar o síndrome de abstinência.



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 13

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NAS CRIANÇAS - RECOMENDAÇÕES

**COMISSÃO NACIONAL DE CONTROLO DA
DOR**

GRUPO DE TRABALHO DOR NA CRIANÇA

**AVALIAÇÃO E CONTROLO
DA DOR
NAS CRIANÇAS**

- RECOMENDAÇÕES -

MAIO 2010

GRUPO DE TRABALHO

Dra. Amélia Ferreira

Serviço de Anestesia, Hospital de S. João, Porto

Dra. Ana Lacerda

Serviço de Pediatria, IPO, Lisboa

Enf^a Ananda Fernandes

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dra. Fátima Clemente

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de S. João,
Porto

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Enf^o Luis Batalha

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dr. Manuel Salgado

Hospital Pediátrico de Coimbra, CHC, EPE

Coordenação: Enf^a Ananda Fernandes

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Ordem dos Enfermeiros

Índice

INTRODUÇÃO

1. AVALIAÇÃO DA DOR

2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS

3. CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

1 – Escalas de avaliação da dor

2 - FÁRMACOS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS PARA ANALGESIA / SEDAÇÃO NA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

A preocupação com a dor das crianças parte de três razões principais. Em primeiro lugar do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A investigação na área da neurobiologia tem vindo a mostrar, há mais de duas décadas, que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação; em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas daí resultando, nos recém-nascidos que nascem pretermo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos. As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress (1;2). As consequências da dor não-tratada no decurso da doença e da hospitalização estão evidenciadas na relação demonstrada entre a ausência de tratamento da dor e os sintomas de stress pós-traumático observados em crianças com queimaduras (3;4) e em sobreviventes de cancro (5).

A segunda razão para nos preocuparmos com a dor das crianças é que hoje é possível avaliar a intensidade da dor de uma criança. Nas mais pequenas e naquelas que não conseguem exprimir-se verbalmente podemos reconhecer os sinais comportamentais através dos quais elas expressam a dor e, com o auxílio de uma escala de observação, quantificar a intensidade da mesma. A partir da idade pré-escolar, a utilização de uma escala de auto-relato ajuda a própria criança a quantificar a sua dor. As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos: algumas reagem fortemente, enquanto outras reagem pouco ou nada. Aos factores de variabilidade individual somam-se os factores relacionados com o contexto da dor pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada.

A terceira razão de preocupação é que, apesar de ser possível avaliar e tratar a dor das crianças, existe um hiato entre o conhecimento existente e o que é efectivamente posto em prática. A dor dos procedimentos médicos durante a hospitalização é relatada por sobreviventes do cancro infantil como a pior experiência vivenciada no decurso da doença (6). Um estudo

recente sobre a prevalência da dor nas crianças hospitalizadas mostra que apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor nas 24 horas anteriores, 64% das crianças entrevistadas tinham tido dor moderada ou severa nas 24 horas precedentes (7). O estudo alerta para a necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dirigidos à avaliação e controlo da dor.

Algumas razões para esta situação estão sobejamente identificadas: a dor não é considerada uma prioridade; a formação inicial e contínua dos profissionais de saúde sobre a dor é insuficiente; há medo da utilização dos analgésicos opióides em pediatria; as políticas institucionais raramente valorizam o controlo da dor como padrão de qualidade.

A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é actualmente considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela existência de políticas institucionais que elejam o controlo da dor como objectivo e incentivem a utilização de normas de boa prática (8). Por essa razão, os serviços de saúde deverão ser incentivados a explicitar o compromisso para com o controlo da dor na sua política institucional.

Neste documento, são apresentadas as recomendações para a avaliação da dor na criança, para o controlo da dor em procedimentos e para o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Ficam, para já, por concretizar as recomendações para o controlo da dor aguda operatória e não-operatória, e para o controlo da dor crónica não oncológica.

1. AVALIAÇÃO DA DOR

1.1. Âmbito

A Circular Normativa de 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG) equipara a dor a 5º sinal vital e passou a considerar como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

1.2 Normas de boa prática

Atendendo a que:

- a) A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde;
- b) O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças;
- c) A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem no seio da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil;

Considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor:

- 1) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- 2) Privilegiar a auto-avaliação sempre que possível a partir dos 4 anos;
- 3) Dar tempo à criança para avaliar a sua dor;
- 4) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- 5) Dialogar com a criança (a partir dos 4 anos) / pais/ cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- 6) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital;
- 7) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;

- 8) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- 9) Em situação de dor evidente dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

1.3 Orientações

História da dor:

Consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais /cuidador principal e da criança a partir dos 4 anos. Esta colheita deve ser realizada logo que possível considerando os seguintes parâmetros:

- ▶ Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- ▶ Factores de alívio e agravamento;
- ▶ Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- ▶ Formas de comunicar /expressar a dor;
- ▶ Experiências traumatizantes e medos;
- ▶ Habilidades e estratégias de *coping*;
- ▶ Comportamento da criança e ambiente familiar;
- ▶ Efeitos na vida diária;
- ▶ Impacto emocional e socioeconómico.

Avaliação da intensidade da dor:

Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança.

Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite.

Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez em cada turno de trabalho (8 horas). O registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspectos considerados úteis para interpretar a dor na criança. Importa ter presente que estes instrumentos nada nos dizem sobre os factores que podem influenciar a avaliação da dor.

De acordo com a idade e por ordem de prioridade, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos (Anexo 1):

Recém-nascido

- ▶ EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) *De referencia para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais*
- ▶ NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
- ▶ PIPP (Premature Infant Pain Profile)

Menores de 4 anos ou incapacidade verbal

- ▶ FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Entre 4 e 6 anos

- ▶ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)
- ▶ Wong-Baker Faces Pain Scale

A partir de 6 anos

- ▶ EVA (Escala Visual Analógica)
- ▶ EN (Escala Numérica)
- ▶ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)
- ▶ Wong-Baker Faces Pain Scale

Criança com multideficiência

- ▶ FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)

Outros instrumentos de avaliação podem ser utilizados para situações muito particulares desde que válidos, fiáveis, sensíveis, específicos e com utilidade clínica.

Todos os serviços prestadores de cuidados de saúde devem conceber para cada instrumento de avaliação um algoritmo de tratamento em função da intensidade da dor. Deve considerar-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se torne inferior a 3/10 (dor ligeira).

2. CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS INVASIVOS NAS CRIANÇAS

2.1 Âmbito

Estas recomendações dizem respeito ao controlo da dor causada por procedimentos invasivos em recém-nascidos pretermo e de termo, lactentes crianças e adolescentes. Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos.

Embora devam ser alvo de medidas específicas, não estão contemplados nestas recomendações os procedimentos cirúrgicos maior e dentários. Em crianças com necessidades especiais, nomeadamente deficiência mental e autismo, pode haver necessidade de ajustar as medidas recomendadas.

1.2 Normas de boa prática

Atendendo a que:

- a) Os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e a vacinação são a causa mais frequente de dor na criança no hospital e nos centros de saúde;
- b) A exposição repetida à dor tem consequências imediatas e a longo prazo;
- c) Há factores mediadores da dor que não podem ser modificados tais como a idade, o sexo, o temperamento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural. Todavia, um vasto leque de medidas tem sido estudado e permite hoje, com eficácia e segurança, reduzir a dor causada pela generalidade dos procedimentos invasivos nas crianças, desde os recém-nascidos aos adolescentes;
- d) O stress e ansiedade das crianças e dos pais é um factor agravante da dor;
- e) A redução da dor, e do stress e ansiedade a ela associados, passa pela realização de medidas gerais e específicas;

- f) A intervenção multimodal, combinando intervenções farmacológicas, intervenções cognitivo-comportamentais e ambientais, apresenta maior eficácia para controlar a dor;

Considera-se como norma de boa prática no controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças:

- 1) Utilizar, em todos os serviços, protocolos de actuação multiprofissionais actualizados para o controlo da dor em procedimentos invasivos;
- 2) Formar os profissionais para a utilização das medidas gerais e específicas de controlo da dor.
- 3) Promover a auditoria das práticas através de processos de melhoria contínua da qualidade;
- 4) Planear adequadamente os procedimentos invasivos confirmando a sua necessidade, a fim de reduzir o seu número;
- 5) Informar os pais, promover a sua presença e preparar a sua participação;
- 6) Preparar a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento;
- 7) Realizar os procedimentos em sala própria;
- 8) Evitar a coerção física utilizando sedação, se necessário;
- 9) Combinar intervenções farmacológicas, cognitivo-comportamentais e ambientais.

2.3 Orientações

O controlo da dor passa por medidas gerais e específicas.

Nos recém-nascidos, as medidas gerais passam pela gestão dos estímulos ambientais para reduzir o stress, numa perspectiva de cuidados de apoio ao desenvolvimento:

- controlo da luz e ruído;
- manipulação mínima, agrupamento dos cuidados para permitir intervalos de repouso, não interrupção do sono;
- espaçamento entre procedimentos dolorosos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais antes de novo procedimento;

- monitorização da dor durante e após o procedimento para ajustar as intervenções.

As medidas específicas recomendadas para os procedimentos dolorosos mais frequentes nos recém-nascidos, e para as quais existem evidências quanto à eficácia, segurança e aceitabilidade, incluem intervenções farmacológicas, cognitivo-comportamentais e ambientais (9) que se encontram enumeradas no Quadros 1 e definidas operacionalmente mais adiante. Algumas intervenções mantêm a sua eficácia no pequeno lactente, passado o período neonatal.

Quadro 1 <i>Medidas específicas recomendadas para procedimentos em recém-nascidos</i>	
Procedimento	Medidas
Aspiração traqueal	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural
Cateterismo vesical	Sacarose/glicose + Chupeta Lubrificação da sonda
Colocação de catéter arterial periférico e epicutâneo-cavo	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural Anestesia tópica, se não urgente Considerar bólus de opióide
Colocação de catéter central	Anestesia geral
Colocação de catéter por desbridamento	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural + Anestesia tópica, se não urgente Considerar infiltração local de lidocaína 1% tamponada Considerar infusão IV de fentanil
Colocação Sonda Gástrica	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural + Lubrificação da sonda
Exame da retina	Sacarose/glicose + Chupeta + Anestesia tópica Nota: Estas medidas parecem atenuar a dor mas a sua eficácia é baixa
Inserção de dreno torácico	Sacarose/glicose + Chupeta + Apoio postural + Infiltração lenta de lidocaína 1% tamponada, se não urgente Considerar infusão de opióide
Intubação traqueal electiva	Combinação variável de atropina, opióide e relaxante muscular

	Considerar spray de lidocaína a 1% no tubo nasal
Limpeza de feridas	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural Considerar infusão de fentanil
Punção arterial Colocação de catéter venoso periférico Punção arterial	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural Anestesia tópica, se não urgente
Punção do calcanhar Punção venosa	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural e/ou Canguru materno ou Amamentação Nota: A punção do calcanhar deve ser utilizada apenas para avaliar glicémia, evitando espremer, pois é mais dolorosa do que a punção venosa (10). Devem ser utilizados dispositivos mecânicos e não lancetas.
Punção lombar	Sacarose/glicose + Chupeta + Apoio postural + Anestesia tópica, se não urgente
Punção supra-púbica	Sacarose/glicose + Chupeta Anestesia tópica da pele
Vacinação Injeccção intra- muscular	Sacarose/glicose + Chupeta + Contenção/Apoio postural e/ou Canguru materno ou Amamentação ou Anestesia tópica da pele Nota: A eficácia da sacarose mantém-se até aos 12 meses (11)

Há que reconhecer que a abordagem da ansiedade ligada aos procedimentos é tão importante como o tratamento da dor, pelo que é indispensável, como medida geral, informar e preparar previamente as crianças e os adolescentes para os procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo. Também os pais devem ser informados, preparados e instruídos sobre a conduta durante o procedimento de maneira a potenciarem o seu apoio à criança. O respeito pela privacidade e pudor da criança é outra medida de carácter geral que promove o bem-estar e confiança da criança.

As medidas específicas recomendadas para alívio da dor e ansiedade incluem intervenções farmacológicas e cognitivo-comportamentais (12;13) e são apresentadas no Quadro 2. A necessidade de sedar a criança deverá

ser determinada em função das características individuais e experiência prévia da criança e, ainda, da invasividade do procedimento.

Quadro 2 Medidas recomendadas para procedimentos em idade pediátrica	
Procedimento	Medidas analgésicas
Vacinação	Técnicas distractivas + Anestesia tópica Nota: Os pais devem ser orientados para a administração de paracetamol 4 a 6 horas após o acto vacinal, caso a criança venha a apresentar sinais de dor.
Punção venosa	Técnicas distractivas + Anestesia tópica, se não urgente
Punção arterial	
Colocação de catéter central	Anestesia geral ou sedação profunda
Punção lombar	Sedação (Midazolam) + Anestesia tópica, se não urgente
Medulograma	Analgesia (paracetamol) + Sedação profunda (sob os cuidados de anesthesiologista)
Punção articular	
Punções/ biópsias	
Toracocentese	Se não urgente: anestesia tópica seguida de Infiltração local lenta de lidocaína 1% tamponada Midazolan + opióide (fentanil)
Aspiração nasal, oral e traqueal	Técnica suave e material e material apropriado
Remoção de drenos e/ou suturas	Técnicas distractivas + Anestesia tópica
Colocação sonda gástrica	Lubrificação da sonda Considerar lubrificação com gel/spray de Lidocaína a 2%
Limpeza de feridas	Técnicas distractivas Considerar infusão de fentanilo
Penso de queimadura	Analgesia + Sedação superficial ou profunda consoante a gravidade
Intubação traqueal	Combinação variável de atropina, opióide e relaxante muscular
Drenagem abscesso	Anestesia tópica seguida de infiltração local lenta de lidocaína 1% tamponada Midazolan + opióide (fentanil)
Redução de fracturas simples	Paracetamol de imediato Midazolan + opióide (fentanil)
Cateterismo vesical	Técnicas distractivas + Lubrificação da sonda
	Sedação profunda

Definição operacional das intervenções

Amamentação: Colocação do bebé ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final. A amamentação é mais eficaz do que

Anestesia tópica: obtida por aplicação de creme EMLA®, 0,5 a 1g, 60 minutos antes do procedimento, sob penso oclusivo, de preferência não-aderente à pele para evitar a dor da remoção do adesivo. Em recém-nascidos pretermo não exceder 0,5g/dia. Contra-indicada a aplicação em pele não íntegra, em grandes extensões ou se terapêutica indutora de metahemoglobinémia.

Apoio postural: Utilização das mãos para segurar os braços e pernas do recém-nascido mantendo-o em flexão. Conhecido como *facilitated tucking* e *containment*. Tal como a contenção, destina-se a promover a autorregulação, a evitar a desorganização motora e a facilitar a aproximação mão-boca favorecedora da sucção e auto-consolo.

Canguru: Colocação do recém-nascido, usando apenas fralda, em contacto ventral pele-a-pele com o peito da mãe, ficando coberto pela roupa desta e/ou por cobertor.

Chupeta: A sucção não-nutritiva é oferecida aos recém-nascidos e lactentes como medida analgésica.

Contenção: Envolvimento do recém-nascido ou pequeno lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco. Conhecido como *swaddling*.

Distracção: Técnicas cognitivas e comportamentais para desviar a atenção do procedimento.

Glicose: Glicose a 30%, disponível em ampolas. Volume e modo de administração idêntico ao da sacarose.

Lidocaína 1 % tamponada: Obtém-se juntando numa seringa 1ml de Bicarbonato de Sódio a 8,4% + 9ml de Lidocaína a 1%. A neutralização do pH reduz a dor produzida pela infiltração da Lidocaína nos tecidos.

Sacarose: Solução oral de sacarose a 24%, obtida por preparação local ou em farmácia hospitalar. Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml (14). Doses máximas recomendadas ⁽¹⁵⁾: 0,5 ml em recém-nascidos de 27 a 31 semanas de gestação; 1 ml em recém-nascidos de 32 a 36 semanas de gestação; 2 ml em recém-nascidos de termo. Deve ser administrada 2

minutos antes do procedimento. Em procedimentos mais prolongados, a dose pode ser fraccionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A administração é feita por seringa, sobre a língua, ou molhando a chupeta na solução. Em recém-nascidos entubados mas conscientes, a administração é feita por seringa, gota a gota, sobre a língua, vigiando a tolerância. A administração (hora, volume e ocorrência de efeitos adversos) deve ser registada no processo clínico.

3. CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

1.1. Âmbito

A criança com doença oncológica está frequentemente sujeita à dor, seja devida à doença (por infiltração óssea, lesão nervosa ou compressão/obstrução visceral), aos procedimentos diagnósticos ou aos tratamentos (quimioterapia, cirurgia, radioterapia)(16;17). Por estas situações serem muitas vezes repetidas, durante um período de tempo mais ou menos longo, é importante tentar fazer o controlo da dor aguda previsível, de forma a melhorar a eficácia das medidas analgésicas e a ganhar ou manter a confiança e a compliance da criança e da família, imprescindíveis quando se trata uma doença grave prolongada (13;18-20).

O controlo analgésico é também importante para minimizar o impacto da doença (numa situação equiparada ao stress post traumático) sobre os sobreviventes de cancro pediátrico (21;22).

Assim, as Unidades de Oncologia Pediátrica e outros Serviços que lidam com estas crianças têm a obrigação de minimizar a dor aguda e de tratar eficazmente a dor crónica (que na maior parte dos casos é pelo menos moderada).

1.2 Normas

Considera-se como norma de boa prática o controlo da dor da criança com doença oncológica:

- 1) A criança e a família devem ser informadas, de acordo com as suas capacidades de entendimento, acerca dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que se vão efectuar, o que esperar, os riscos associados e as atitudes que a equipa de saúde e os próprios vão e/ou devem tomar para minimizar a ansiedade e a dor (17-20);
- 2) Sempre que possível deve ser colocada uma via de acesso central, a utilizar para as repetidas colheitas de sangue e para a administração de terapêutica;

- 3) Quando necessário efectuar manobras invasivas da pele deve ser colocada EMLA[®], cerca de uma hora antes (22). Nas situações que exigem maior controlo, ou quando a criança esteja agitada, esta deve ser sedada (17;22;23); por vezes é ainda necessário administrar um analgésico por via sistémica;
- 4) Quando se planeiam intervenções mais agressivas (medulogramas, biópsias ósseas ou de massas tumorais), a criança deve ser sedada sob os cuidados de um anestesiológista (17);
- 5) Deve ser efectuada a prevenção das mucosites e das radiodermites, através da aplicação profiláctica dos cuidados locais adequados; a criança em risco para estas complicações deve ser reavaliada periodicamente de forma a introduzir as medidas terapêuticas necessárias logo que a situação se agrave;
- 6) A dor crónica na criança com doença oncológica pode apresentar um componente neuropático, sobretudo em fase de progressão de tumores sólidos, que exige a utilização de fármacos adjuvantes ou mesmo a colaboração de uma Unidade ou Consulta de Dor (pode por exemplo haver necessidade de um bloqueio radicular).

1.3 Orientações

Sedação

- ▶ Para manobras invasivas simples (punção lombar, citologia aspirativa) utilizar uma benzodiazepina (midazolam rectal, nasal, jugal ou IV) (23).
- ▶ Para manobras invasivas mais agressivas (ver 2.4.) deve ser solicitada a colaboração da Anestesiologia para sedar a criança com propofol/ sevoflurano.

Analgesia

- ▶ Para procedimentos invasivos, em simultâneo com a anestesia da pele e/ou a sedação, deve ser utilizado paracetamol ou um opióide (morfina/fentanil), dependendo da intensidade da dor esperada;
- ▶ Para a dor causada pela progressão da doença ou pela terapêutica, deve seguir-se a escala analgésica da OMS (17); esta dor é

geralmente de intensidade pelo menos moderada, justificando a utilização de opióides (morfina, fentanil, buprenorfina), sempre pela via menos invasiva possível (oral, de libertação prolongada, ou transdérmica) devendo reservar-se as vias parentéricas (IV ou SC) para as situações não controladas (17). Para além da dose basal deve ser prescrita uma dose SOS para a dor eruptiva (morfina de libertação rápida, a cada 4 horas se necessário) (17); ajusta-se a dose basal se mais de 3 doses SOS por dia (17); a utilização de fármacos de um degrau inferior (paracetamol, AINE's) pode ser benéfica nalguns casos, como adjuvante, mas não para tratar a dor eruptiva (17);

- ▶ Na mucosite devem utilizar-se bochechos anestésicos antes das refeições; nos casos de grau 3-4 deve utilizar-se um opióide (24);
- ▶ Na radiodermite moderada a grave para além do emoliente deve ser aplicado um corticóide tópico, podendo ainda ser necessária a utilização de um opióide;
- ▶ Na dor com componente neuropático deve utilizar-se, para além do opióide, corticóides (dexametasona; se inflamação e/ou expansão tumoral), anticonvulsivantes (gabapentina ou carbamazepina; se dor de tipo paroxístico) ou antidepressivos tricíclicos (amitriptilina; se dor de tipo queimadura) (16;17;24). As doses destes adjuvantes devem ser aumentadas progressivamente e levadas até ao máximo. Em casos de dor localizada pode utilizar-se o patch de lidocaína a 5% (25). Muitas vezes não é possível controlar totalmente a dor neuropática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Grunau RE, Holsti L, Peters JWB. Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2006 Aug;11(4):268-75.
- (2) Taddio A, Katz J. The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Paediatr Drugs* 2005;7(4):245-57.
- (3) Saxe G, Stoddard F, Courtney D, Cunningham K, Chawla N, Sheridan R, et al. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 Aug;40(8):915-21.

- (4) Stoddard FJ, Jr., Sorrentino EA, Ceranoglu TA, Saxe G, Murphy JM, Drake JE, et al. Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one- to four-year-olds with burns. *J Burn Care Res* 2009 Sep;30(5):836-43.
- (5) Ljungman G, Gordh T, Sorensen S, Kreuger A. Pain in paediatric oncology: interviews with children, adolescents and their parents. *Acta Paediatr* 1999 Jun;88(6):623-30.
- (6) McGrath PA, de Veber LL. The management of acute pain evoked by medical procedures in children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1986;1(3):145-50.
- (7) Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008 Jan;13(1):25-32.
- (8) Kelly AM. Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management & Practice* 2003;15(3):231-6.
- (9) Yamada J, Stinson J, Lamba J, Dickson A, McGrath PJ, Stevens B. A review of systematic reviews on pain interventions in hospitalized infants. *Pain Res Manag* 2008 Sep;13(5):413-20.
- (10) Shah V, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD001452.
- (11) Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J, et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. *Arch Dis Child* 2010 May 12.
- (12) Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Res Manag* 2008 Jan;13(1):51-7.
- (13) Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol* 2008 Sep;33(8):842-54.
- (14) Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001069.
- (15) Lefrak L, Burch K, Caravantes R, Knoerlein K, DeNolf N, Duncan J, et al. Sucrose Analgesia: Identifying Potentially Better Practices. *Pediatrics* 2006 Nov 1;118(Supplement_2):S197-S202.
- (16) Jacob E. Neuropathic pain in children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004 Nov;21(6):350-7.
- (17) Hockenberry-Eaton M, Barrera P, Brown M, Bottomley SJ, O'Neill JB. Pain Management in Children with Cancer. 1999. Houston, Texas Cancer Council.

- (18) Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics* 2001 Sep 1;108(3):793-7.
- (19) Ordem dos Enfermeiros CdE. Dor: guia orientador de boa prática. 2008. s.l., Ordem dos Enfermeiros.
- (20) Pederson C. Promoting parental use of nonpharmacologic techniques with children during lumbar punctures. *J Pediatr Oncol Nurs* 1996 Jan;13(1):21-30.
- (21) Kazak AE, Alderfer M, Rourke MT, Simms S, Streisand R, Grossman JR. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 2004 Apr;29(3):211-9.
- (22) Zempsky WT, Cravero JP. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004 Nov;114(5):1348-56.
- (23) American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry, Cote CJ, Wilson S, the Work Group on Sedation. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update. *Pediatrics* 2006 Dec 1;118(6):2587-602.
- (24) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prise en charge medicamenteuse de la douleur aigue et chronique chez l'enfant: Recommandations. 2009. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
- (25) Nayak S, Cunliffe M. Lidocaine 5% patch for localized chronic neuropathic pain in adolescents: report of five cases. *Paediatr Anaesth* 2008 Jun;18(6):554-8.

ANEXO 1

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO				DATA														
				HORA														
	0	1	2	3														
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada														
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel														
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece														
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação														
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada														
PONTUAÇÃO TOTAL																		

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. *Arch Pediatr* 1994; 1:1085-92

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediatr Port* 2003; 34 (3): 159-13.

NIPS **(Neonatal Infant Pain Scale)**

DESCRIÇÃO	
Expressão facial	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramigo	Choramigo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade.
(NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.	
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediat Port.* 2005; 36(4): 201-7.

PIPP
(Premature Infant Pain Profile)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑0 – 4 bpm	↑5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO ₂ mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 –4,9 %	↓5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996; 12: 13-22.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port. 2005; 36(4): 201-7.

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO			DATA											
			HORA											
	0	1	2											
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas											
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas											
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos											
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.											
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar											
Pontuação total														

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, voepel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.* 1997; 23(3): 293-7.

Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009;10:7-14.

EVA Inserir figura

EN inserir figura

FPS-R inserir

Wong-Baker inserir

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – revised (FLACC-R)

Face

0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso

1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; *aparenta estar triste ou preocupada*

2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; Tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; *expressão de medo ou pânico*

Comportamento individualizado:

Pernas

0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores

1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais

2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; *aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos*

Comportamento individualizado:

Atividade

0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; *Respiração regular, rítmica*

1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, *movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.*

2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; *agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular*

Comportamento individualizado:

Choro

0 = Sem choro/ verbalização

1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; *explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais*

2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; *explosões repetidas, "grunhidos" constantes*

Comportamento individualizado:

Consolabilidade

0 = Satisfeita e relaxada

1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.

2 = Dificil de consolar ou confortar *afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto*

Comportamento individualizado:

© The Regents of the University of Michigan

Malviya S; Voepel-lewis T; Burke C; Merkel S; Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia*. 2006;16(3):258-265.

ANEXO 2

FÁRMACOS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS PARA ANALGESIA / SEDAÇÃO NA CRIANÇA

FÁRMACOS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS PARA ANALGESIA / SEDAÇÃO NA CRIANÇA

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de acção	Duração de acção	Notas
Diazepam	Sedação	PO: 0.2-0.3 mg/kg/dose (max.10mg)	45-60'	1-2h	
		PR: 0.5 mg/kg/dose (max.10mg)	2-5'		
Diclofenac	Analgesia	PO: 2-3 mg/kg/dia, em 2-4 tomas			Protecção gástrica
Fentanil	Analgesia + Sedação	IV lento: <1ano: 1-4 µg/kg 1-12anos: 1-2 µg/kg >12anos: 0.5-1 µg/kg	imediato	30-60'	Posologia para dor aguda Monitorização de sinais vitais
Flumazenil	Reversão do efeito das benzodiazepinas	IV: 0.01 mg/kg (max.0.2mg)			Pode ser repetido a cada minuto até máximo de 5 doses
Hidrato de cloral	Sedação	PR: 10-15 mg/kg (max.500mg)	15-30'	1-2h	
Hidroxizina	Sedação	PO: 0.5-1 mg/kg/dose (max.100mg)	15-30'	4-6h	
Ibuprofeno	Analgesia	PO: 4-10 mg/kg/dose (Max.600mg)			Protecção gástrica
Indometacina	Analgesia	PO: 1-2 mg/kg/dia (max.200mg/dia), em 2-4 tomas			Protecção gástrica Só em crianças ≥ 2anos
Metamizol magnésico	Analgesia	PO/IV: 10-15 mg/kg/dose			
Midazolam	Sedação	PO/PR: 0.3-0.5mg/kg/dose (max.15mg)	10-20'	30-60'	
		Nasal/Jugal: 0.2-0.3 5mg/kg/dose (max.15mg)	5-10'		! /2 dose em cada narina
		IV: 0.05-0.2 mg/kg/dose (max.10mg)	1-5'		Administração IV lento, sob monitorização de sinais vitais
Morfina	Analgesia	IV: 0.05-0.2mg/kg/dose	5'	2-5h	Posologia para dor aguda
		IM: 0.1-0.2mg/kg/dose	60'		
		PO: 0.2-0.5mg/kg/dose			
Naloxona	Reversão do efeito dos opióides	IV/IM/SC: 0.1 mg/kg/dose (max.2mg)			Não diluir Pode ser repetido a cada 2-3'
Naproxeno	Analgesia	PO: 5-15mg/kg/dose, 2-3 tomas /dia (max.1g/dia)			Protecção gástrica
Paracetamol	Analgesia	PO/PR: 10-20 mg/kg/dose (max.1g), 3-6 tomas/dia			



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 14

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O CONTROLO DA DOR NO IDOSO

Comissão Nacional de Controlo da Dor

“Orientações técnicas sobre o controlo da dor no idoso”

Versão provisória

Grupo de Trabalho:

Nídia Mulas (Coordenadora)

António Lourenço Marques

Cristina Galvão

M.^a Teresa Flor de Lima

Julho de 2010

DOR CRÓNICA NO IDOSO

1. INTRODUÇÃO

A dor crónica, moderada a intensa, é um sintoma comum entre as pessoas idosas e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. A investigação científica provou que a dor crónica tem importantes consequências físicas, psicológicas e sociais e que o efeito psicológico pode inclusivamente influenciar o curso das doenças. Segundo a OMS, “a dor pode matar”.^{1,2} Embora essas consequências físicas, psicológicas e sociais possam ser mensuráveis, já o sofrimento causado não é quantificável. Importa, pois, melhorar as acções necessárias para assegurar que as pessoas idosas tenham um adequado tratamento da dor, o qual se inscreve, por sua vez, no direito humano à saúde que tem de ser respeitado.

2. OBJECTIVOS

O objectivo final destas orientações é a melhoria efectiva da qualidade de vida dos idosos com dor crónica, visando, concretamente, a implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento da dor que utilizem racionalmente os recursos disponíveis no terreno. Importa:

- Identificar bem os respectivos doentes;
- Definir:
 - Quer o conteúdo da avaliação clínica (inicial e das restantes estruturas de tratamento da dor crónica);
 - Quer o percurso global do doente idoso ao utilizar essas estruturas, para se conseguir um efectivo tratamento, cujas orientações, também, aqui se incluem; ANEXO 1
- Melhorar o intercâmbio eficaz da informação entre os profissionais que observam, referenciam e tratam os doentes.

3. DEFINIÇÃO

A dor é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”³. Considera-se dor crónica quando, de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da

cura da lesão que lhe deu origem. A relação entre dor e lesão é variável e nem sempre é previsível ⁴.

Mais frequentemente, neste grupo etário, a dor crónica relaciona-se com as seguintes patologias: osteoartrite, cancro, pós-acidente vascular cerebral, neuropatia periférica da diabetes, enxaqueca, fibromialgia, dor pós-herpética e trauma ⁵. A dor crónica pode, ainda, agravar-se como resposta a factores agressivos do ambiente e / ou a factores psicológicos ⁶.

4. EPIDEMIOLOGIA

A dor é, por si mesma, um problema grave de saúde. A incidência de doenças crónicas, que causam dor, é maior entre as pessoas com 65 ou mais anos quando comparadas com o resto da população. Embora a dor aguda possa razoavelmente ser considerada um sintoma de doença ou lesão, a dor crónica contínua e recorrente é uma entidade específica, uma doença em si. “A dor continua quando o tratamento para” ⁷.

A dor crónica pode afectar cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e pode atingir cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares ⁸.

A dor crónica do idoso tende a ser multifocal, multifactorial, de intensidade moderada a intensa e com duração de vários anos, é mais frequente nas mulheres do que nos homens e aumenta de prevalência com a idade ⁹.

5. O TRATAMENTO DA DOR E O DIREITO À SAÚDE

A saúde é um direito humano fundamental reconhecido na Constituição da República Portuguesa. Entre as obrigações básicas para garantir este direito inclui-se a necessidade de assegurar o acesso aos bens e serviços de saúde de qualidade, de acordo com as necessidades dos doentes, numa base não discriminatória, em especial no que diz respeito aos grupos de cidadãos vulneráveis, onde se incluem as pessoas idosas. O adequado tratamento da dor constitui um dos aspectos fundamentais da concretização deste direito ¹⁰.

Dada a prevalência da Doença crónica dolorosa nos idosos, é crucial a atenção a esta problemática, bem como ao desenvolvimento de serviços de cuidados paliativos, onde o tratamento da dor tem um lugar central, para respeitar o direito à saúde ¹¹.

Considerando também o direito humano fundamental, reconhecido em numerosos documentos internacionais, de ninguém poder sofrer tratos desumanos ou degradantes, pode considerar-se que tal direito cria a obrigação positiva de serem tomadas medidas para

proteger as pessoas do sofrimento desnecessário, resultante da dor associada às doenças ¹². As boas práticas devem ser promovidas no sentido de respeitar este direito.

6. PROFISSIONAIS ALVO

Estas orientações são destinadas a todos os profissionais que cuidam das pessoas idosas com dor crónica.

7. ORIENTAÇÕES GERAIS DA AVALIAÇÃO

Como experiência subjectiva, não há testes objectivos para medir a dor. A presença e a intensidade da dor devem ser avaliadas e medidas pelo que o doente exprime. ¹³

Nos idosos, a dor é frequentemente subvalorizada e, conseqüentemente, subtratada. As diversas barreiras à sua manifestação, colocam problemas específicos face a um grupo vulnerável, com problemas de comunicação, e em que a presença de dor tem maior probabilidade de ocorrer e de não ser comunicada. Recomendam-se as seguintes orientações:

- A dor deve ser monitorizada por rotina, reavaliada e registada para facilitar o tratamento e a comunicação entre os profissionais; ¹³
- Deste modo, e considerando a prevalência da dor nos idosos, é obrigatório em todos os idosos inquirir da presença de dor;
- Na primeira observação de um idoso, é obrigação dos profissionais valorizar:
 - (a) Alterações comportamentais e cognitivas,
 - (b) Possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento, e durante os cuidados;
- O conhecimento das terapêuticas instituídas com analgésicos e a respectiva resposta, facilita a interpretação de outros termos usados como sinónimos de dor: mal-estar, sofrimento, magoado, ...
- Os sinais físicos que acompanham a manifestação de dor aguda não são habituais na dor crónica, pelo que a valorização de outros indicadores de dor é imprescindível:

Expressão facial

Movimentos corporais

Verbalizações ou vocalizações

Alteração das relações interpessoais

Alterações do estado mental

8. PLANO DE AVALIAÇÃO DA DOR no IDOSO

A avaliação da dor no idoso pelas escalas de auto-avaliação, se não são detectadas dificuldades de comunicação, é complementada por uma história clínica detalhada, um exame objectivo rigoroso, uma história terapêutica correcta e uma avaliação bio-psico-social. 14, ANEXO 2

Na observação dos doentes com dificuldade de comunicação, nenhuma estratégia é, por si só, suficiente, seja os antecedentes pessoais, a observação de comportamentos, o diagnóstico da patologia, ou a informação dos cuidadores, pelo que são necessárias orientações específicas.* 14, ANEXO 2

1. Em primeiro lugar, tentar obter a autoavaliação do doente, mesmo que seja uma resposta sim/não;
2. Procurar causas potenciais de dor (patologias ou procedimentos) ou alterações de comportamento;
3. Na ausência de autoavaliação, a observação comportamental é um método correcto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional – Escalas Comportamentais; **
4. Assumir, por norma, a presença de dor; e se há indicadores de dor, efectuar uma prova terapêutica com analgésicos o que poderá servir de diagnóstico e de terapêutica; ***
5. Solicitar a participação de familiares e ou cuidadores para a avaliação multimodal da dor;

* Hierarquia de Mc Caffery e Pasero, 1999

** Esta validada para português a Escala DOLOPLUS 2; está em curso a validação de outras escalas, entre as quais a escala *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC).

*** Deve ser feita uma prova terapêutica sempre que a patologia, os procedimentos ou as alterações comportamentais o justifiquem:

- Começar com fármacos não opióides, se a dor é ligeira a moderada;
- Recorrer a opióides em dose baixa se a dor é moderada a intensa ou se o esquema anterior não é eficaz; é recomendado o aumento da dose de 25 a 50%, até se obter efeito terapêutico ou aparecerem efeitos secundários;
- Se não é obtido efeito, devem ser exploradas outras causas de alterações comportamentais.

6. Ter em atenção que alterações fisiológicas podem não significar dor e que a presença de dor pode ocorrer sem alteração dos sinais vitais;

7. Deve efectuar-se, periodicamente, a reavaliação do doente bem como os registos dos métodos de avaliação e dos indicadores de dor.

No idoso com demência avançada, as lesões do sistema nervoso central afectam a memória, a linguagem e o processamento cognitivo. Apesar disso, os doentes com demência grave experimentam dor. Segundo a AGS (*American Geriatric Society*) 2002:

- A observação dos comportamentos, como indicadores de dor, é a melhor forma de avaliação deste grupo de doentes;
- A procura de causas potenciais de dor é da maior relevância dada a prevalência de doenças musculo-esqueléticas e neurológicas nestes idosos.

9. RESUMO DA AVALIAÇÃO

1. Identificar a presença de dor qualquer que seja o contexto de observação de um idoso: consulta, urgência, internamento;
2. Considerar que os idosos podem ser resistentes a manifestar a dor, pelo que deve ser avaliada por rotina;
3. Considerar como dor outros **termos** usados pelos idosos para a expressar, como mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro...
4. Escolher como primeira alternativa, a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa; ¹³
5. Recorrer, quando há dificuldade de comunicação, a observação comportamental completa;
6. Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o doente apontar;
7. Através do exame físico cuidado podem ser detectadas as possíveis causas de dor ;
8. A avaliação com uma história da dor é sempre completada com as outras dimensões (psicológica, social, cultural e espiritual);
9. Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor.

10. TRATAMENTO DA DOR NO IDOSO

Particularidades do idoso:

A dor, e em particular a dor crónica, é frequente no idoso, qualquer que seja o contexto: no domicílio, em internamento ou institucionalizado. Pode ser difícil identificar a sua causa e a etiologia é com frequência multifactorial. ¹⁵

A dor crónica está associada a depressão, *** diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polifarmácia e de interações medicamentosas.^{16,17}

A aparente passividade do idoso face à dor está fortemente condicionada por diversos factores: culturais, psicossociais, funcionais, cognitivos, entre outros.

- Factores culturais: é frequente que o idoso aceite a dor como um fenómeno normal, isto é, como uma consequência natural do envelhecimento, e que por isso não a valorize nem a verbalize, a menos que seja especificamente interrogado pelos profissionais de saúde.

O medo de perder a autonomia ou de incomodar com as suas queixas os familiares ou os cuidadores, e o receio de realizar exames complementares de diagnóstico dolorosos podem também condicionar as manifestações de dor pelos idosos.

- Factores psicossociais: a depressão, presente em muitos idosos, pode condicionar a intensidade percebida da dor.

Um bom apoio social e capacidades adaptativas mantidas estão habitualmente associados a menor intensidade da dor e menor incapacidade psicológica.

Nos doentes em fase terminal, a dor pode ser causadora de grande sofrimento físico, psíquico e existencial, não só para o doente como para a família, porque é frequentemente vivenciada como um sinal de proximidade da morte. ¹⁶

- Capacidade funcional: idosos com multipatologia podem ter dificuldade em valorizar a necessidade de investigar e tratar a dor, num contexto de outras doenças que já lhes acarretam custos e sofrimento acrescidos, quer com a realização de ECD quer com as múltiplas terapêuticas instituídas. Naqueles em que a dor tem origem em patologia osteo-articular, em particular vertebral ou dos membros inferiores, a incapacidade física dela resultante pode levar a dificuldades na deslocação às consultas ou para a realização de ECD.
- Capacidade cognitiva: colocam um desafio especial aos profissionais e saúde os idosos com alterações cognitivas que condicionam a manifestação verbal da dor, devendo nestas situações proceder-se a uma avaliação cuidada através de escalas adaptadas, alterações comportamentais perceptíveis no paciente ou aceitando como válidas as observações dos familiares ou cuidadores habituais do doente. ¹⁴

*** Há autores que sugerem a avaliação da depressão por rotina; podem ser usadas as Escalas de Depressão já validadas para português.

No idoso com alterações cognitivas minor, a adesão à terapêutica pode estar condicionada por défices de memória ou pela incapacidade de reter ou compreender novas instruções ou indicações. ¹⁸

- Outros factores podem também condicionar as manifestações dolorosas e a terapêutica da dor no idoso. Não existe consenso entre diferentes autores sobre as alterações na percepção dolorosa e na sensibilidade à dor na população idosa. ^{19,20} Ao invés, são bem conhecidas as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento, os riscos da polimedicação, muito frequente nos idosos, assim como a susceptibilidade aumentada a reacções adversas aos medicamentos. ¹⁸

11. TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

A terapêutica não farmacológica deve fazer parte de um plano global de tratamento do idoso, em especial do idoso com dor crónica.

A terapêutica não farmacológica tem em geral poucos efeitos adversos e, quando utilizada isoladamente, pode produzir alívio de curta duração no doente com dor crónica. Em combinação com fármacos tem a vantagem de melhorar a terapêutica da dor, potenciar o efeito terapêutico global e permitir a redução das doses dos fármacos com a consequente diminuição de efeitos secundários, interacções medicamentosas e por vezes diminuição de custos. ¹⁶

A efectividade de grande parte das terapêuticas não farmacológicas parece relacionar-se com algum efeito placebo que se lhe encontre associado, uma vez que a evidência de eficácia em estudos controlados não lhe é correspondente. *****

Muitos doentes com dor crónica utilizam por autoiniciativa, e antes de procurarem o médico, diversas estratégias terapêuticas não farmacológicas que no passado, em situações semelhantes, lhes deram bons resultados. ^{16, 19}

A crescente utilização de terapêuticas não farmacológicas pela população idosa pode ter, em circunstâncias particulares, nomeadamente no doente com osteoporose ou polimedicação, riscos acrescidos, como os das lesões osteoarticulares (exercício, manipulação) ou de interacções com terapêuticas farmacológicas (ervas medicinais) que não podem ser descurados.

As terapêuticas não farmacológicas mais frequentemente descritas são:

Exercício – exercícios de resistência e fortalecimento muscular, de intensidade moderada e realizados regularmente podem melhorar a capacidade funcional e diminuir a dor no doente com patologia musculoesquelética. A dor provocada por espasmos musculares pode melhorar com exercícios de estiramento ou de aumento de amplitude. Os exercícios devem ser adaptados às necessidades e preferências de cada doente, e realizados no mínimo durante oito a doze semanas. ¹⁷

Aplicação local de calor ou frio – pode ser benéfica nos doentes com espasmos musculares. ¹⁷

Doentes com alterações cognitivas ou da sensibilidade (por exemplo diabéticos) devem ser tratados com especial cuidado pelos riscos de potencial lesão térmica. ¹⁶

Massagem – pode estar indicada nos doentes com espasmos musculares. ¹⁷ Embora possa ser realizada por profissionais, pode também ser ensinada ao doente permitindo-lhe a auto-aplicação com diminuição dos custos. ¹⁶

Diatermia e ultra-sons – podem ter indicação no alívio da dor musculoesquelética profunda. ¹⁷

Imobilização – se realizada por curtos períodos (não mais do que alguns dias) pode ter benefício no alívio da dor no doente com uma articulação dolorosa. No idoso, imobilizações prolongadas aumentam o risco de capsulite adesiva e de diminuição permanente da amplitude articular. ¹⁷

Cirurgia – a artroplastia pode estar indicada em doentes com dor intensa associada a osteoartroses. ¹⁷

TENS (Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea) – pode ser benéfica em diversos tipos de dor, nomeadamente na neuropatia diabética, bursites e fractura costal. ¹⁹ Na dor pós-operatória pode diminuir o uso de analgésicos e melhorar a mobilidade. ¹⁷

Crioterapia – pode ter benefício em doentes com dor com origem em nervos periféricos. ¹⁷

Neuroablação – pode ter indicação em doentes com dor refractária e esperança de vida curta. ¹⁷

Educação do doente e do cuidador – em programas individuais ou em grupo, desde que adaptados às necessidades do doente e à sua capacidade de compreensão, têm demonstrado bons resultados. Devem incluir informação sobre a etiologia da dor, utilização de instrumentos de avaliação e registo da dor, medicação e estratégias não farmacológicas. ^{16, 17}

Estratégias cognitivas – em programas individuais ou em grupo têm como objectivo alterar as atitudes e crenças do paciente e promover a modificação da experiência da dor e sofrimento. A presença de um familiar, cuidador ou pessoa de confiança do doente nestas sessões parece melhorar os resultados. São necessárias múltiplas sessões (seis a quinze, com duração entre sessenta a noventa minutos) e não está indicada em pacientes com alterações cognitivas. ¹⁶

Distracção – alguns doentes utilizam com benefício a música, leitura ou televisão como elementos de distracção da sua dor crónica. ¹⁹

Outras – quiroprática, homeopatia, acupunctura, vitaminas ou ervas medicinais podem ser benéficas para alguns doentes, embora não tenham mostrado ter maior benefício que o placebo em estudos controlados. ^{16, 17}

12. PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O modo usual do tratamento da dor em idosos é farmacológico e deverá ser balanceado em função dos riscos e dos benefícios.

Devido à heterogeneidade dos idosos a dose óptima e os efeitos colaterais são difíceis de prever, as doses para a maioria dos doentes devem ser tituladas em frequentes avaliações e ajustamentos, para otimizar o controlo da dor, sob monitorização dos efeitos colaterais.

A efectividade do tratamento farmacológico é maior quando combinada com formas de tratamento não farmacológico.

O controlo da dor implica a utilização de associações medicamentosas que são potencialmente geradoras de efeitos colaterais. Contudo, polifarmácia pode ser necessário para minimizar efeitos secundários específicos de cada fármaco, ao combinar pequenas doses de diferentes classes de fármacos, permite obter o controlo da dor sem o risco de desencadear efeitos secundários de cada um. Com ajustes apropriados às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas induzidas pela idade.

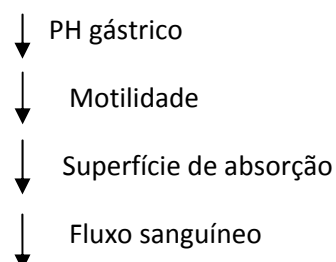
Objectivo principal do tratamento farmacológico é o controlo da dor, da capacidade funcional e qualidade de vida. 20, 19

Especificidades relacionadas com a idade:

Diferenças na sensibilidade à acção analgésica que podem determinar alterações nos elementos de escolha dos fármacos: receptores farmacológicos, sensibilidades enzimáticas, sensibilidade dos sistemas de neurotransmissão.

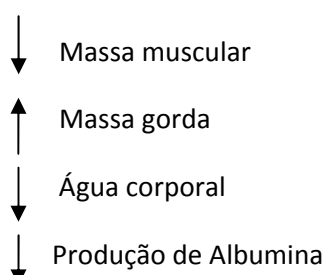
Diferenças nas propriedades farmacocinéticas dos analgésicos como consequência das alterações que vão surgindo com o processo de envelhecimento.

Alterações na absorção.



Condicionam alterações na absorção de muitos dos analgésicos.

Distribuição:



Diferenças na sensibilidade ou grau de tolerância às reacções adversas, ex: confusão provocada pelos opióides, fragilidade da mucosa gastrointestinal perante um anti-inflamatório não esteróide, a maior sensibilidade à acção anticolinérgica de um antidepressivo tricíclico.

Condicionam alterações na distribuição dos fármacos: lipossolúveis com aumento do volume de distribuição que acarretam atraso no início de acção e acumulação com doses repetidas, e hidrosolúveis, com diminuição do volume de distribuição que acarreta aumento do pico plasmático do fármaco e lenta diminuição da concentração plasmática. A diminuição da produção de albumina poderá condicionar aumento da fracção plasmática do fármaco livre.

Metabolismo: ↓ capacidade do metabolismo hepático

Condicionando diminuição da capacidade de metabolizar os fármacos e seus metabolitos, provocando um aumento da duração do efeito.

Eliminação: ↓ Fluxo sanguíneo hepático
↓ Fluxo sanguíneo renal
↓ Filtração glomerular
↓ Reabsorção tubular

Condicionam alterações renais que se refletem no *clearance* da creatinina, que a partir dos 40 anos diminui 10% por cada 10 anos de idade. Quando o *clearance* da creatinina diminui abaixo de 30ml/min, a eliminação dos fármacos fica diminuída com risco de acumulação e consequente aumento da duração do efeito e da toxicidade.

Alterações do S.N.C. do idoso:

Diminuição progressiva dos neurónios em determinadas áreas do cérebro, com uma generalizada perda de cerca de 30% do tamanho cerebral aos 80 anos de idade. ²¹

Recomendações específicas:

Idosos com dor que condicione diminuição da qualidade de vida são candidatos a tratamento farmacológico, com os mesmos princípios e analgésicos que nos jovens, com os ajustes necessários às suas particularidades.

Também nos idosos, que se apresentam mais sensíveis às reacções adversas, a maioria dos analgésicos são eficazes e relativamente bem tolerados quando se aplicam de modo equilibrado, e o efeito analgésico obtido será o melhor indicador da dose e do ritmo de administração, não esquecendo que a via de administração deverá sempre que possível ser a menos invasiva, portanto a via oral.

O tratamento da dor em idosos deve ser orientado de acordo com escada analgésica da OMS, tendo em consideração as particularidades dos idosos, para os diferentes grupos de Fármacos.

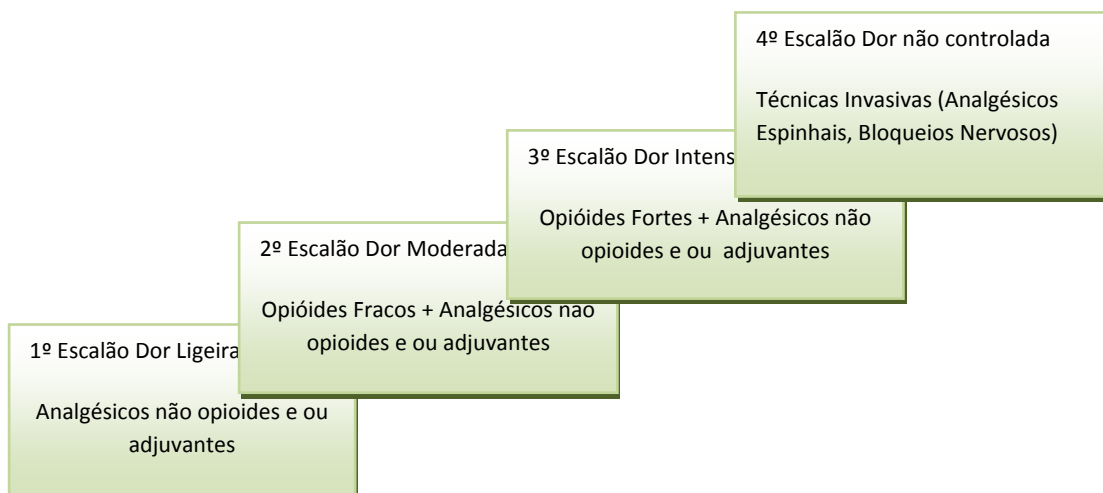


Fig.1 Escada Analgésica modificada para o tratamento da Dor.

13. ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

1.1. Paracetamol, analgésico de eleição para dores musculo-esqueléticas médias e moderadas, possui propriedades antipiréticas e anti-inflamatórias fracas, atinge o pico plasmático em 30 a 60 minutos com uma meia vida plasmática em cerca de 120 minutos, dose máxima não poderá exceder 4000mg por dia. O efeito adverso mais importante é hepatotoxicidade com queixas de náuseas, vômitos nas 1^{as} horas e desencadear de dores abdominais e falência renal com oligúria em 24 a 48 horas.

1.2. Anti-inflamatórios não esteróides (AINS)

O mecanismo primário de nociceção é a inibição da produção de prostaglandinas E, inibem também a produção de prostacyclina e tromboxane o que provoca alguns dos seus efeitos adversos.

- A maioria é completamente absorvida depois da administração oral
- Mais de 95% da dose absorvida liga-se às proteínas plasmáticas
- Apresentam metabolismo hepático pelo Citocromo P450 e são excretados pela urina.
- Diferentes AINES têm diferentes propriedades analgésicas, antipiréticas e anti-inflamatórias.
- Evitar AINES de longa duração de ação ou em doses altas.
- Para uso crónico só deverá ser usado quando em crise.
- Com maior cuidado quando exista, insuficiência hepática ou renal ou alterações da coagulação.
- Não utilizar mais que um AINS em simultâneo.
- Não apresentam todos a mesma toxicidade gastrointestinal (ex: piroxicam» naproxeno» meloxicam)
- As alterações farmacocinéticas dos diferentes AINES com a idade não são claramente indicadores de alterações das dosagens, a não ser quando existam alterações das funções hepáticas e ou renais. ANEXO 3

14. OPIÓIDES

- Os idosos têm uma maior sensibilidade à acção dos opióides tanto na sua vertente terapêutica-analgésia, como na sua vertente iatrogénica-sedação e outras reacções colaterais. Esta maior sensibilidade é independente das alterações farmacocinéticas relacionadas com a idade.
- A semi-vida de eliminação da morfina, fentanilo e remifentanil é reduzida no idoso.
- Petidina converte-se num metabolito excretado pelo rim, devido à insuficiência renal própria do idoso, verifica-se acumulação pelo que não é aconselhável a administração a idosos.
- O ajuste das doses deve ter em conta:
 1. Persistência da dor e probabilidade de uma exacerbação.
 2. Farmacocinética e Farmacodinâmica de cada opióide nos idosos e sua propensão para ser acumulado.
 3. Necessidade de prever as reacções adversas, para preveni-las ou tratá-las com rapidez.
- Deve-se prevenir a obstipação de imediato com medidas profiláticas ou se necessário com laxantes osmóticos ou estimulantes directos, se não houver obstrução intestinal.
- Prever o aparecimento de sedação ou alterações cognitivas. Quando é necessário aumentar a dose rapidamente existe o risco de depressão respiratória.
- Náuseas e vômitos podem ocorrer com alguma frequência. Se ligeiros desaparecem espontaneamente em poucos dias, se não usar antieméticos com poucos efeitos secundários (metoclopramida pode provocar efeitos extrapiramidais)
- Prurido e mioclonia tratam-se respectivamente com antihistaminicos e clonazepam.
- Os efeitos secundários, na maioria das vezes desencadeiam tolerância num curto espaço de tempo.
- Em dores recorrentes - uso ocasional de opióides de curta duração.
- Em dores contínuas – uso de apresentações de libertação retardada. ANEXO 4

15. FÁRMACOS COADJUVANTES

Especialmente úteis nalguns casos de dores neuropáticas, utilizados isoladamente ou em associação com opióides e ou AINES, sendo que em muitas situações só é atingido alívio da dor e não a sua supressão.

Antidepressivos tricíclicos apresentam efeitos anticolinérgicos como principais efeitos colaterais (boca seca, confusão, visão turva, taquicárdia, obstipação, retenção urinária, vertigens, e hipotensão ortostática), sendo que a Nortriptilina é o menos propenso a desencadear hipotensão ortostática nos idosos.

Anticonvulsivantes (Gabapentina, Pregabalina, Carbamazepina, Oxcarbamazepina) que apresentam como efeitos secundários, vertigens, disforia e alterações cognitivas.

Corticóides que apresentam como potenciais efeitos adversos, alterações neuropsíquicas, hiperglicemia e retenção de fluídos, quando em administração crónica em idosos podem desencadear, hipertensão, osteoporose crónica, miopatia, aumento do risco de infecção, hiperglicemia, e da toxicidade gastrointestinal e efeito neuropsicológico tardio.

Relaxantes Musculares quando usados em simultâneo com opióides potenciam os efeitos sedativos e depressores.

Associações de Medicamentos; Anti-inflamatórios e Analgésicos com opióides (Paracetamol+ Codeína, Paracetamol +Tramadol), os quais não se deve exceder a dose máxima recomendada. Deve-se prever o efeito de tecto, pela toxicidade que pode ser alcançada do Paracetamol e dos AINES. ^{22,23,24,25}

16. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO DOENTE

Quando se inicia ou se procede a ajustes das doses da medicação analgésica é necessário avaliar com frequência a eficácia e os efeitos colaterais, também quando a medicação se mantém por longo prazo deverão ser monitorizados com frequência os mesmos parâmetros.

- Se a medicação a longo prazo é um opióide há que alertar para não utilizar concomitantemente um outro opióide, eventualmente receitado por um outro médico.
- Se a medicação a longo prazo é um AINE deverá ser vigiado periodicamente possíveis percas de sangue por via digestiva, insuficiência renal ou outras formas de insuficiência renal ou hepática e possíveis interações medicamentosas com outros fármacos ou patologias associadas.

ANEXO 1 – Referenciação do Idoso com Dor Crónica em Ambulatório

ANEXO 2 – Fluxograma de Avaliação da Dor no Idoso

ANEXO 3 – TABELA DOS AINES

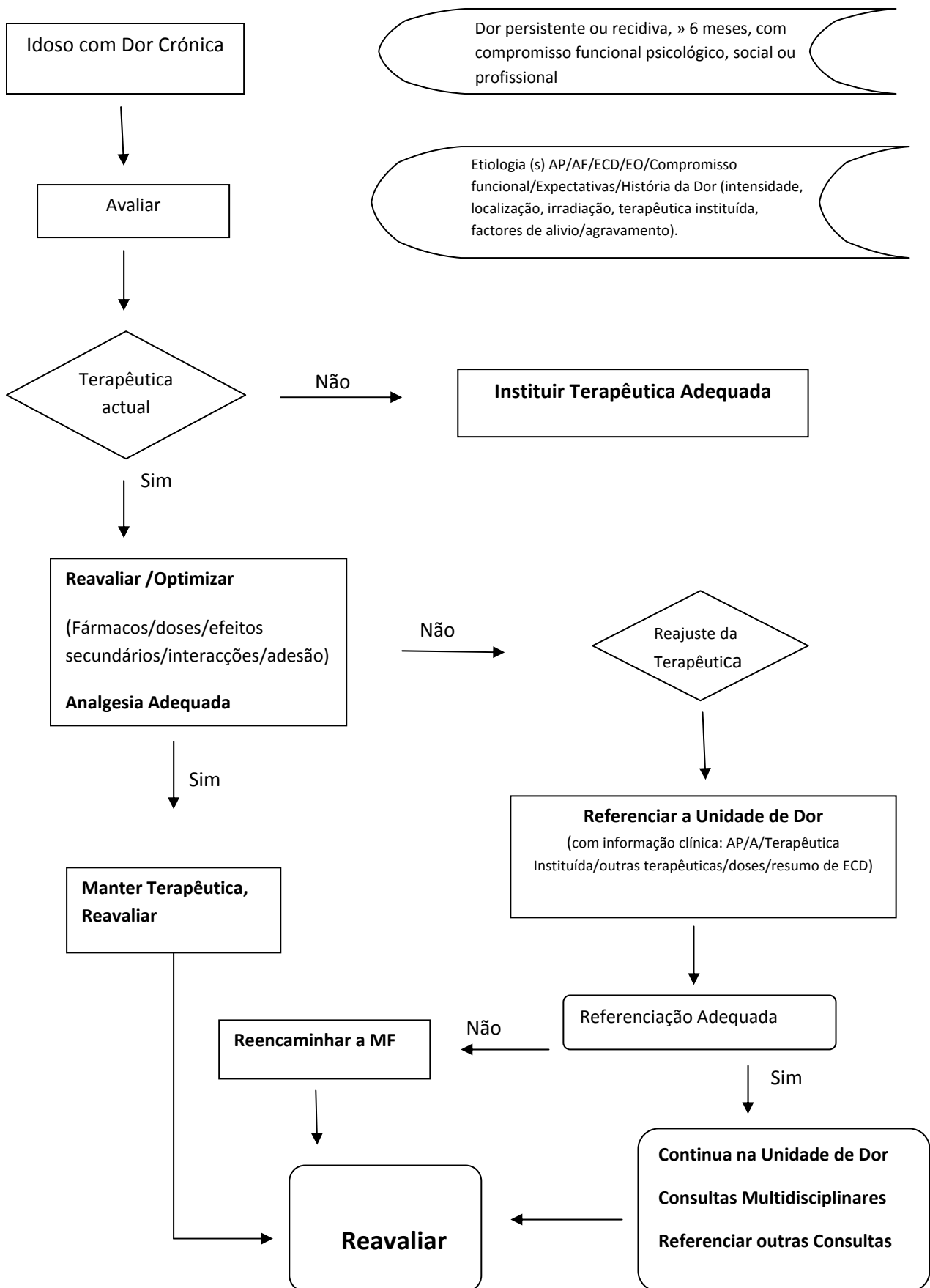
ANEXO 4 – TABELA DOS OPIÓIDES

BIBLIOGRAFIA

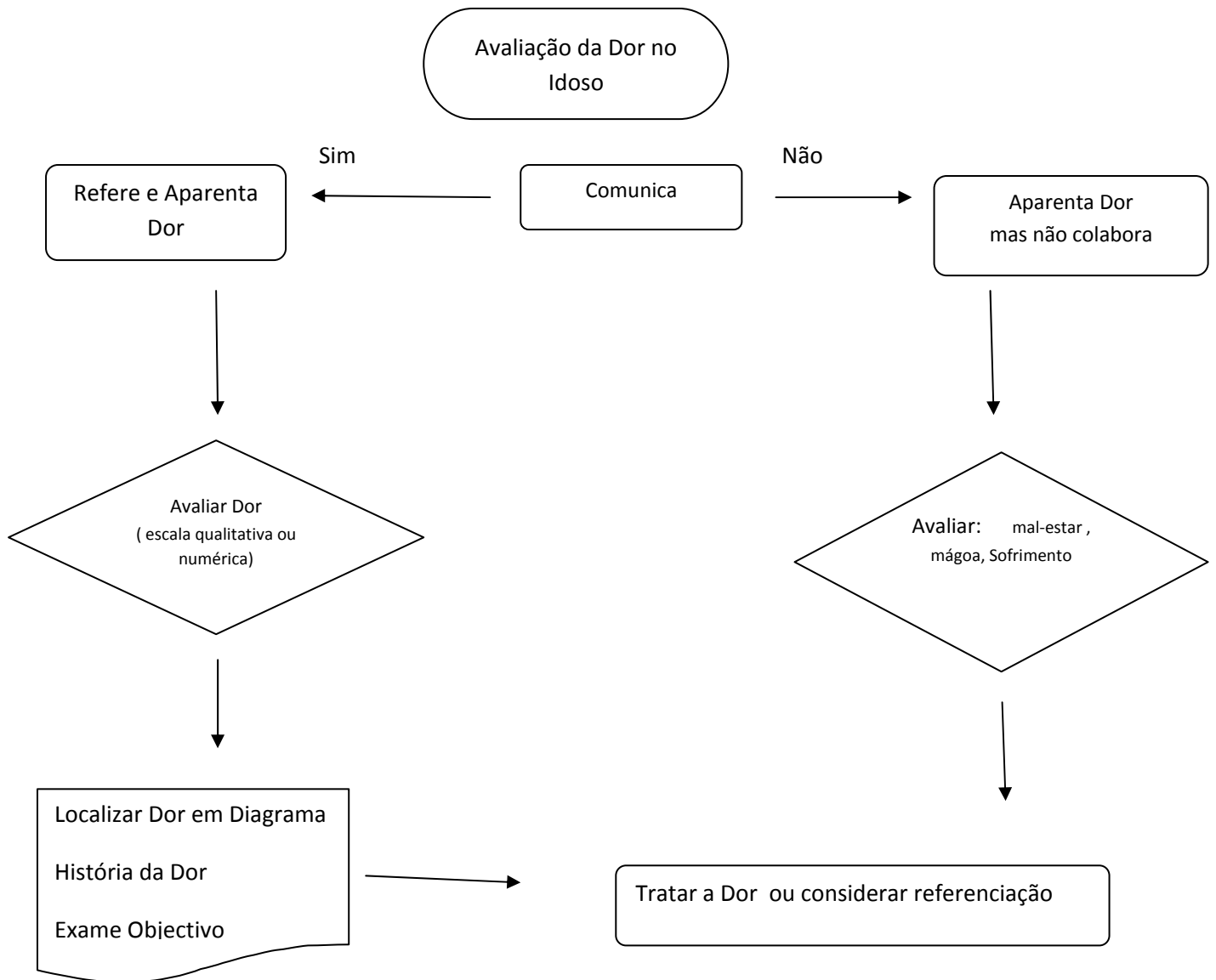
Bibliografia

1. Brennan F, Carr DB, Cousins UM, "Pain Management: A Fundamental Human Rights" *Anesthesia & Analgesia*, Vol.105, Nº 1, July 2007, P.205 – 221.
2. WHO, "National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines," 2002, P. 83.
3. International Association for the study of Pain. Classification of chronic pain. Elsevier, 1991, P.216.
4. Johnson M. Physiology of chronic pain. In: Banks C, Mavrodt K. (Eds). *Chronic Pain Management*. Whurr Publishers 2005, P 41 – 42.
5. Ferrel, BA. Overview of Aging and Pain. In: Ferrel BR, Ferrel BA. (Eds). *Pain in the Elderly*. IASP Press. 1996. P 4.
6. Loeser J D, Melzack R. Pain: an overview. *The Lancet*. Vol 353, May 8, 1999, P. 1609.
7. IBID
8. Helme, R D, Gibson SJ. Pain in the elderly. Jensen T S, Turner J A. (Eds). *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. IASP Press 1997, P.925.
9. Helme R D, Gibson S J. Pain in Older People. In: Crombie I K, Croft PR. (Eds.) *Epidemiology of Pain*. IASP Press 1999. P 103 – 110.
10. International Association for the Study of Pain. Pain Relief as a Human Right. *Pain Clinical Updates*. Volume XII, Nº 5, September 2004.
11. Please, do not make us suffer any more... Access to Pain Treatment as a Human Right. Human Rights Watch 2009. P 15.
12. IBID. P 15 – 16
13. Direção-Geral da Saúde, A Dor como 5.^a sinal vital; registo sistemático da intensidade da Dor, Circular Normativa N.º 09 DGCG, 2003.
14. Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, The British Pain Society; *Concise Guidance to Good Practice- Number 8, the assessment of pain in older people*. October 2007.
15. Forniés A L, Diego F I G, Sierra M C, Landázuri J G O; *Dolor*; cap. 71; Tratado de Geriatria para residentes, 721-731. data?
16. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons; JAGS, May 1998-vol.46,nº5;635-651
17. <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec6/ch43/ch43a.jsp>
18. Galvão Cristina; *O Idoso Polimedicado –Estratégias para melhorar a prescrição*; Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2006.22; 747-752;.
19. Pasero Chris, Reed A. Barbara, McCaffery Margo; Chapter fifteen "*Pain in Elderly*"; Pain – Clinical Manual; 2^a ed; Mosby 1999; 674-707;.
20. Estilista J, Hidalgo J, Salles, M; *Dor no idoso "Um Grande Esquecimento"*; Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor; Março 2009; 20-27;.
21. Muravchick S ; "Physiological Changes of Aging" cap 13 vol.31 ; ASA 2003
22. Flores J; "*La Utilizacion de analgesicos en el ancion*"; cap V ; FÁRMACOS y Dolor; 101-125; 2004 Fundación Instituto Uspa del Dolor.
23. Nebreda C; Urban B; Manual de Fármacos utilizados en el tratamiento del dolor crónico; 2001 IASP Press.
24. Thomas J; Gunten C F; "*Pharmacologic Therapies for Pain, cap. 3*"; *Pain- Current Diagnosis & Treatment*; 21-37; McGraw-Hill 2006.

Anexo 1 – Referenciação do Idoso com Dor Crónica em Ambulatório



Anexo 2 – Fluxograma de Avaliação da Dor no Idoso



Anexo 3 - TABELA DOS AINES

Farmaco	Dose	Pico conc. plasmatica	Meia vida de eliminaçao	Precauções
Acetoaminofeno	q 4-6h até 4000mg/dia	30-60 min	120min	Na ins. Hepática e ins. renal
Aspirina	q 4-6h até 4000mg/dia			Alt. Função plaquetária e hemorragias gastro-intestinais.
Naproxen	275-500mg q8-12h	4-6h	12-15h	Evitar doses altas por longos periodos de tempo
Ibuprofeno	400-800mg q 6-8h	1-2h	2-2.5h	Evitar doses altas por longos periodos de tempo.
ketoprofeno	25.75mg q 6-8h	½-2h	1-3h	Apresentam risco de hemorragia em doentes hipooagulados, devido ao efeito antiagregante plaquetário
Flurbiprofeno	50-100mg q 12-24h			
Indometacina	25-50mg q 8-12h	½-4h	2-11h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de ltio, digoxina e metotrexato
Etolodac	200-400mg q 6-8h	1-2h	6-7h	
Sulindac	150-200mg q 12h	2h	16-18h	
Diclofenac	25-75mg q 8-12h	14-50 min	1-2h	Efeito anti agregante plaquetário, pode aumentar as concentrações plasmáticas de ltio, digoxina e metotrexato
Ac. Mefenamico	250-500mg q 12-24h			Risco de toxicidade renal e hematológica
Fenilbutazona				Risco de alterações hematopoiéticas
Nabumetone	1000-2000mg q 24h	3-6h	24h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de ltio, digoxina e metotrexato, e interferir com o efeito dos diuréticos e anti-hipertensores.
Piroxican	10-20mg q 24h			Elevada incidência de reacções de fotosensibilidade. Não exceder 20mg/dia
Meloxicam	7,5-14mg q 24h	4-5h	15-20h	
Valdecoxib	10-20mg q 12-24h	3h	8-11h	Usar com precaução em doentes com IC, hipertensão ou edemas e contra indicados em doentes com doença cerebro vascular e doença cardiaca isquémica.
Rofecoxib	12,5-50mg q 24h	2-3h	17h	
Celecoxib	100-400mg q 12h	3h	11h	
Etoricoxib	60-90-120mg q 24h		17h	
Metamizol	500-1000mg q 6-8h			

Analgésicos Antipiréticos, Anti-inflamatórios não esteróides

Anexo 4 - TABELA DOS OPIÓIDES

Farmaco	Dose Inicial	T. Conc. Máxima	Efeitos nos idosos	Precauções
Codeína	30 - 60 mg q 4-6h	2 h	Obstipação acentuada	Iniciar precocemente uso de laxantes
Tramadol	50 – 100mg q 6-8h	2h	Sedação, depressão do centro respiratório, cardiotoxicidade	
Morfina	10 – 30mg q 4-6h	20 – 120 min	Grande sensibilidade aos efeitos colaterais.	Iniciar com doses baixas, antecipar e prevenir efeitos colaterais.
Hidromorfona	8 mg /24h			
Fentanyl	»25mcg/h	8 - 12h	Formulação TD de uso q 72h (3 dias)	Não recomendado em doentes não habituados a opióides Iniciar precocemente uso de laxantes
Buprenorfina	»35mcg/h	8-12h	Formulação TD de uso q 84h (3,5 dias)	

Analgésicos Opióides



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 15

**DOCUMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O CONTROLO DA DOR NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Sub-Grupo de Trabalho “Estratégias para Melhorar o Controlo da Dor nos Cuidados de Saúde Primários”

A dor, e em particular a dor crónica, é um problema de saúde muito prevalente na população em geral e constitui um dos mais frequentes motivos de consulta (como o têm demonstrado diversos estudos), ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP).

O Sub-Grupo de Trabalho “Estratégias para melhorar o Controlo da Dor no Cuidados de Saúde Primários” após discutir as mais importantes áreas relacionadas com a dor crónica a carecerem de intervenção considerou prioritárias a **Formação**, os **Registos**, a **Resposta adequada ao doente com dor** e a **Prevenção**.

Formação

Ao nível da **Formação** o grupo de trabalho considerou como prioritárias duas áreas de formação: durante o internato complementar e para os especialistas já em exercício.

Relativamente ao internato complementar de Medicina Geral e Familiar foram sugeridos a formação de formadores (orientadores de internato) e a formação dos internos.

Quanto a esta última, o Sub-Grupo de Trabalho foi unânime em considerar que a mesma deve ser parte integrante da formação curricular, devendo para tal ser alocado um período de tempo não inferior a um mês para a frequência de um estágio em Unidades de Dor, a realizar preferencialmente durante o segundo ano de internato.

Tendo em vista a abordagem desta vertente formativa com a entidade competente (colégio de especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos), e procurando conhecer o parecer da mesma, bem como com ela procurar encontrar estratégias formativas, foi tentado por diversas vezes e meios o contacto, não tendo sido possível obter qualquer resposta daquela entidade. Parece-nos assim que nestas circunstâncias não deverá o Sub-Grupo de Trabalho pronunciar-se sobre conteúdos e estratégias formativas, uma vez que não houve a possibilidade de as discutir com aquela entidade.

Relativamente à formação na área da dor dos especialistas de Medicina Geral e Familiar já em exercício foram sugeridas como estratégias formativas o ensino de sala (formação interna e externa) e a formação à distância.

Relativamente ao ensino de sala foram sugeridas quer formação interna quer externa.

Relativamente à formação interna, como estratégias, o Sub-Grupo de Trabalho sugere para a formação interna o estudo de casos (a realizar durante as reuniões dos centros de saúde, com discussão dos mesmos com colegas da consulta (local) de Dor, e a planear localmente, de acordo com as realidades locais).

Quanto à formação externa, entende este Sub-Grupo de Trabalho que a mesma deveria ser efectuada através da frequência de cursos dirigidos especificamente para os médicos de família, e a organizar em parcerias entre estruturas para tal vocacionadas (nomeadamente a

APMCG, a APED, etc.). Tem este Sub-Grupo de Trabalho conhecimento de que tal é também sugerido pelo Sub-Grupo de Trabalho a quem coube a área da Formação.

Quanto à formação à distância (WEB), foi sugerida a organização e realização de formação na área da dor utilizando recursos informáticos, devendo a planificação das mesmas ser acordada entre as entidades anteriormente sugeridas e entidades públicas ou privadas da área informática.

Reconhecida a necessidade de formação na área da Dor e a complexidade da sua organização no terreno, é o Sub-Grupo de Trabalho de opinião que a mesma deveria ser norteadada por orientações que deveriam emanar directamente do Ministério da Saúde ou da Direcção Geral da Saúde.

O Sub-Grupo de Trabalho sugere ainda a necessidade de reforçar a divulgação da Dor como 5º sinal vital a médicos e enfermeiros, bem como formação com especial ênfase sobre caracterização e classificação da Dor. Uma vez que há um Sub-Grupo de Trabalho a quem esta área específica foi entregue entendemos que não nos devemos pronunciar sobre este tema.

Registos

Ao nível dos **Registos** o Sub-Grupo de Trabalho considerou que o processo clínico informatizado deverá, sempre que haja menção a dor, dispor de um espaço próprio, bem visível, de preferência de preenchimento obrigatório, para registo da mesma.

Existe actualmente ao nível dos registos médicos informatizados nos CSP um vasto grupo de programas informáticos em funcionamento. A criação de espaços próprios e bem identificados para registo da dor carece assim, em nosso entender, de directivas que deveriam ser emitidas pelo Ministério da Saúde.

Considerando que no momento actual ainda se fazem muitos registos em papel, o Sub-Grupo de Trabalho sugere ainda que os mesmos sejam actualizados de forma a permitir o registo da intensidade da dor em local próprio e bem visível.

Resposta ao Doente com Dor

Ao nível da **Resposta ao Doente com Dor** o Sub-Grupo de Trabalho considerou como prioritárias as áreas da comunicação entre diferentes especialidades e a da consulta multidisciplinar de proximidade.

Relativamente à comunicação entre diferentes especialidades o Sub-Grupo de Trabalho considerou vital a comunicação entre médicos de família e Consultas / Unidades de Dor, nomeadamente através da criação de programas informáticos que permitam a referenciação do doente com dor directamente para a consulta, bem como a possibilidade de troca de correspondência entre os médicos de família e os especialistas em Dor.

Foi ainda considerada como útil e necessária a viabilização da possibilidade de os médicos de família consultarem por via electrónica o processo clínico informatizado do doente no hospital, nomeadamente no que concerne aos registos da consulta de dor. Para tal haverá que conciliar diferentes programas informáticos, algo que se encontra fora do âmbito das competências deste Sub-Grupo de Trabalho (ACSS?).

O Sub-Grupo de Trabalho propõe ainda que localmente, dadas as especificidades de cada zona do país, seja considerada a nível dos ACES a possibilidade de realização de reuniões conjuntas periódicas para discussão de casos clínicos (presencialmente ou via consulta à distância), tal como já se faz em muitas zonas e com diversas especialidades. Tal poderia ser uma mais-valia para os clínicos dos CSP e hospitalares da consulta de dor, pela possibilidade de formação permanente e troca de opiniões, bem como para os doentes pela mais rápida resposta e, no caso de consultas à distância, pela possibilidade de não terem de percorrer grandes distâncias.

Relativamente à consulta multidisciplinar de proximidade o Sub-Grupo de Trabalho considerou que, a definir caso a caso de acordo com as realidades locais, fosse considerada a possibilidade de abertura de consultas multidisciplinares de Dor nos centros de saúde / ACES, com a ressalva de que tais consultas apenas poderiam existir caso fosse garantida a colaboração de profissionais com formação específica na área da Dor.

As consultas multidisciplinares de Dor dos centros de saúde / ACES permitiriam promover a redução dos gastos em medicamentos desnecessários (ou duplicação de fármacos do mesmo grupo terapêutico) e diminuir a iatrogenia, evitar os múltiplos recursos ao SAP e Serviço de Urgência de situações de dor crónica por descontrolo sintomático, realizar a avaliação de situações complexas de dor no âmbito dos cuidados de saúde primários, evitar a referenciação para a Consulta de Dor do Hospital de referência de situações que pelo seu reduzido grau de complexidade não a justifiquem, promover uma resposta mais rápida a situações urgentes, e agilizar o atendimento e acompanhamento na consulta hospitalar de Dor de situações cuja complexidade ultrapasse o nível dos cuidados de saúde primários.

É do conhecimento deste Sub-Grupo de Trabalho que a criação destas consultas nos centros de saúde não é consensual entre as diferentes especialidades pelo que reitera a necessidade de que em cada ACES sejam encontrados pontos de consenso, de acordo com as realidades locais, sugerindo que pontualmente, e onde as condições para tal estejam reunidas, se possam realizar experiências piloto.

Prevenção

Ao nível da **Prevenção**, e porque esta é uma área específica de actuação ao nível dos cuidados de saúde primários, o Sub-Grupo de Trabalho considerou como prioritário o desenvolvimento a nível local de estratégias comunitárias preventivas, englobando não só os centros de saúde/ACES mas também especialistas de Saúde Pública, autarquias e escolas. Foram sugeridos ainda como parceiros potenciais os clubes desportivos, dietistas, universidades da terceira idade, etc., bem como um envolvimento mais directo e abrangente por campanhas

publicitárias a promover pelas entidades competentes (Ministérios da Saúde, do Trabalho e Segurança Social).

Está este Sub-Grupo de Trabalho consciente de que as realidades locais são muito distintas, e de que se em determinados locais muito trabalho já foi feito e se encontra em desenvolvimento (e deverá por isso ser apoiado) noutros haverá ainda um longo caminho a percorrer, necessitando por isso de incentivos que em nossa opinião deverão ser discutidos, procurados e implementados a nível local, de acordo com os condicionalismos próprios das diferentes zonas do país.

A terminar gostaria este Sub-Grupo de Trabalho de salientar a importância de encontrar estratégias que permitam um melhor controlo da dor crónica ao nível dos CSP e a necessidade de que o Ministério da Saúde emane directivas que permitam aos mais diversos níveis promover o bem-estar dos doentes.



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 16

FOLHETO SOBRE DOR DESTINADO À POPULAÇÃO GERAL

DOR

A dor pode ter diversas causas. Nalguns casos relaciona-se directamente com o problema que a causou, como a dor que surge após uma queimadura na pele. Noutros casos, é muito mais difícil de perceber o que a provoca, podendo ser necessária uma observação aprofundada por parte de vários profissionais de saúde.

É útil distinguir dor aguda de dor crónica.

DOR NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!

Patrocínio:

 **JANSSEN-CILAG**
FARMACEUTICA, S.A.
Inovamos pela Saúde

Estrada Consiglieri Pedroso, 69 A
Quefroz de Baixo
2734-503 Barcarena
www.janssen-cilag.pt

Sociedade por quotas Matriculada
na Conservatória do Registo
Comercial de Oeiras, sob nº 10576
Capital Social € 2.693.508,64
Nº Contribuinte 500 189 412

Contacte-nos



APED
Associação Portuguesa
para o Estudo da Dor

Instituto de Histologia e Embriologia
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Hernâni Monteiro
4200-319 Porto
Tel.: 22 551 3654
Fax: 22 551 3655
E-mail: tavaresa@med.up.pt

DOR NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!



DOR AGUDA

Dor aguda é definida como dor de curta duração e/ou com uma causa fácil de identificar. É geralmente um alerta. Caracteriza-se por ser rápida e incisiva, seguida de dor mais ligeira. Os analgésicos controlam quase sempre este tipo de dor.

DOR CRÓNICA

Dor crónica é geralmente definida como uma dor que dura pelo menos 6 meses, ou que tem duração para além do considerado normal para a cicatrização, ou ainda que dura para além da razão que a provocou.

O tratamento deste tipo de dor é quase sempre mais difícil do que o da dor aguda.

Quando o motivo é uma doença oncológica (cancro), a dor, porque pode resultar de muitos factores, é mais difícil de tratar. Por essa razão, o doente com dor crónica oncológica, durante o seu tratamento, deve ser avaliado frequentemente. Pretende-se que não tenha dor e possa usufruir do maior bem-estar possível, com qualidade de vida e dignidade. Existem vários tipos de medicamentos que por vezes têm de ser usados em conjunto.

- O seu médico assistente saberá avaliar o seu caso e receitar o que estiver mais adequado para si. Se não houver alívio, podem tentar-se outros medicamentos, pois existem vários igualmente seguros e que podem estar mais indicados para o seu caso.
- Nenhuma medicação deverá ser tomada sem o conhecimento do seu médico ou enfermeiro e não deve suspender nenhuma medicação sem consultar o médico que a prescreveu;
- Não fique com dúvidas. Tudo o que não entender, nas instruções dadas pelo médico ou enfermeiro, pergunte até que tudo fique claro. A relação de confiança que tem com os profissionais de saúde permitir-lhe-á colocar qualquer tipo de dúvida para ficar esclarecido e o tratamento resultar o melhor possível. Deverá saber o que tomar, quando tomar e os efeitos que lhe poderá provocar para além de tirar a dor.

QUESTIONE O SEU MÉDICO

Quanto melhor compreender o tratamento que o seu médico lhe indicar, melhor se sentirá.

Não espere para fazer perguntas. A dor pode fazer com que se sinta triste, zangado, mais frágil ou só.

Muitas pessoas têm aprendido a ultrapassar estes sentimentos através de aconselhamento tradicional ou grupos de apoio a doentes. Pergunte ao seu médico como encontrar estes serviços.

Respondemos à dor de diferentes formas. Algumas pessoas chegam a acreditar que o reconhecimento da dor é um sinal de fraqueza. A dor crónica é uma doença. Deverá esperar ser tratado para a dor, tal como espera ser tratado para qualquer outro problema médico.

Reveja as seguintes perguntas sobre o tratamento da dor para que possa discutir este aspecto com o seu médico.

- 1. O que poderá estar a provocar os meus sintomas?**
- 2. A minha dor pode ser tratada com sucesso? O que poderei esperar?**
- 3. Quanto tempo durará sem alívio, a dor que sinto? Quanto tempo durará o tratamento?**
- 4. Que medicações irei precisar de tomar e quais os seus efeitos secundários?**
- 5. De que forma a nova medicação poderá afectar a medicação que já estou a tomar?**
- 6. A condição que causa a dor que sinto é hereditária?**
- 7. Poderei fazer mais alguma coisa para além da toma da medicação, para aliviar a dor?**
- 8. Que deverei fazer se ocorrer dor, ou outros problemas?**
- 9. Poderá a dor que sinto ser um sintoma de outra doença? Se sim, qual?**
- 10. Irá a dor que sinto piorar com a idade?**
- 11. Haverá a necessidade de vigiar ao longo do tempo os meus sintomas, doença ou a sua progressão?**

QUESTÕES MAIS FREQUENTES

Existe o risco de dependência com analgésicos fortes?

Os produtos como a morfina, o fentanilo e outros, há muito que são associados a risco de dependência. Actualmente, ainda são referidos legalmente como narcóticos ou fármacos estupefacientes. A ciência moderna nega este conceito. Os medicamentos opióides não irão conduzir a um estado de sonolência e apatia. A maioria dos doentes tratados poderá referir-lhe – após um curto período de adaptação – como se tornaram mais atentos e activos devido à ausência da dor. O receio de dependência destes medicamentos não se justifica, tendo em conta os dados de estudos científicos recentes. Estes estudos têm demonstrado que não existe aumento do risco de desenvolvimento de dependência nos doentes tratados com opióides, comparativamente com a população em geral.

Irei necessitar de doses mais elevadas após algum tempo?

O receio de necessitar sempre de doses cada vez maiores para controlo da dor é uma ideia muito espalhada mas é negado pelos cientistas. Os analgésicos fortes mantêm sempre o seu efeito. As doses devem ser adaptadas em função da intensidade da dor: aumento de dose se houver aumento de dor, mas também redução de dose quando há redução da intensidade de dor.

Que efeitos secundários devo esperar?

O paracetamol é um dos fármacos com menos efeitos secundários. A aspirina, tal como outros fármacos anti-inflamatórios, podem dar sintomas indesejáveis a nível do estômago e intestino grosso pelo que devem ser sempre tomados com as refeições. Os medicamentos opióides fracos e fortes têm o mesmo perfil de efeitos secundários: náuseas e tonturas que normalmente desaparecem ao final de uns dias. A prisão de ventre foi também frequentemente observada, mas esta pode ser ultrapassada com a toma reforçada de líquidos, alimentos ricos em fibras, exercício físico, etc.

Tenho que esperar que a dor volte antes de tomar a minha medicação?

Não, pelo contrário. Todos os cientistas concordam neste aspecto: esteja sempre um passo à frente da sua dor. No tratamento da dor grave e contínua, o objectivo é eliminar a dor, mantendo esse estado. O controlo permanente da dor é essencial. Em simultâneo, não existirá qualquer “dependência” ao fármaco: não sentirá necessidade do mesmo, uma vez que o seu efeito se mantém ao longo do tempo.

O que é a utilização de uma ‘escala de dor’?

Já foi salientada a dificuldade em avaliar a dor individual de cada doente. A ‘escala de dor’ desde “0”, (sem dor), a “10”, (pior dor imaginável), permite ao doente e ao seu médico “medir” a dor. A ‘escala de dor’ é também útil no sentido de alertar o doente para a dose de medicação adequada e suficiente para o alívio da dor. A maioria das pessoas tende a definir como “bom”, uma ligeira diminuição da dor, embora esta continue a induzir um sofrimento considerável. Nestes casos, a ‘escala da dor’, indicará ao médico assistente que não foi ainda alcançado um tratamento analgésico satisfatório e o bem estar possível. Por outro lado, existem casos em que a dose pode ser ajustada quando há sinais de diminuição de dor.

Se o médico prescrever um Opióide forte, pode ser substituído na farmácia?

Não. Nos termos do artigo 1.º da Portaria n.º 1193/99, de 29 de Setembro, o modelo de receita médica especial não possibilita a substituição do medicamento prescrito.



Programa Nacional de Controlo da Dor



Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 17

EXPOSITOR PARA FOLHETO SOBRE DOR DESTINADO À POPULAÇÃO GERAL



DOR

NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!

Patrocínio:

JANSSEN-CILAG

FARMACEUTICA, S.A.
Inovamos pela Saúde



DOR
NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!



Programa Nacional de Controlo da Dor

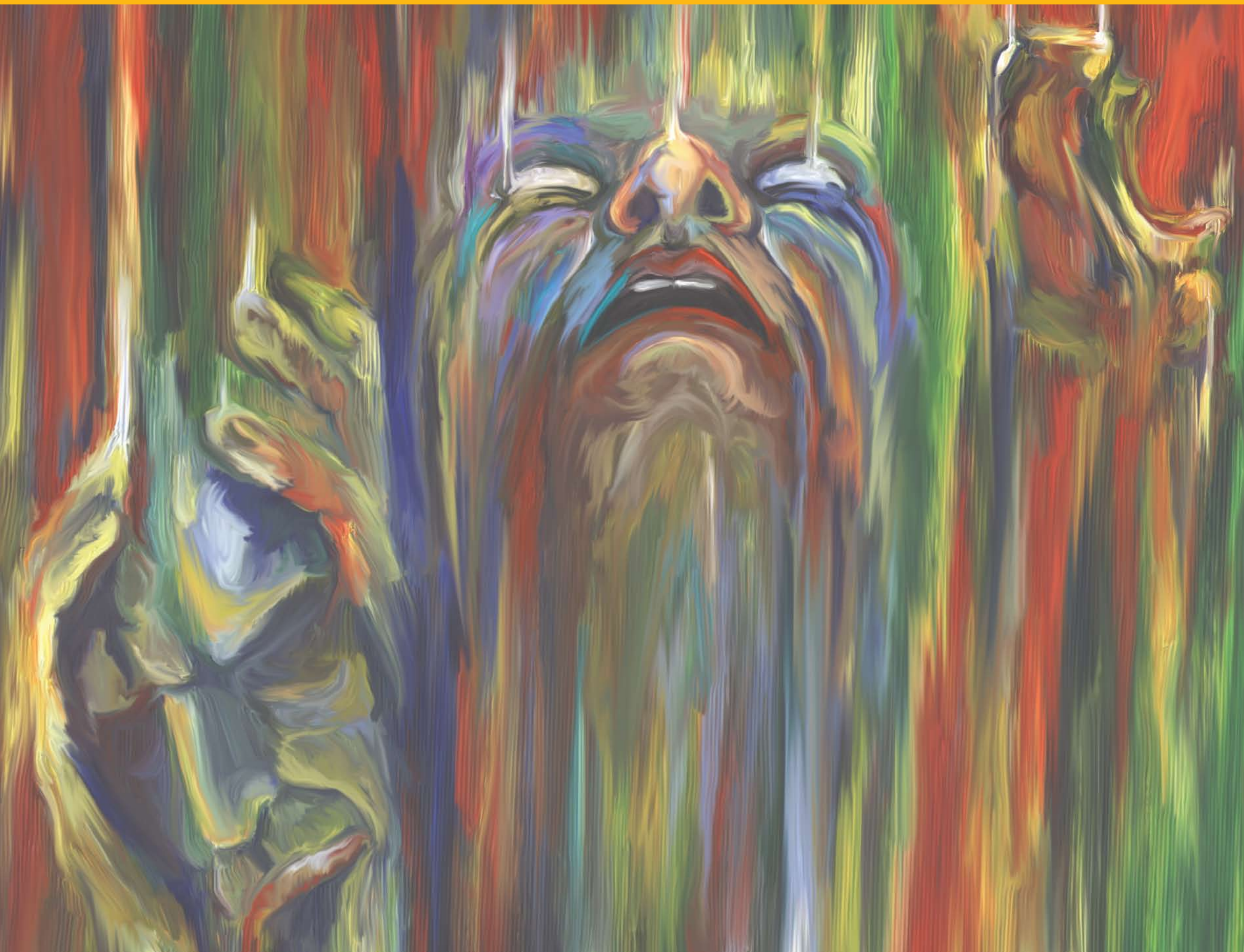


Comissão Nacional para o Controlo da Dor

Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010

ANEXO 18

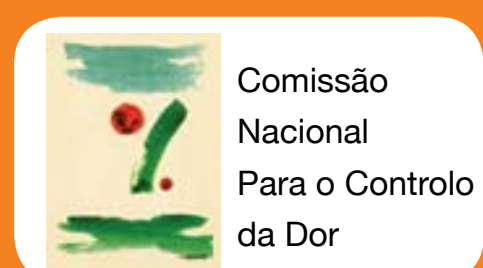
CARTAZ SOBRE DOR DESTINADO À POPULAÇÃO GERAL



DOR

NÃO SOFRA EM SILÊNCIO!

*Peça o folheto com
informação mais detalhada!*



Patrocínio:



Estrada Consiglieri Pedroso, 69 A | Queluz de Baixo
2734-503 Barcelos | www.janssen-cilag.pt
Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras, sob nº 10576
Capital Social € 2.690.506,64 | N.º Contribuinte 500 189 412
JAN-0700-036-0