SECÇÕES SPA
SECÇÃO DE MEDICINA DA DOR
Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

RECOMENDAÇÕES PORTUGUESAS PARA AS UNIDADES DE DOR AGUDA

SPA
Sociedade Portuguesa
de Anestesiologia

SPA
Sociedade Portuguesa
de Anestesiologia

Proposta de Recomendações portuguesas para as Unidades de Dor Aguda elaboradas por grupo de consensos – SPA 2018

NOTA: Para subscrever documento ou propor alterações, por favor envie mail para spa@spanestesiologia.pt

CAPÍTULO 1: A UNIDADE DE DOR AGUDA

Fundamentos

1. A dor é uma experiência angustiante para qualquer doente;
2. O tratamento eficaz da dor aguda reduz o risco de complicações, facilita a recuperação/reabilitação, permite reduzir o tempo de internamento hospitalar, aumenta a satisfação e melhora a qualidade de vida dos doentes;
3. A dor aguda pós-operatória não controlada pode contribuir para o desenvolvimento de dor crónica;
4. Para o adequado tratamento da dor aguda a existência de uma organização apropriada que utilize os conhecimentos existentes é tanto ou mais importante que o desenvolvimento de novos fármacos ou técnicas analgésicas;
5. A criação de Unidades de Dor Aguda (UDA) aumenta a consciência entre os profissionais de saúde de que uma abordagem adequada da dor é importante para melhorar o *outcome* final do doente;
6. Uma equipa dedicada e uma estrutura organizacional apropriada poderão contribuir para uma estadia hospitalar com dor controlada;

7. Devemos reconhecer a importância das UDA como unidades funcionais capazes de assegurar cuidados de alta qualidade, fazendo com que a sua existência seja considerada um critério de boa prática hospitalar;
8. A Anestesiologia é a especialidade mais habilitada a liderar a UDA, nomeadamente pela experiência no manuseio de fármacos analgésicos e na execução de técnicas invasivas.

Objetivos da UDA

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

Recomendações

1. Todas as instituições hospitalares devem ter uma estrutura organizada que desenvolva e implemente políticas e processos de tratamento da dor aguda, de forma segura e efetiva – Unidade de Dor Aguda (UDA);
2. O modelo organizativo da UDA deve ser simples e económico;
3. A equipa da UDA deve ser multidisciplinar e liderada por um anestesiologista;
4. A equipa deve ser capaz de fornecer orientações para desenvolver e gerir políticas de tratamento da dor aguda, além de garantir a acessibilidade e equipamentos;
5. A organização interna, o número e a especialização dos profissionais que integram a equipa da UDA devem ser adaptados às caraterísticas de cada hospital (dimensão, grau de diferenciação e especificidades dos doentes), garantindo apoio em dor aguda 24 horas/dia, 7 dias/semana;
6. É aconselhável nomear enfermeiros da UDA nas unidades que devido às suas dimensões e/ou especificidades assim o exijam;
7. Devem ser nomeados enfermeiros e médicos de ligação (1 por serviço);

8. Os enfermeiros de ligação desempenham um papel importante - coordenam, monitorizam e avaliam os cuidados prestados e atuam como um elo de ligação entre os vários membros da equipa da UDA;
9. Os enfermeiros prestadores de cuidados diretos são responsáveis por avaliar regularmente a intensidade da dor (em repouso e em movimento), fornecer a medicação analgésica (a horas fixas e de resgate), monitorizar a eficácia analgésica, os efeitos laterais e complicações;
10. A unidade deve promover a articulação com os serviços clínicos, de modo a que a abordagem da dor aguda seja eficaz e segura, nomeadamente promovendo a formação de médicos e enfermeiros;
11. A farmácia deve colaborar estreitamente com a UDA, devendo existir um farmacêutico de ligação;
12. A interligação com a unidade de dor crónica deve ser desenvolvida, quer no âmbito da abordagem do doente de dor crónica com dor aguda, quer no da evolução da dor aguda para dor crónica;
13. Devem existir reuniões regulares, cooperação e trabalho em rede entre os membros da UDA e os serviços clínicos;
14. Devem ser criadas condições para o desenvolvimento de projetos de investigação no âmbito da dor aguda.

SPA Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

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

Fundamentos

1. A avaliação do doente e a definição da estratégia analgésica individual deve ter por base a identificação de comorbilidades clínicas, medicação em curso, história de dor crónica, abuso de substâncias, terapêuticas analgésicas prévias e respetivas respostas;
2. A elaboração e implementação de um plano terapêutico devem ser baseadas em protocolos de analgesia multimodal, combinando técnicas farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com os meios disponíveis, a capacidade de intervenção das UDA e a concordância do doente;
3. Nos doentes com dor aguda controlada e via oral disponível, a administração endovenosa de opioides não se mostrou vantajosa;
4. A analgesia controlada pelo doente (PCA) é mais eficaz e segura no controlo inicial da dor, permite uma titulação mais rápida dos fármacos e está associada a um maior grau de satisfação dos doentes. Os estudos mostram que é possível a sua aplicação em crianças a partir dos 6 anos de idade;
5. A PCA com regime de perfusão contínua de opioides não melhora a qualidade da analgesia, não reduz os consumos de opioides e está associada a maior incidência de efeitos laterais (náuseas, vómitos, sedação, retenção urinária e depressão respiratória);
6. A analgesia por via epidural e perineural, com perfusão contínua e/ou controlada pelo doente (PCEA e PCNPA), apresenta a vantagem de prolongar a analgesia;
7. A analgesia por via epidural estará associada à diminuição da morbilidade e mortalidade pós-operatória;
8. A qualidade da analgesia epidural com anestésicos locais melhora com a associação de opioides. A qualidade da analgesia perineural parece melhorar com a associação de dexametasona;

9. São fundamentais a monitorização e o tratamento de efeitos laterais e complicações relacionados com as técnicas e fármacos;
10. A avaliação e registo regular da intensidade da dor, dos efeitos laterais e das complicações devem sempre ser efetuados;
11. A obtenção de consentimento informado escrito, deve ter caracter obrigatório em técnicas invasivas.

Recomendações

1. Todos os doentes com dor aguda não controlada devem ser referenciados para a UDA;
2. Considera-se dor não controlada sempre que, de acordo com as escala validadas, se verifiquem, no mínimo, 2 registos consecutivos de dor superior a ligeira, >3 ou >30;
3. Recomenda-se a analgesia a horas certas, a administração de fármacos com diferentes mecanismos de ação e a utilização preferencial da via oral;
4. A via intramuscular não deve ser utilizada;
5. A abordagem terapêutica deve ser adaptada à intensidade, frequência e fisiopatologia da dor, bem como às características do doente;
6. Todos os esquemas terapêuticos devem contemplar analgesia de resgate;
7. Deve ser privilegiada a PCA, particularmente na administração de opioides, com dispositivos devidamente programados e protocolados;
8. A PCA pressupõe o ensino prévio do doente e a existência de capacidades cognitivas adequadas;
9. Na PCA não estão recomendados regimes de perfusão contínua de opioides (exceto em doentes com uso regular de opioides);
10. Recomenda-se a analgesia regional como componente eficaz da analgesia multimodal, indicada na abordagem da dor moderada a intensa;
11. Recomenda-se o domínio da realização de técnicas regionais, nomeadamente com recurso à ecografia;

12. A administração de analgesia intra-articular e infiltração da ferida operatória devem ser utilizadas, nomeadamente nos procedimentos cirúrgicos em que está demostrado o seu benefício;
13. Considera-se que o doente pode ter alta da UDA sempre que tem dor controlada e ausência de efeitos laterais/complicações da analgesia:
14. Fármacos analgésicos:

Paracetamol – Deve fazer parte dos esquemas analgésicos, salvo contraindicação absoluta. Sem contraindicação na pediatria e na gravidez;

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) - A utilização de AINE, seletivos ou não seletivos, potencia o efeito analgésico e reduz o consumo de opióides. O uso de AINE seletivos (ex. *parecoxib*) parece ter menos efeitos secundários, quanto ao risco de hemorragia pós-operatória e digestiva;

Tramadol – Opióide fraco utilizado na dor moderada ou intensa, sem necessidade de titulação, com melhor perfil de segurança e menor risco de adição que os opioides fortes;

Opióides fortes – Fármacos padrão no tratamento da dor moderada a intensa, ou como analgesia de resgaste. A sua utilização implica monitorização clínica rigorosa. No controlo da dor pós-operatória, não se recomenda a sua administração pré-emptiva**;**

Anestésicos locais – Estão indicados para administração por via regional. A ropivacaína, a levobupivacaína e a bupivacaína devem ser sempre utilizados na menor concentração eficaz, reduzindo a toxidade cardiovascular e neurológica e tendo em conta a patologia associada dos doentes.

Gabapentina e pregabalina – Podem reduzir o consumo de opioides no pós-operatório e estarão associados a menores níveis de dor. Apenas disponíveis para administração por via oral. São ainda escassos os estudos em pediatria;

Cetamina – Pode reduzir o consumo de analgésicos, os níveis de dor no pós-operatório e a evolução para dor crónica. Recomenda-se a sua administração em situações de dor intensa, hiperalgesia e em doentes opioide tolerantes;

Outros fármacos – Lidocaína endovenosa, sulfato de magnésio, dexametasona e dexmedetomidina parecem ser úteis como adjuvantes no tratamento da dor aguda, em casos específicos. Faltam estudos que demonstrem a sua mais-valia inequivocamente.

15. Os meios não farmacológicos devem ser considerados como um complemento fundamental e parte integrante da abordagem terapêutica em dor aguda. Recomenda-se a utilização de:

TENS - Estimula a resposta endógena inibitória da estimulação álgica. Estudos sugerem a diminuição do consumo de analgésicos em 25%. Pode ser aplicada peri-incisão cirúrgica ou nos pontos de acupuntura;

Acupuntura - Existem múltiplas técnicas: aplicação em pontos de acupressão, com ou sem estimulação elétrica. Requer conhecimento, tempo e equipamento;

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

Técnicas comportamentais – A hipnose, relaxamento, meditação, intervenção cognitiva e intervenção focada na emoção influenciam os níveis de dor e os comportamentos negativistas. Como técnicas não invasivas, podem ser utilizadas em qualquer faixa etária;

16. Independentemente da estratégia analgésica escolhida, esta deverá ser sempre aplicada de acordo com protocolos;
17. A elaboração dos protocolos deverá ser feita consoante a intensidade e a fisiopatologia da dor, o tipo de cirurgia e técnica analgésica ou utilizando todos os critérios em simultâneo:
18. Em cada protocolo deve estar mencionado:
    a. Denominação acordada com a farmácia,
    b. Identificação e caracterização dos fármacos ou mistura analgésica,

c. Via de administração,
d. Posologia de cada fármaco utilizado,
e. Analgesia de resgate: quando e como fazer quando a dor não está controlada,
f. Modo de preparação e identificação dos fármacos,
g. Caracterização, abordagem e tratamento dos efeitos laterais e complicações mais frequentes,
h. Instruções acessórias;

19. Para além de protocolos de analgesia, devem ser elaborados protocolos de abordagem de complicações e efeitos laterais relacionados com a técnica analgésica adotada e os fármacos utilizados;
20. A UDA deve ter acesso a equipamento apropriado e em quantidade adequada para garantir a abordagem segura e eficaz da dor, tendo em conta as características da instituição de saúde na qual está integrada. Este equipamento deverá incluir dispositivos de atuação terapêutica, como sistemas de perfusão contínua e de analgesia controlada pelo doente, e ecógrafo;
21. Monitorização
    a. Os doentes com protocolos de analgesia instituídos deverão ser alvo de monitorização e avaliação clínica;
    b. Os doentes com técnicas de analgesia não convencional e/ou dor não controlada devem ter visita diária da UDA;
    c. A avaliação pela equipa de enfermeiros prestadores de cuidados diretos ao doente deve ser realizada em intervalos regulares e sempre que haja intervenção analgésica (avaliação da dor em repouso e em movimento), recorrendo a escalas de avaliação validadas;
    d. A monitorização clínica deve ser regulada pela aplicação de escalas de avaliação e alertas previamente validados pela UDA e divulgados/ensinados à equipa de enfermagem, promovendo uma linguagem comum;
    e. Recomenda-se que sempre que se utilizem opioides sejam monitorizados regularmente os sinais vitais, o grau de sedação e o estado de consciência;
    f. Não existe evidência de que um tipo de monitorização (clínica versus oximetria de pulso) seja superior a outro, pelo que, sempre que possível, ambos os meios

devem ser utilizados. A ausência de monitorização por oximetria de pulso não contraindica a utilização de técnicas e fármacos analgésicos, mas requer maior frequência de vigilância clínica;

g. Nas técnicas de analgesia regional, acresce a monitorização e vigilância do bloqueio motor e o levante acompanhado pelo enfermeiro.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA DE REGISTO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Fundamentos

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

Recomendações

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

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

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

Tabela I

6. São considerados registos recomendados da base de dados da UDA (Tabela II):

- Caracterização demográfica do doente
- Antecedentes pessoais (ICD®), estado físico ASA
- História prévia de dor crónica
- Consumo crónico de opióides
- Diagnóstico cirúrgico/ médico (ICD®)
- Descrição de técnica anestésica, quando aplicável
- Informação e formação prestada ao doente/ cuidador, quando aplicável
- Satisfação do doente

Tabela II

SPA Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

CAPÍTULO 4: AUDITORIA DO TRATAMENTO DA DOR AGUDA

Fundamentos

1. As auditorias médicas fazem parte do processo de avaliação contínuo que tem como objetivo alcançar o mais elevado nível de qualidade em cuidados de saúde;
2. A qualidade é definida como o grau de melhoria nos cuidados de saúde, adaptado aos conhecimentos dos profissionais e aos equipamentos disponíveis;
3. Os sistemas de qualidade pressupõem a existência de indicadores;
4. Os indicadores constituem uma base mensurável dos cuidados, para profissionais e organizações de saúde, a partir da qual é possível aferir o nível de qualidade dos serviços prestados. Podem ser baseados na evidência científica, derivados de literatura académica ou determinados por um painel de peritos, num processo de consenso;
5. Os indicadores podem estar relacionados com a estrutura, o processo ou o *outcome* dos cuidados de saúde. Podem ser quantitativos ou qualitativos;

Recomendações

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

   Parâmetros auditáveis de estrutura

   a. Acessibilidade da base de dados;

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

Parâmetros auditáveis de processo

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

Parâmetros auditáveis de outcome

a. Doentes da UDA com dor não controlada;
b. Doentes da UDA com readmissão hospitalar após alta por dor não controlada;

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

CAPÍTULO 5 - FORMAÇÃO CONTÍNUA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DOENTES E CUIDADORES

Formação e treino a profissionais de saúde

Fundamentos

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

Recomendações

1. A UDA deve estar envolvida na formação e treino de todos os profissionais e assegurar que tenham conhecimentos e competências no que respeita à utilização eficaz e segura das opções terapêuticas da instituição;
2. Todos os profissionais envolvidos no tratamento da dor aguda devem estar incluídos em programa de formação e desenvolvimento profissional, para que atinjam um nível de conhecimentos adequado às suas funções;

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

Informação a doentes e cuidadores

Fundamentos

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

Recomendações

1. Deve ser fornecido aos doentes informação verbal e/ou escrita, em linguagem simples, e ser assegurada a sua compreensão;
2. Os doentes devem ser capazes de tomar decisões informadas;
3. A informação deve ser adequada aos doentes com dificuldades de comunicação - alterações visuais, auditivas, cognitivas e língua materna não portuguesa;
4. Para os doentes cirúrgicos o processo educacional deve começar no momento da avaliação pré-operatória;
5. O conteúdo da informação ao doente deve incluir:
    a. Métodos de avaliação da dor
    b. Objetivos e benefícios do tratamento
    c. Opções terapêuticas analgésicas disponíveis, sua eficácia e potenciais efeitos laterais e complicações.

SPA
Sociedade Portuguesa
de Anestesiologia

BIBLIOGRAFIA

1. Programa Nacional Controlo da Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2008. www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008.aspx
2. Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2012. www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx
3. Roger Chou,et al. Guidelines on the Management of Postoperative Pain Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. The Journal of Pain, Vol 17, No 2 (February), 2016:131-157
4. D Werner MU, et al. Does an acute pain service improve postoperative outcome? Anesth Analg 2002; 95:1361–1372.
5. Raymond Sinatra. Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain. Pain Medicine 2010; 11: 1859–1871
6. Meissner et al. Improving the management of postoperative acute pain: priorities for change. Current Medical Research And Opinion Vol. 31, 11,2015
7. Rawal, N. Current issues in postoperative pain management. European Journal of Anaesthesiology. 33(3):160-171, March 2016
8. Acute Pain Management: Scientific Evidence, Fourth Edition 2015.
9. Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration; Anesthesiology, V 124 Nº3; March 2016.
10. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Editores: Andreas Kopf, MD e Nilesh B. Patel, PhD. 2010 IASP.
11. http://www.health.vic.gov.au/surgicalperformance/vascular.htm
12. www.health.vic.gov.au/clinicalengagement

13. Development of an electronic database for Acute Pain Service outcomes. BL Love et al. Pain Res Manage 2012;17(1):25-30
14. Brief review: adoption of electronic medical records to enhance acute pain management. David H Goldstein et al. Can J Anesth 61:164-179. 2014
15. Principles for best practice in clinical audit. NHS, National Institute for clinical excellence.CHI. Royal College of Nursing. University of Leicester.
16. Thomas Kötter, et al. Methods for the guideline-based development of quality indicators – a systematic review. Implementation Science 2012, 7 :21
17. H. Wollersheim, et al. Clinical indicators: development and applications. The Netherlands jornal of medicine, j a n u a r y 2 0 0 7 , V o l . 6 5 , 1: 15-22
18. Royal College of Anaesthetists | Raising the Standard: a compendium of audit recipes | Section 11: Pain Medicine 3rd Edition 2012: 291-341. Edited by Dr Andrew Vickers and Dr Kate Grady
19. Mainz J. Methodology Matters: Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 2003; Volume 15, Number 6: pp. 523–530 10.1093/intqhc/mzg081
20. Societal Impact of Pain: Quality indicators of chronic pain management Rolf-Detlef Treede
21. SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – Melhores cuidados, melhores resultados. Manual de especificações – Avaliação da Dor Aguda
22. Anaesthesia and perioperative care version 6 Clinical Indicators ACIR, Australasian Clinical Indicator Report 2009-2016
23. Acute Pain Management: Scientific Evidence, Fourth Edition 2015. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine
24. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the perioperative setting; The American Society of Anesthesiologists; Anesthesiology 2012; 116: 248-73
25. Guidelines for the provision of anaesthesia services. Guidance on the provision of anaesthesia services for acute pain services 2016. Royal College of Anaesthetists
26. Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action. JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Porto, 28 de Fevereiro de 2018

Rui Valente (Coordenador), Cristina Carmona, Isabel Serralheiro, Marlene Monteiro, Piedade Gomes, Rita Santos, Sara Fonseca.