

# Ano Mundial Contra a Dor **Aguda**

# PAIN

OUTUBRO 2010 – OUTUBRO 2011

## Porque existem lacunas entre a evidência e a prática?

Amplas evidências resumidas em fichas técnicas mostram que o tratamento ideal da dor aguda:

- Melhora a qualidade de vida dos pacientes e satisfação com o atendimento;
- Reduzem o risco de muitas complicações (Ex: trombose venosa);
- Permite a alta mais precocemente;
- Facilita a recuperação através de vários mecanismos (Ex: resposta ao estresse reduzida);
- É possível melhorar a gestão dos recursos clínicos (Ex: minimizar as interrupções do fluxo de atendimento ao paciente) e reduzir os custos de curto e longo prazo do tratamento.

As evidências importantes de alta qualidade atestam a eficácia de várias classes de medicamentos e seus respectivos modos de uso (incluindo anestesia local) e técnicas sem que não usam medicações para pacientes com dor aguda, devido a uma cirurgia, lesão ou doença. As evidências também apontam para a importância do cuidado individualizado e consideração com o contexto clínico (Ex: recursos disponíveis).

No entanto, abundantes evidências também indicam uma subavaliação generalizada e subtratamento da dor aguda, além de uma falha em proporcionar planos proativos de dor [8]. As lacunas entre a evidência e a prática são de vários tipos. Alguns refletem barreiras gerais às aplicações da prática baseada em evidências e resultados baseados em prática orientada [3,9]. Outro tipo de incompatibilidade entre a evidência e a prática é a aplicação uniforme e rígida das evidências baseadas na população, como um grande ensaio randomizado e controlado, sem levar em conta a individualidade dos pacientes como: a variabilidade, suas preferências, ou especificidades do contexto clínico [4]. Outras barreiras de particular relevância para o manejo ideal da dor aguda refletem a incapacidade de solucionar a longo prazo os mitos prevalentes sobre a dor aguda e a importância de seu controle [8,12].

Lacunas na qualidade da prestação de cuidados de dor refletem em:

- Problemas relacionados aos profissionais de saúde
- Problemas relacionados aos pacientes
- Problemas relacionados aos serviços de saúde

Problemas relacionados aos profissionais de saúde incluem:

- Desatualização ou atitudes e conhecimento inadequado. Ex. idéias errôneas:
  - Controle pós-operatório da dor interfere com a identificação imediata de complicações cirúrgicas;
  - A cirurgia deve ser associada com a dor;
  - Pacientes que falam sobre a dor são exigentes.
- Diferenças nacionais sobre a interpretação das evidências no que diz respeito às diferenças das sociedades profissionais;
- "Inércia clínica" [10]. Lentidão para atualizar o conhecimento individual da evolução das evidências [1];
- Profissionais despreparados em um serviço de dor aguda, resultando em esforços pontuais voltados para o tratamento da dor, em vez de preveni-lo de forma sistemática [9,11];
- Avaliação da dor incompleta, esporádica, ou fora do padrão;
- Opiofobia – Medo do uso de opióides;
- Preocupações exageradas sobre os efeitos colaterais do tratamento da dor;
- Dificuldade em utilizar os resultados dos ensaios clínicos controlados na prática clínica.

Problemas relacionados aos pacientes incluem:

- Desatualização ou idéias equivocadas semelhantes aos descritos acima para os profissionais de saúde;
- Crença de que "bons" pacientes não se queixam de dor ou não mostram o sofrimento (incluindo fatores culturais);
- Uma tendência a se contentar com controle inadequado da dor, particularmente quando os provedores de saúde são percebidos como profissionais de apoio e cuidadores [5];
- A relutância em tomar medicamentos contra a dor por causa dos efeitos colaterais (Ex. náuseas, vômitos) e outras consequências (Ex. dependência, tolerância);
- Falta de consciência sobre a importância do controle da dor para otimizar os resultados de curto e longo prazo (Ex. dor crônica);

- Falta de um eleitorado organizado, tal como surge entre os pacientes (e suas famílias) afetados por doenças crônicas, incluindo o câncer.

Problemas relacionados com o sistema de saúde incluem:

- Baixa prioridade dada à educação no controle da dor para os profissionais de saúde;
- Baixo valor concedido às preferências do paciente;
- Regulamentação impeditiva ao uso de substâncias controladas;
- Os rendimentos provenientes de tratamento da dor são muitas vezes insuficientes para sustentar uma empresa viável (muitas vezes devido à fragmentação, controle de custo-efetividade imperfeito);
- Transferência de custos para os pacientes (Ex. pelas seguradoras e planos de saúde);
- Infra estrutura inadequada, incluindo pessoal especializado para fornecer medicamentos e outras intervenções (Ex. analgesia controlada pelo paciente, as técnicas cognitivo comportamentais);
- As restrições à prática, tais como regulamentos que permitam ao enfermeiro administrar injeções só por via intramuscular ou injeções por via subcutânea, e não por via intravenosa;
- Falha para capturar os resultados de qualidade em curto e longo prazo que possam ser correlacionados com a adequação do controle da dor aguda [6,13];
- Relativo ao fardo da dor aguda: às despesas com o financiamento da pesquisa básica, translacional, e da investigação clínica são todos desproporcionalmente baixos [2,7].

### Referências

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empy C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpasios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125-131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.

