

Ano Mundial Contra a Dor **Aguda**

PAIN

OUTUBRO 2010 – OUTUBRO 2011

Por que as lacunas entre a evidência e a prática?

Ampla evidência resumida em fichas informativas mostra que o tratamento ideal da dor aguda:

- Melhora a qualidade de vida dos pacientes e satisfação com o atendimento;
- Reduz o risco de muitas complicações (por exemplo, trombose venosa);
- Permite alta hospitalar mais precoce;
- Facilita a recuperação através de vários mecanismos (por exemplo, resposta ao estresse reduzido);
- É possível melhorar a gestão dos recursos clínicos (por exemplo, minimizar as interrupções para o bom fluxo do atendimento ao paciente) e reduzir os custos de curto e longo prazo do cuidado.

Existem evidências de alta qualidade que atestam a eficácia de várias classes de medicamentos e respectivos modos de administração (incluindo anestesia regional) e técnicas não farmacológicas para pacientes com dor aguda pós-operatória, secundárias a lesões ou doenças médicas. As evidências também apontam para a importância do cuidado individualizado e consideração do contexto clínico (por exemplo, recursos disponíveis).

No entanto, as evidências também indicam subavaliação e subtratamento generalizados da dor aguda, e falta de planos proativos dirigidos para a dor [8]. As lacunas entre a evidência e a prática são de vários tipos. Alguns refletem barreiras gerais para a implementação de uma prática baseada em evidências e guiada por resultados [3-9]. Outro tipo de incompatibilidade entre a evidência e a prática é a aplicação uniforme e rígida da evidência baseada na população, como a de grandes ensaios aleatórios e controlados (EAC), para pacientes individuais, sem levar em conta a sua variabilidade, suas preferências, ou especificidades do contexto clínico [4]. Outras barreiras de particular relevância para o manejo adequado da dor aguda refletem a incapacidade, de longa data, de solucionar mitos prevalentes de dor aguda e da importância de seu controle [8,12].

Lacunas na qualidade da prestação de cuidados de dor levam a refletir:

- Problemas relacionados aos profissionais de saúde;
- Problemas relacionados aos pacientes;
- Problemas relacionados com o sistema de saúde

Problemas relacionados aos profissionais de saúde incluem:

- Atitudes e conhecimento inadequados ou antiquados, por exemplo, idéias errôneas como as seguintes:
 - o controle da dor pós-operatória interfere com o reconhecimento imediato de complicações cirúrgicas;
 - Cirurgia tem de estar associada a dor;
 - Pacientes que manifestam sua dor são irrequietos.
- Diferenças nacionais no que diz respeito às diferenças das sociedades profissionais na interpretação das evidências
- "Inércia clínica" [10], ou seja, a lentidão para atualizar a prática individual à luz da evidência de evolução [1];
- Pessoal inadequado para o serviço de dor aguda, resultando em esforços pontuais voltados para o tratamento da dor, em vez de preveni-la de forma sistemática [9,11];
- Avaliação da dor incompleta, esporádica, ou fora do padrão;
- Opiofobia;
- As preocupações exageradas sobre os efeitos colaterais do tratamento da dor;
- Transferência limitada dos resultados dos EAC para a prática clínica.

Problemas relacionados aos pacientes incluem:

- Idéias antiquadas ou equivocadas semelhantes aos descritos acima para os profissionais de saúde;
- Crença de que "bom" paciente não se queixa de dor ou não demonstra o seu sofrimento (incluindo fatores culturais);
- Uma tendência a se contentar com controle inadequado da dor, particularmente quando os prestadores de cuidados de saúde dão apoio e tratam com carinho [5];
- A relutância em tomar medicamentos contra a dor por causa dos efeitos colaterais (por exemplo, náuseas, vômitos) e outras conseqüências (por exemplo, o vício e a tolerância);
- Falta de consciência da importância do controle da dor para otimizar os resultados de curto e longo prazo (por exemplo, a dor crônica);
- Falta de redes organizadas, tal como as que surgem entre os pacientes (e suas famílias) afetadas por doenças crônicas como o câncer.

Problemas relacionados com o sistema de saúde incluem:

- Baixa prioridade dada à educação para o controle da dor para os profissionais de saúde;
- Baixo valor concedido às preferências do paciente;
- Regulamentação e impedimentos ao uso de substâncias controladas;
- Os rendimentos provenientes de tratamento da dor são muitas vezes insuficientes para sustentar uma empresa viável (muitas vezes devido ao seguimento fragmentado entre custo-efetividade);
- Transferência dos gastos para os pacientes (por exemplo, pelas seguradoras);
- Infra-estrutura inadequada, incluindo pessoal especializado para fornecer medicamentos e outras intervenções (por exemplo, analgesia controlada pelo paciente, as técnicas cognitivo-comportamentais);
- As restrições práticas, tais como os regulamentos que permitem ao enfermeiro administrar injeções somente por via intramuscular ou subcutânea, e não por via intravenosa;
- Falha para captar os resultados de qualidade em curto e longo prazo que possam ser correlacionados com a adequação do controle da dor aguda [6,13];
- Em relação ao peso da dor aguda, os gastos para financiar pesquisa básica, translational e clínica são 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, Empey 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, Schopflicher 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.

