



DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA

O que são diretrizes de prática clínica?

As diretrizes de prática clínica (DPCs) foram definidas como “...definições sistematicamente desenvolvidas para auxiliar nas decisões do médico e do paciente sobre cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas” [1] ou 'declarações que incluem recomendações, destinadas a otimizar o atendimento ao paciente, que são baseadas numa revisão sistemática de evidências e uma avaliação dos benefícios e malefícios das opções de cuidados alternativos' [2]. O objetivo geral das DPCs é fornecer recomendações sobre como os profissionais de saúde e outros profissionais devem cuidar de pessoas com condições de doença específicas [3]. Esta ficha informativa tem foco nas DPCs para o tratamento de pessoas com dor.

Por que são importantes:

Pessoas com dor, médicos e promotores de políticas enfrentam uma gama confusa de possíveis opções de tratamento, todas apoiadas por defensores entusiasmados. A base de evidências científicas está a crescer rapidamente, mas a qualidade dessas evidências é altamente variável. Sabemos que a quantidade, o tipo e a qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas com dor podem ser muito variáveis. As DPCs são ferramentas importantes para tentar reunir sistematicamente as melhores evidências e fazer recomendações claras para orientar a prestação de cuidados clínicos. Ao recomendar intervenções eficazes baseadas em evidências e desencorajar intervenções sem suporte científico, as DPCs procuram otimizar a qualidade do atendimento, reduzindo o desperdício e o dano potencial associado a intervenções ineficazes ou inseguras [4].

Quem desenvolve as DPCs e por que isso importa?

As DPCs são frequentemente desenvolvidas por agências com apoio governamental, como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) no Reino Unido, ou por organizações profissionais/de interesse especial. Exemplos incluem o *American College of Physicians* ou o grupo de interesse especial de dor neuropática da IASP (NeupSIG). Qualquer que seja o tipo de organização que os desenvolva, é necessário que os processos de diretrizes clínicas incluam uma representação completa



das várias disciplinas clínicas que estão envolvidas no atendimento ao doente, bem como, criticamente de pessoas com experiência vivida na condição de estudo. Quando isso não for garantido, existe o perigo de que as diretrizes possam refletir os interesses de um determinado grupo profissional, em vez da melhor prática clínica, e que as recomendações possam não refletir realmente as necessidades das pessoas que vivem ou cuidam de pessoas com dor. Há também a necessidade de total transparência em torno de possíveis conflitos de interesse na equipa de desenvolvimento de diretrizes, incluindo possíveis conflitos de interesses e relacionamentos profissionais [5].

Como devem as DPCs ser desenvolvidas e como posso identificar uma DPC confiável?

O desenvolvimento de uma DPC deve ser um processo sistemático e transparente. Este processo deve envolver o desenvolvimento e a definição de um objetivo claro para a diretriz e a respetiva metodologia antes mesmo de iniciar a procura de evidências; reunir um grupo de desenvolvimento de diretrizes (comitê) com conhecimento, habilidades e representação apropriados; realizar revisões sistemáticas específicas às questões delineadas no objetivo e; por fim, considerar as evidências e traduzi-las em recomendações. Ao desenvolver o âmbito e a diretriz final, deve haver um processo de consulta com todas as partes interessadas, incluindo pessoas com dor. As DPCs devem comunicar claramente suas recomendações com base na certeza das evidências utilizadas.

A ferramenta *AGREE-II* pode ser utilizada para ajudar a avaliar a qualidade das DPCs [6]. Este instrumento apresenta perguntas sobre o âmbito e propósito da diretriz, a qualidade do envolvimento das partes interessadas, o rigor do desenvolvimento, a clareza da apresentação, a aplicabilidade, a independência editorial de uma diretriz e os prazos para revisão.

Por que diferentes diretrizes sobre o mesmo tópico podem discordar?

Há uma série de razões pelas quais diretrizes diferentes em torno do mesmo tópico às vezes produzem recomendações divergentes. Esta constatação pode incluir diferenças na população de interesse e no cenário local; diferenças na data específica e âmbito das pesquisas de evidências, levando à inclusão de diferentes estudos; variação nos limites metodológicos em torno do que representa a evidência convincente de eficácia clínica; e diferenças na interpretação da mesma evidência por diferentes comitês de diretrizes [4,7]. O potencial para recomendações conflituosas entre as diretrizes diminui à



medida que o volume e a qualidade das evidências aumentam. De facto, a inconsistência das recomendações entre as diretrizes pode ser um sinal de alerta para evidências fracas [4].

Por que as diretrizes nem sempre mudam a prática

A publicação de uma DPC não garante que a prática clínica irá mudar. Existem muitos exemplos em que as recomendações das diretrizes não são amplamente seguidas [8], devido a múltiplas barreiras que impedem a mudança de prática [9,10]. Isso pode incluir o conhecimento e a compreensão dos médicos sobre a diretriz, a disposição em aceitar algumas recomendações (muitas vezes em face de crenças profundamente enraizadas, experiência clínica, preferências e interesses adquiridos), questões locais relacionadas à viabilidade de implementação de recomendações da DPC e a cultura da organização, a acessibilidade e credibilidade da própria diretriz [9-13], bem como, a aceitabilidade, ou não, das recomendações da diretriz aos pacientes [14].

Como podemos implementar as DPCs:

Mudar a prática clínica é um processo complexo e não há evidências suficientes que sustentem qualquer estratégia específica [15,16]. Deve-se considerar cuidadosamente a melhor forma de implementar as recomendações das DPCs. Isso provavelmente requer uma compreensão detalhada do cenário clínico local e da diversidade da comunidade local de pacientes, uma avaliação dos recursos locais necessários para apoiar a implementação, treino e suporte adequados para os médicos, parceria com as populações de pacientes e um processo contínuo de avaliação e adaptação. Há uma necessidade premente de mais investigações sobre a implementação efetiva no campo do tratamento da dor.

Conclusão

As DPCs são uma ferramenta importante na prestação de práticas clínicas baseadas em evidências científicas. As DPCs podem ajudar a melhorar a qualidade, a consistência e a eficiência do atendimento clínico, bem como, proporcionar uma melhor experiência aos pacientes e melhorar a eficiência nos sistemas clínicos. Os usuários e líderes que planeiam implementar DPCs devem abordá-las de forma crítica e considerar tanto quem as desenvolveu quanto se o processo de desenvolvimento está de acordo com os indicadores de qualidade estabelecidos.



Versão Portuguesa:

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

Daniel Pozza, Departamento de Biomedicina – Unidade de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina Universidade do Porto; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto

REFERÊNCIAS

1. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
2. Graham R, Mancher M, Miller, Wolman D. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: Institute of Medicine. National Academies Press; 2011.
3. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/how-nice-clinical-guidelines-are-developed-an-overview-for-stakeholders-the-public-and-the-nhs-2549708893/chapter/nice-clinical-guidelines> . Accessed 23/11/21
4. O’Connell NE, Ward SP. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(2):54-57. doi:10.2519/jospt.2018.0602
5. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L (2020) Drivers of the opioid crisis: An appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. PLoS ONE 15(1): e0227045.
6. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. 2010. doi:10.1503/cmaj.090449
7. O’Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30:968-980. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.00>



8. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018 ;391(10137):2368-2383. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
9. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800-816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>
10. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation—a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4:36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
11. Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. “Lovely pie in the sky plans”: a qualitative study of clinicians’ perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015;40:1842-1850. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001215>
12. Bishop PB, Wing PC. Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker’s compensation board patients with acute lower back pain. *Spine J*. 2003;3:442-450. [https://doi.org/10.1016/S1529-9430\(03\)00152-9](https://doi.org/10.1016/S1529-9430(03)00152-9)
13. Figg-Latham J, Rajendran D. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance – a qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:97-105. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.10.006>
14. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: a qualitative study from the patients’ perspective. *J Eval Clin Pract*. 2017;23:165-172. <https://doi.org/10.1111/jep.12660>
15. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:258. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>
16. Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci*. 2016;11:126. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>



Autores

Neil E O'Connell, Phd, Reader, Department of Health Sciences, Centre for Health and Wellbeing across the Lifecourse, College of Health, Medicine and Life Sciences, Brunel University London, UK

Didier Bouhassira (MD, PhD), Director of Research, Laboratory of Pathophysiology and Clinical Pharmacology of Pain, Inserm (U987), APHP, Paris-Saclay University, Ambroise Paré Hospital, Boulogne-Billancourt, France.

Prof. Denise Harrison (RN, RM, PhD) Professor, Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. University of Melbourne.