

Implementação de Serviços de Manejo da Dor em Contextos de Baixa e Média Renda

Autores:

- **Mary Suma Cardosa, MD**, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia
- **Fiona Blyth, MD**, University of Sydney, Australia
- **Mulugeta Bayisa Chala, PhD**, Lawson Research Institute St. Joseph's Health Care London, Canada
- **Quyen Van Than, MD**, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam

Introdução

A Necessidade de Serviços de Manejo da Dor em Contextos de Baixa e Média Renda:

Todos os tipos de dor – aguda, crônica e dor relacionada ao câncer – são subtratados globalmente⁹, apesar dos dados do *Global Burden of Disease* mostrarem o alto impacto de doenças não fatais decorrentes da dor lombar e de outras condições associadas à dor¹². Em países de baixa e média renda, esse impacto é semelhante ao observado em países de alta renda; em alguns contextos, espera-se que o impacto da dor aumente com o envelhecimento da população. Além disso, contextos de baixa e média renda enfrentam o sobrediagnóstico e o manejo da dor com práticas em saúde de baixo valor, o que prejudica ainda mais as pessoas que vivem com dor e gera desperdício para o sistema^{13,15}. Como os serviços de manejo da dor são muito menos disponíveis nesses contextos, há uma necessidade urgente de serviços acessíveis e custo-efetivos para o manejo da dor nessas populações.

Tipos de Serviços de Manejo da Dor:

Serviço de Dor Aguda: Geralmente conduzido por anestesiologistas e destinado principalmente ao manejo da dor aguda pós-operatória. Entretanto, também pode ser liderado por enfermeiros, com supervisão de anestesiologistas.

Manejo da Dor Oncológica: Normalmente integrado a um Serviço de Cuidados Paliativos, que pode ser coordenado por um especialista em dor, anestesiologista, oncologista, clínico ou cirurgião.

Clínica de Dor: Geralmente atende predominantemente pacientes com dor crônica não oncológica, mas também pode incluir pacientes ambulatoriais com dor oncológica. Pode ser conduzida por um especialista em dor ou por qualquer profissional de saúde com interesse em manejo da dor e treinamento adequado.

Idealmente, todos os serviços de dor devem ser interdisciplinares, ou seja, oferecer um “tratamento multimodal realizado por uma equipe multidisciplinar que colabora na avaliação e no tratamento utilizando um modelo biopsicossocial compartilhado e metas comuns.” (Ver [IASP Terminology](#) para as definições de “multimodal” e “multidisciplinar”).

A equipe interdisciplinar deve ser composta por médicos de várias especialidades (por exemplo, anestesiologia, medicina da dor, neurologia, neurocirurgia, reumatologia, medicina de reabilitação, ortopedia, etc.), psicólogos clínicos ou psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde relevantes.¹⁰ No entanto, na prática, muitos desses profissionais podem sequer estar disponíveis, muito menos trabalhar juntos na mesma equipe interdisciplinar. Esse problema ocorre em muitos países de baixa e média renda, assim como em alguns contextos de países de alta renda, como populações indígenas rurais e remotas.

DESAFIOS

Sistemas de Saúde e Política:

O manejo da dor não é uma prioridade para a maioria dos governos, e existem poucos ou nenhum recurso destinado ao apoio de serviços de cuidado da dor.² Além disso, pode haver acesso limitado ou inexistente a medicamentos para dor, incluindo opioides, agravado pelo medo dos opioides e de seus efeitos colaterais, bem como por crenças e atitudes culturais em relação à dor e ao seu manejo.⁶

Políticas ou estratégias nacionais sobre manejo da dor são praticamente inexistentes em países de baixa e média renda. Em contextos com recursos limitados, os serviços de dor costumam restringir-se a tipos específicos de dor ou a intervenções isoladas, conduzidos por clínicos individuais, como alívio da dor pós-operatória aguda, manejo da dor

oncológica por serviços de cuidados paliativos, bloqueios de nervos e outras intervenções.⁴

Recursos Limitados:

Em contextos de baixa e média renda, há uma escassez geral de recursos financeiros, de infraestrutura e de pessoal e, muitos profissionais de saúde, desempenham múltiplas funções; portanto, implementar um serviço de manejo da dor exigiria atividades adicionais além de suas tarefas “centrais”. Além disso, membros específicos da equipe interdisciplinar, como psicólogos clínicos, especialmente aqueles com formação e experiência apropriadas em manejo da dor, podem ser escassos ou até inexistentes em muitos desses contextos.⁵

Uso Contínuo do Modelo Biomédico no Manejo da Dor:

Isso ocorre devido à falta de conhecimento sobre a compreensão biopsicossocial da dor e à necessidade de competências interdisciplinares mais amplas, especialmente para casos de dor crônica não oncológica. Além disso, profissionais de saúde podem não possuir as habilidades necessárias para aplicar esse modelo de cuidado, menos familiar na prática clínica cotidiana. Assim, as abordagens de tratamento tendem a focar em fisioterapia passiva, medicamentos e intervenções para dor (por exemplo, bloqueios de nervos, esteroides epidurais etc.) voltadas para o alívio dos sintomas. Embora essas estratégias possam ser adequadas para dor aguda e alguns tipos de dor oncológica, elas são ineficazes — e podem até ser prejudiciais — para a dor crônica não oncológica; além disso, desviam recursos valiosos para tratamentos fúteis para muitas pessoas com dor.¹ Por outro lado, diversos estudos demonstraram a eficácia da abordagem biopsicossocial quando realizada por uma equipe interdisciplinar.⁷

SOLUÇÕES

Lobbying e Defesa de Direitos:

A defesa pela alocação de recursos para serviços de manejo da dor pode ser fortalecida com a apresentação do impacto das doenças não fatais associadas à dor, utilizando dados do *Global Burden of Disease*. Além disso, demonstrar os benefícios do bom manejo da dor em nível local (por exemplo, redução de complicações pós-operatórias com um

manejo adequado da dor aguda, retorno precoce ao trabalho para pacientes com dor crônica) também é fundamental, e as vozes dos pacientes (pessoas com experiência vivida) podem ser extremamente influentes. Também é relevante atuar junto aos governos para promover mudanças na política de saúde, como defender a criação de uma Política Nacional de Manejo da Dor, utilizando como referência exemplos de outros países^{3,11} adaptados para contextos de baixa e média renda. Administradores de serviços de saúde também precisam ser capacitados, garantindo que os recursos disponíveis sejam direcionados para intervenções eficazes (cuidados de alto valor) e não desperdiçados em intervenções com benefícios limitados (cuidados de baixo valor).¹³

Treinamento e Educação:

Clínicos pioneiros que conseguiram implementar serviços de manejo da dor em contextos de baixa e média renda têm atuado como “campeões” — profissionais apaixonados, persistentes e inovadores⁵ — dispostos a compartilhar suas experiências; contar com o apoio de colegas e de profissionais de outras especialidades também é útil. Quando os recursos são limitados e o manejo da dor é um componente essencial do cuidado, é fundamental criar oportunidades relevantes de treinamento e educação para os profissionais de saúde que atuam em serviços clínicos onde o manejo da dor é parte central do trabalho. Isso inclui conhecimento e compreensão do modelo biopsicossocial da dor e competência na aplicação de tratamentos baseados em evidências para diferentes tipos de dor. O tratamento com medicamentos, terapias voltadas para movimento e função, e abordagensativas de autogerenciamento da dor são componentes essenciais do treinamento desses profissionais. Isso inclui também o desenvolvimento de múltiplas competências entre todos os profissionais envolvidos em clínicas de dor (por exemplo, profissionais não psicólogos fornecendo educação aos pacientes sobre abordagens psicológicas para o manejo da dor crônica).⁴

Manejo da Dor Baseado na Comunidade:

O manejo da dor baseado na comunidade é essencial como parte de um plano integrado para enfrentar as crescentes desigualdades no acesso aos serviços de dor em contextos de baixa e média renda. Serviços de manejo da dor baseados em instituições são caros e, muitas vezes, inacessíveis para grande parte das pessoas com dor em cenários com

recursos limitados.^{4,14} O manejo da dor baseado na comunidade é custo-efetivo, favorece a intervenção precoce, oferece oportunidades para melhorar a continuidade do cuidado e empodera as pessoas com experiência vivida com dor e suas comunidades, pois possibilita opções de cuidado próximas ao local onde vivem. Assim, descentralizar os serviços de manejo da dor e integrá-los aos serviços comunitários e de atenção primária deve ser uma prioridade em sistemas de saúde com poucos recursos. Essa abordagem aproveita os recursos locais existentes e a estrutura de saúde já disponível para ampliar o cuidado a populações historicamente desassistidas (por exemplo, comunidades rurais e remotas). Dessa forma, sistemas de saúde em contextos de baixa e média renda devem desenvolver estratégias inovadoras para potencializar a força de trabalho existente, como agentes comunitários de saúde, para atuar no manejo essencial da dor, incluindo triagem e encaminhamento. O investimento em estratégias comunitárias de manejo da dor oferece soluções alternativas para enfrentar o crescente ônus das condições dolorosas nesses contextos. Além disso, essa abordagem está alinhada aos esforços globais para promover a cobertura universal de saúde e o acesso equitativo aos serviços de saúde.⁸

DICAS PRÁTICAS PARA O SUCESSO

Exemplos de serviços interdisciplinares de manejo da dor bem-sucedidos, implementados em contextos de baixa e média renda, podem ser encontrados no Capítulo 5 do IASP Multidisciplinary Pain Center Manual.¹⁰

Algumas dicas práticas para quem deseja estruturar serviços de manejo da dor em contextos com recursos limitados:

O treinamento é essencial: Profissionais que desejam implementar serviços de manejo da dor devem receber uma formação básica fundamentada no modelo biopsicossocial, para compreender o papel das diferentes especialidades na equipe e reforçar a abordagem abrangente do cuidado em dor.

Persistência e determinação são fundamentais: Em muitos contextos de baixa e média renda, o manejo da dor tradicionalmente depende de tratamentos de modalidade única. A transição para uma abordagem multidisciplinar pode representar uma mudança cultural, exigindo tempo e esforço substanciais para ser bem-sucedida.

Ter uma equipe é crucial: Dada a natureza multifatorial da dor crônica, seu manejo exige contribuições de diferentes especialidades. Além disso, montar um serviço multidisciplinar de dor demanda muito tempo e dedicação, algo inviável para uma única pessoa. Comece formando uma equipe ao compartilhar seu trabalho com colegas, permitindo que eles se aproximem com uma boa compreensão do que esperar e de como podem contribuir.

Mentoria e apoio são necessários: Em muitos contextos de baixa e média renda, o manejo da dor ainda não é reconhecido como uma especialidade médica, muito menos como um serviço interdisciplinar. Implementar esse tipo de serviço pode exigir mudanças políticas. Portanto, buscar apoio de pessoas com influência local e internacional é fundamental para defender sua causa e ampliar seus esforços.

Referências

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: 10.2519/jospt.2022.10788
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardosa MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003369. PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardosa MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87–94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at:

<https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.

7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: 10.1136/bmj.h444
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70154-3
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ.* 2018 Sep;18(9):265-270. doi: 10.1016/j.bjae.2018.05.006. Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.
11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000454. PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low-and Middle-Income Countries Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: 10.2519/jospt.2024.12406
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 153-155. doi: 10.1093/bja/aev449
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Global Health* 2022;7:e008696. doi:10.1136/ bmjgh-2022-008696

Revisores:

Lester Jones, MScMed(PM), Singapore Institute of Technology, Singapore

Margarita Calvo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Saurab Sharma, PhD, Royal North Shore Hospital, Australia



FACT SHEET

Tradução para o Português:

Daiane Lazzeri de Medeiros, PhD, Universidade Veiga de Almeida, Brazil

Felipe J J Reis, PhD, Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brazil.