



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO ESPECIAL

Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina



João Batista Santos Garcia^{a,*}, Patricia Bonilla^b, Durval Campos Kraychete^c,
Fernando Cantú Flores^d, Elizabeth Diaz Perez de Valtolina^e e Carlos Guerrero^f

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Departamento de Anestesiologia, Dor e Cuidados Paliativos, São Luís, MA, Brasil

^b Instituto Oncológico Luis Razetti, Departamento de Medicina Paliativa, Caracas, Venezuela

^c Universidade Federal da Bahia (UFBA), Departamento de Anestesiologia e Cirurgia, Bahia, BA, Brasil

^d Hospital Zambrano-Hellion TEC Salud, Departamento de Anestesia/Tratamiento da Dor do Instituto de Dor, San Pedro Garza García, México

^e Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas, Departamento de Medicina Paliativa e Serviço de Tratamento da Dor, Lima, Peru

^f Hospital Universitario Fundacion Santa Fe, Departamento de Anestesia – Clínica de Dor, Bogotá, Colômbia

Recebido em 14 de fevereiro de 2016; aceito em 26 de abril de 2016

Disponível na Internet em 12 de abril de 2017

PALAVRAS CHAVE

Dor aguda no
pós-operatório;
Controle da dor;
América Latina;
Dor crônica

Resumo O controle da dor no período pós-operatório é um problema significativo na prática clínica na América Latina. O controle insuficiente ou inadequado da dor é devido, em grande parte, à insuficiência de conhecimento, atitudes e formação e à comunicação precária em vários níveis. Além disso, a falta de conscientização da disponibilidade e importância de políticas e diretrizes inequívocas para avaliar a intensidade da dor, o uso de analgésicos específicos e a abordagem adequada para instruir o paciente levaram ao subtratamento consistente da dor na região. Contudo, esses problemas não são insuperáveis e podem ser abordados no âmbito tanto do provedor quanto do paciente. Políticas e diretrizes substanciais podem ajudar a garantir a continuidade dos cuidados e reduzir as variações desnecessárias na prática. O objetivo deste artigo é chamar a atenção para os problemas associados à dor aguda no pós-operatório (DAPO) e sugerir recomendações para solucioná-los na América Latina. Um grupo de especialistas em anestesiologia, cirurgia e dor desenvolveu recomendações que levarão a um controle mais eficiente e eficaz da dor. Será preciso mudar o conhecimento e o comportamento dos profissionais de saúde e pacientes e obter um compromisso por parte de legisladores. O sucesso dependerá de uma atitude positiva e do compromisso de cada parte através do desenvolvimento de políticas e programas e da promoção de um sistema mais eficiente e eficaz para a prestação de serviços para a DAPO, como recomendado pelos autores deste trabalho. O grupo que as redigiu acredita que a aplicação dessas recomendações deve melhorar de modo significativo a eficiência e eficácia do controle da dor no período pós-operatório na América Latina.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: jbgarcia@uol.com.br (J.B. Garcia).

KEYWORDS

Acute post-operative pain;
Pain management;
Latin America;
Chronic pain

Optimizing post-operative pain management in Latin America

Abstract Post-operative pain management is a significant problem in clinical practice in Latin America. Insufficient or inappropriate pain management is in large part due to insufficient knowledge, attitudes and education, and poor communications at various levels. In addition, the lack of awareness of the availability and importance of clear policies and guidelines for recording pain intensity, the use of specific analgesics and the proper approach to patient education have led to the consistent under-treatment of pain management in the region. However, these problems are not insurmountable and can be addressed at both the provider and patient level. Robust policies and guidelines can help insure continuity of care and reduce unnecessary variations in practice. The objective of this paper is to call attention to the problems associated with Acute Post-Operative Pain (APOP) and to suggest recommendations for their solutions in Latin America. A group of experts on anesthesiology, surgery and pain developed recommendations that will lead to more efficient and effective pain management. It will be necessary to change the knowledge and behavior of health professionals and patients, and to obtain a commitment of policy makers. Success will depend on a positive attitude and the commitment of each party through the development of policies, programs and the promotion of a more efficient and effective system for the delivery of APOP services as recommended by the authors of this paper. The writing group believes that implementation of these recommendations should significantly enhance efficient and effective post-operative pain management in Latin America. © 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A dor no pós-operatório afeta milhões de pacientes em todo o mundo. A dor, em si, é uma experiência altamente subjetiva, com múltiplas dimensões. Basicamente, a dor é tudo o que a pessoa que a sente diz ser, existe onde quer que a indiquem.^{1,2} Apesar dessa definição simples e direta, ainda existem barreiras para o tratamento eficaz da dor. Além disso, é de amplo conhecimento que o manejo ineficaz da dor no pós-operatório não apenas retarda a recuperação e resulta em excesso de morbidade e mortalidade, mas pode levar ao desenvolvimento de um estado de dor crônica que aumenta ainda mais a morbidade.³

Infelizmente, muitos profissionais de saúde acreditam que a dor é uma consequência natural, inevitável, aceitável e inofensiva de cirurgia. As razões mais comuns citadas para o manejo impróprio da dor incluem formação e conhecimento inadequados dos profissionais, má avaliação da dor, falta de familiaridade com os benefícios e efeitos adversos dos analgésicos e uma crença equivocada de que, como a dor pós-cirúrgica é quase sempre temporária e todos os seres humanos sentirão dor na vida, todos devem “sorrir e aguentar”. O tratamento insuficiente ou inadequado da dor no período pós-operatório é, portanto, um problema sério na prática clínica, mas de modo algum insuperável e pode ser corrigido na esfera de ação tanto do provedor (médico) quanto do paciente.⁴

Métodos

Para auxiliar os legisladores e as autoridades reguladoras a entender melhor os desafios do manejo eficaz da

dor aguda no pós-operatório (DAPO), especificamente na América Latina, a *Americas Health Foundation* (Fundação de Saúde das Américas) reuniu um grupo de especialistas latino-americanos em anestesiologia, cirurgia e dor para desenvolver recomendações que levarão a um tratamento mais eficiente e eficaz da dor.

Uma pesquisa abrangente da literatura foi feita nos bancos de dados PubMed, Embase e SciELO em busca de artigos relacionados ao manejo em geral da dor no período pós-operatório na América Latina. O objetivo deste artigo é chamar a atenção para os problemas associados à DAPO e sugerir recomendações para a sua resolução. Este documento foi estruturado como resposta a uma série de questões relacionadas ao tema. Todo o processo de pesquisa e escrita foi totalmente independente de qualquer informação fornecida pelo patrocinador do projeto.

Resultados**Qual é o estado atual do manejo da dor aguda no pós-operatório (DAPO) na América Latina e quais aspectos devem receber atenção prioritária?**

Ao longo da história, a dor tem sido considerada um problema devido a todas as suas implicações. Embora considerada uma parte inevitável da vida em tempos remotos, com o advento de muitos analgésicos terapêuticos na atualidade, a DAPO devia ser adequadamente aliviada. Porém, esse não é o caso na América Latina.⁵ Apesar dos avanços recentes em nossa compreensão da fisiopatologia da dor e do uso mais generalizado de técnicas cirúrgicas minimamente

invasivas, a dor após procedimentos cirúrgicos permanece um desafio para a maioria dos médicos.

A dor é muito pessoal e multifatorial. Evoca sensações e emoções desagradáveis e é influenciada por vários fatores, como crenças e valores culturais, experiências anteriores de dor, humor e capacidade de enfrentamento de cada indivíduo.⁶ A DAPO não controlada pode produzir consequências adversas graves, como aumento da morbidade e mortalidade, internação prolongada, demora na cicatrização e recuperação, insatisfação do paciente, ansiedade e probabilidade reduzida de um retorno precoce às atividades cotidianas.^{7,8} Além disso, a DAPO é o principal fator de risco para dor crônica quando intensa e não abordada de forma adequada no pós-operatório.⁹⁻¹¹ Outro problema grave da DAPO não controlada é o aumento do uso de recursos médicos e dos custos hospitalares.^{11,12}

Embora a DAPO seja conhecida como uma ocorrência comum após a cirurgia, devido ao número limitado de estudos publicados, a verdadeira extensão do problema na América Latina não é clara. Porém, é provável que nas últimas décadas não tenha havido mudança perceptível na prevalência de dor no pós-operatório. Dor moderada a grave está presente na maioria dos pacientes no período pós-operatório.¹³ A dor também é uma causa comum de reinternação hospitalar pós-cirurgia.^{11,12}

Não há estudo epidemiológico sobre o problema da DAPO em toda a América Latina (AL). Recentemente, um pequeno levantamento foi feito em um hospital universitário no Brasil e a dor no período pós-operatório estava presente em 48% dos pacientes cirúrgicos.¹⁴ De forma semelhante, um estudo transversal feito na Colômbia mostrou que a dor estava presente quatro horas (h) após a cirurgia em 51% dos casos. Em geral, 30% dos pacientes pós-cirúrgicos declararam que sentiram dor intensa.¹⁵ Outros três estudos feitos na Colômbia mostraram uma prevalência de DAPO entre 22% e 69%.¹⁶⁻¹⁸ No Chile, um estudo mostrou que até 59% dos pacientes sentiram dor, pelo menos moderada, após a cirurgia.¹⁹ Um estudo feito no México constatou que em 97% dos pacientes pesquisados com dor aguda pós-cirurgia, a maioria relatou dor moderada a grave; 60% relataram que a dor interferiu em suas atividades profissionais; 55% relataram que a dor afetou o humor e 57% relataram que a dor afetou o sono.²⁰ Todos esses estudos, embora feitos em locais específicos, sugerem que a prevalência de DAPO é alta em toda a América Latina. Salientamos que esses resultados foram semelhantes aos encontrados em uma pesquisa nacional feita nos Estados Unidos que concluiu que a dor de moderada a intensa no pós-operatório afetou 40-60% dos pacientes.²¹

Muitos fatores são responsáveis por influenciar a alta prevalência de DAPO na América Latina, inclusive a educação inadequada dos profissionais de saúde e pacientes sobre muitos aspectos do tratamento da dor.^{22,23} Além disso, a ausência de políticas dificulta a incorporação de alguns medicamentos no formulário, ou sua pronta disponibilidade, e o custo da tecnologia usada para fornecer o tratamento da dor às vezes é problemático.²⁴ Estudos mostraram também que enfermeiros e médicos tendem a superestimar o potencial de dependência de opioides (ou seus efeitos colaterais, como a depressão respiratória) e, portanto, prescrevem doses menores e intervalo maior entre as doses, o que resulta no controle ineficaz da DAPO.^{17,25}

Não há políticas nacionais de saúde ou orientações para o manejo da DAPO na América Latina. A inexistência ou não seguimento de diretrizes locais de tratamento, juntamente com a ausência de indicadores do tratamento eficaz da dor, são comuns. Esse último item resultou na falta de capacidade para avaliar os programas de controle da dor e os resultados.^{11,16,26} Todos esses fatores contribuem para a relativa falta de serviços de tratamento da dor aguda em centros de assistência médica na região.

Existe uma grande variação nos serviços de tratamento da dor, mesmo dentro de um mesmo país. O acesso aos recursos de saúde é claramente diferente entre as grandes e pequenas cidades. Os recursos econômicos estão concentrados nas grandes cidades, que também abrigam a maioria da população. Geralmente, apenas as grandes cidades têm instituições de saúde capacitadas para fornecer um tratamento de alto nível da DAPO. Com frequência, os serviços de tratamento da dor são diferentes entre hospitais públicos e privados; nos primeiros, a disponibilidade desses serviços é quase sempre menor e/ou menos abrangente.

Recomendações específicas:

1. Cada país da região deve constituir uma força-tarefa patrocinada pelo governo para criar e implantar pesquisas epidemiológicas de âmbito nacional sobre a prevalência de dor no pós-operatório e a extensão do tratamento insatisfatório da dor.
2. O governo de cada país deve estabelecer um escritório ou departamento de controle da dor, de modo a criar visibilidade e legitimidade para a questão, estabelecer metas claras e realistas para o país e ter um orçamento específico para financiar as atividades em âmbito nacional.
3. Cada hospital da região deve fazer levantamentos periódicos sobre o estado do controle da dor em sua instituição.

De que forma a percepção, o conhecimento e a conduta do profissional de saúde podem ser melhorados para que o tratamento da dor no pós-operatório seja uma prioridade médica?

Embora saibamos que o controle da dor no pós-operatório é essencial para a prestação de um atendimento de alta qualidade ao paciente, a incapacidade de entender e apreciar as consequências adversas da dor e suas sequelas levou os profissionais de saúde a reduzir a analgesia eficaz a uma consideração secundária.²⁷ Mesmo os profissionais com algum conhecimento sobre a avaliação e o tratamento da dor muitas vezes apresentam preocupações infundadas sobre os efeitos colaterais dos analgésicos ou temem a dependência e, conseqüentemente, não fazem uso pleno dos medicamentos para dor.^{24,28,29} Além disso, durante o período pós-operatório, se a equipe médica não estiver em sintonia para avaliar ativamente o nível da dor sentida pelo paciente, o tratamento apropriado pode ser adiado.

A pedra fundamental para resolver esses problemas em toda a América Latina é a educação.³⁰ Para começar, um exame do currículo nas principais escolas de medicina da América Latina revela que o estudo da dor e seu tratamento é deficiente. Em um levantamento feito pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), 86% de todos os

profissionais de saúde na América Latina entrevistados acreditavam que a graduação e o treinamento em tratamento da dor eram inadequados.³¹ Os estudantes de medicina são normalmente expostos a esse conhecimento de forma fragmentada e fora de foco, o que leva os alunos a entenderem a dor apenas como um sintoma que deve ser abordado como uma consequência inevitável e incontrolável do procedimento cirúrgico.²⁴ Mesmo em países que oferecem educação direcionada e específica sobre o controle da dor, esses cursos são oferecidos como opcionais (p. ex., no Chile)³² ou como atividades extracurriculares (p. ex., as Ligas Acadêmicas de Estudo da Dor apoiadas pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor).³³ Na América Latina, uma visão mais estruturada do tratamento da dor é abordada em alguns programas de residência, mas geralmente de forma incompleta.

Outra abordagem para aumentar a consciência sobre a necessidade e importância do controle da dor é o conceito de tratar a dor como um "quinto sinal vital", inicialmente promovido pela *American Pain Society* para chamar a atenção dos profissionais de saúde para o tratamento da dor.³⁴ A noção de que a dor deve ser abordada com o mesmo grau de vigilância e tratamento que a pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória tem sido objeto de poucos estudos, embora com resultados decepcionantes. Um estudo mostrou que a dor como um quinto sinal vital obteve baixa precisão quando avaliada diariamente por enfermeiros.³⁵ Um segundo estudo mostrou que, independentemente das escalas de dor documentadas, o controle da dor não apresentou benefício. Dos pacientes com registro da dor em seus prontuários, 32% ainda sentiram dor significativa e metade desses pacientes não recebeu uma nova prescrição para o alívio da dor.³⁶ Está claro que não é suficiente apenas perguntar aos pacientes sobre sua dor e, em seguida, registrar a resposta em um gráfico. É imperativo que o próximo passo a ser tomado seja o tratamento eficaz da dor. Essa abordagem foi recentemente enfatizada. Isto é, os cuidadores devem redirecionar seus esforços para o controle da dor, em vez de considerar a documentação como o único resultado de interesse.³⁷

Não podemos deixar de mencionar que a implantação de protocolos no momento da avaliação pré-operatória é importante, inclusive a documentação da história de dor, a presença de preditores de dor e a necessidade de analgésicos. A estratégia de controle da dor deve ser desenvolvida para todos os pacientes submetidos à cirurgia. Os fatores que podem influenciar essa estratégia são: tipo de cirurgia, intensidade da dor esperada no pós-operatório, condições clínicas associadas, risco-benefício das técnicas analgésicas disponíveis, preferências do paciente e suas experiências anteriores com dor ou analgésicos. Um plano de tratamento deve ser estabelecido de acordo com as diretrizes e os protocolos.^{26,38,39} Uma equipe multidisciplinar é essencial para que tais protocolos e diretrizes sejam bem-sucedidos e, embora defendida por décadas, essa abordagem ainda é rara na América Latina na atualidade.²⁵ Idealmente, essa estratégia deve fazer parte do plano de assistência ao paciente da instituição.

Uma estratégia abrangente de tratamento da dor deve incluir os seguintes passos: (1) avaliação pré-anestésica para identificar fatores para a inclusão ou exclusão de uma determinada técnica ou farmacêutica; (2) seleção da analgesia; (3) obtenção do termo de consentimento informado do

paciente; (4) educação do paciente para evitar ansiedade e expectativas irreais sobre a dor no pós-operatório; (5) consulta com o anesthesiologista para se adaptar à técnica de analgesia para o período intraoperatório; (6) acompanhamento no pós-operatório e (7) avaliação periódica do sucesso do tratamento da dor e a possibilidade de modificações com base na resposta do paciente.³⁹⁻⁴¹

Anestesiologistas e outros profissionais envolvidos no tratamento da dor pós-operatória devem usar instrumentos de avaliação e documentação prontamente disponíveis que enfoquem a dor em repouso e em movimento, os resultados do tratamento e os efeitos colaterais potencialmente causados pelo tratamento da dor. A Escala Numérica de Dor (0 = sem dor e 10 = a dor mais intensa possível) é fácil de entender e aplicar, embora possa não refletir com precisão a complexidade do sintoma.⁴² Escalas mais simples também podem ser usadas, como as que usam rostos humanos. Para os pacientes com deficiências cognitivas, como demência ou dificuldades de aprendizagem, medidas comportamentais e respostas fisiológicas à dor podem ser usadas.⁴³

Evidência substancial indica que a introdução de um *Acute Pain Service* (APS) – serviço que inclui o desenvolvimento de diretrizes para tratamentos – resulta em melhoria do tratamento da dor. O conceito de um APS formal foi sugerido pela primeira vez por Ready em 1988 como um serviço de tratamento da dor no pós-operatório com base na anestesiologia.⁴⁴ O APS assume a responsabilidade pelo tratamento da dor no pós-operatório, treinamento dos profissionais de saúde, desenvolvimento de diretrizes e processos para a documentação da dor, material educativo e informativo para os pacientes e critérios de desempenho para a avaliação, bem como pela feitura de auditorias.⁴⁵ Os APS são projetados para proporcionar o tratamento ideal da dor para cada paciente cirúrgico, inclusive pacientes pediátricos e ambulatoriais, bem como para fazer revisões periódicas das políticas e práticas de tratamento da dor da instituição.

O APS é liderado por anesthesiologistas com experiência nas fases de controle da dor no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Os anesthesiologistas, considerados especialistas perioperatórios, também estão posicionados de forma ideal durante o período de internação para servir de ligação com a consultoria de serviços médicos e cirúrgicos. Para que um APS funcione de forma eficaz e atinja seu pleno potencial, uma colaboração ativa é necessária entre os departamentos de anestesiologia, cirurgia, medicina, equipes de controle da dor aguda e equipes de enfermagem pós-cirúrgica.⁴⁶

Desde 1995, a Sociedade Americana de Anesthesiologistas (ASA)⁴⁷ tem convocado periodicamente um grupo de especialistas que desenvolveu e atualizou diretrizes para a prática do controle da dor. Essas diretrizes podem servir como base para o manejo da DAPO na América Latina. Outras iniciativas que podem ser úteis foram tomadas pelo Grupo de Trabalho PROSPECT⁴⁸⁻⁵² e pelo Colégio de Anestésistas da Austrália e Nova Zelândia,⁶ entre outros. As diretrizes da ASA e outras iniciativas não incluem literatura médica escrita em espanhol ou português e podem não incluir medicamentos (p. ex., dipirona ou metamizol) que têm sido usados com segurança por muitos anos na América Latina e são parte fundamental do arsenal da região para tratar a dor aguda. Portanto, documentos derivativos relevantes para a

América Latina precisam ser escritos, em parte para refletir as características da região.

Recomendações específicas

- 1) Educação abrangente sobre o manejo da dor deve ser incluída nos currículos de todas as escolas médicas e de enfermagem e nos exames de graduação e pós-graduação para profissionais de saúde. O tratamento da dor também deve ser rotineiramente incorporado em programas de educação continuada.²⁴
- 2) Todos os hospitais e clínicas da região que fazem cirurgias ambulatoriais e hospitalares devem ter um APS.
- 3) Todos os hospitais e clínicas devem desenvolver e implantar diretrizes específicas para os procedimentos com base no controle da dor e protocolos para o período perioperatório.⁴⁶

De que forma o conhecimento do paciente pode ser melhorado para que a dor no pós-operatório seja minimizada?

Os pacientes podem ter pouca compreensão de suas condições médicas e esperar sentir dor após a cirurgia, acreditam que devem suportá-la como parte inevitável da sua cirurgia.²⁴ Portanto, os esforços para informar os pacientes e parentes devem incluir as vantagens do uso de analgesia, a tentativa de diminuir o medo de tomar analgésicos e considerações sobre os custos. Os pacientes devem ser informados sobre todas as possibilidades terapêuticas existentes para tratar a dor cirúrgica, bem como os potenciais riscos dos métodos usados. É importante ressaltar que o tratamento agressivo da dor é essencial porque as consequências de um tratamento ineficaz da dor aguda são muitas vezes maiores do que o risco dos efeitos colaterais adversos do analgésico em si. Os pacientes devem ser encorajados a relatar a dor por meio de instrumento adequado.⁵³ Os pacientes e seus parentes devem ser autorizados a participar ativamente de todas as decisões sobre o tratamento da dor, o que provavelmente vai resultar em um tratamento melhor da dor e aumentar a satisfação do paciente.^{16,22,38} A informação deve ser clara e transmitida verbalmente e por escrito e é preciso respeitar as diferentes culturas e etnias, bem como os valores e crenças de cada paciente.²⁵

Os materiais educativos para o paciente variam de um simples folheto ou manual a vídeos educativos.⁵⁴ As expectativas do paciente devem ser consideradas. Se os materiais audiovisuais e impressos forem criados em espanhol e português, eles podem ser compartilhados entre os países e, dessa forma, vir a ser instrumentos eficazes para facilitar o processo de educação e também facilitar a padronização regional do tratamento da dor.

Uma das bases fundamentais para todas as iniciativas de controle da dor em todo o mundo tem sido a Declaração de Montreal (DM).⁵⁵ Esse documento foi o resultado de um esforço conjunto de vários profissionais de saúde, organizações de direitos humanos (e outros), a partir das informações iniciais contidas nos capítulos da IASP em 130 países, seguido por um processo de elaboração que culminou no *International Pain Summit*, que também colheu uma grande variedade de informações. A DM apoia o direito de todas as pessoas a terem acesso ao tratamento da dor

sem discriminação, o direito das pessoas com dor a reconhecerem sua dor e serem informadas de que a dor pode ser avaliada e tratada, bem como o direito de todas as pessoas com dor a terem acesso à avaliação e ao tratamento apropriados por profissionais de saúde com formação adequada. Não oferecer esse tratamento da dor é uma violação dos direitos humanos do paciente.⁵⁵

Quando os profissionais de saúde abraçarem a ideia de que todos os pacientes têm direito ao tratamento da dor, o benefício secundário será uma melhor compreensão global do manejo da dor por parte desses profissionais. E então, através da educação médica, os profissionais de saúde poderão adquirir o conhecimento necessário para fornecer o tratamento adequado.

Recomendações específicas

- 1) Todos os hospitais devem desenvolver políticas e procedimentos por meio dos quais os pacientes cirúrgicos terão a garantia do aprendizado sobre o tratamento da dor durante todo o período perioperatório.
- 2) Todos os hospitais devem distribuir material impresso aos pacientes antes da cirurgia que abordem o valor do tratamento da dor e outras questões relevantes. O tópico também deve ser discutido verbalmente com o paciente por um membro da APS.

Qual é o papel dos governos e ONGs no apoio à melhoria do tratamento eficaz da dor?

Há poucos anos, a *Economic Commission for Latin America and the Caribbean* (ECLAC) descobriu muitas deficiências na prestação de serviços de saúde que incluíram: falta de equidade e eficiência dos sistemas de saúde, acesso limitado aos serviços, má qualidade e ineficiência dos serviços, capacidade insatisfatória para o tratamento e deficiências nos processos de monitoração e controle.⁵⁶ Algumas dessas deficiências podem contribuir para o tratamento ineficaz da DAPO na América Latina. Além disso, os orçamentos nacionais restritos para a saúde limitam a alocação de recursos humanos, tecnológicos e de infraestrutura institucionais para serviços essenciais de saúde. A falta de políticas que priorizem o controle da dor nos planos nacionais de saúde dificulta a implantação de programas abrangentes de controle da dor em âmbito nacional.²⁴

Uma das principais questões relacionadas à prestação incompleta do tratamento ideal da DAPO é a maneira pela qual os países oferecem os opioides para o tratamento da dor. Apesar de sua eficácia reconhecida, os opioides muitas vezes não estão disponíveis gratuitamente devido ao custo às vezes alto dessa terapia e às leis restritivas baseadas no medo de mau uso e abuso. Por exemplo, em 2011, apenas os Estados Unidos foram responsáveis por 55% do consumo mundial de opioides e a América do Norte e a Europa em conjunto foram responsáveis por 89% desse consumo. Em contraste, a América Latina foi responsável por cerca de 1% do consumo mundial de opioides. Isso indica a inadequação da oferta desses analgésicos na região.⁵⁷⁻⁶⁰ Essa inadequação dificulta a implantação de diretrizes para o tratamento eficaz em países sem opioides facilmente acessíveis.⁶¹

Para reduzir a lacuna existente nos países em desenvolvimento, ou com recursos limitados, entre o conhecimento

cada vez mais sofisticado da dor e de seu tratamento e a aplicação efetiva desse conhecimento, muitas iniciativas foram empreendidas. Em 2000, a OMS publicou um manual com diretrizes intitulado *Achieving Balance in National Opioids Control Policy*⁶² (Alcance do Equilíbrio em Políticas Nacionais de Controle de Opioides). A IASP formou a Força-tarefa de Países em Desenvolvimento em 2007 que, posteriormente em 2009, desenvolveu o *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*⁵ (Guia para o Tratamento da Dor em Centros de Baixa Renda). Além disso, a IASP formou um grupo dedicado especialmente à dor aguda. A DM⁶³ avaliou a responsabilidade dos governos e dos profissionais de saúde. Por fim, a ASA desenvolveu o relatório *Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting*⁴⁷ (Diretrizes Práticas para o Tratamento da Dor Aguda no Período Perioperatório). Em todos esses documentos, os governos – dentro dos limites legais de sua autoridade e considerando os recursos de saúde disponíveis – foram convidados a estabelecer leis, políticas e sistemas que ajudariam a promover o acesso das pessoas com dor ao tratamento totalmente adequado da dor.³¹ Para que todas essas ações sejam plenamente feitas, as autoridades governamentais precisam ser informadas sobre as consequências da falta de tratamento da DAPO, cujo resultado seria internações mais prolongadas, aumento dos custos com assistência médica e aumento da morbidade e mortalidade.

Os capítulos da IASP dedicados à América Latina também podem fornecer instruções sobre a dor por meio de seminários, *workshops* e conferências em seus respectivos países.⁷ A IASP apoia a ideia de que todas as nações devem ter políticas de tratamento da dor que descrevam o fardo da dor, seu impacto e o que deve ser feito em termos de políticas de intervenção para reduzir esses problemas. A IASP também desenvolveu recomendações para os elementos essenciais de qualquer estratégia nacional de controle da dor.⁶⁴ As recomendações da IASP incluem a obtenção de evidências sobre a dor, seu tratamento e suas consequências adversas. Os dados colhidos podem servir como uma base de referência útil com a qual se possa medir o impacto das intervenções introduzidas e informar sobre as novas estratégias nacionais de tratamento da dor.⁶⁵ A IASP também recomenda a coleta de informações sobre o acesso ao tratamento, que forme uma ampla coligação das partes interessadas e desenvolva políticas governamentais de serviços para o manejo da dor que estabeleçam metas para a sua melhoria e um plano claro com prazos para a execução das ações estratégicas. Embora o papel da IASP esteja voltado para a dor crônica, esse papel por ser modificado para abordar o tratamento da DAPO. As características desejáveis de uma estratégia nacional para a DAPO são apresentadas na [tabela 1](#), adaptadas pelos autores a partir das recomendações da IASP para o tratamento da dor.⁶⁴

Dadas as características especiais da região da América Latina, as estratégias do governo devem ser acessíveis a toda a população. Serviços de saúde acessíveis são aqueles que são fisicamente disponíveis, a preços acessíveis (acessibilidade econômica), apropriada e aceitável. Os serviços de saúde podem ser inacessíveis se os fornecedores não reconhecerem e respeitarem os fatores culturais, as barreiras físicas e econômicas ou se a comunidade não tiver

conhecimento dos serviços disponíveis.⁶⁶ A falta de comunicação intercultural entre os pacientes e os profissionais de saúde pode existir e deve ser documentada para desenvolver a variação necessária das estratégias para superar esses problemas.

Recomendações específicas

- 1) Todos os países da região devem desenvolver uma estratégia nacional de controle da dor no pós-operatório.
- 2) Os hospitais e clínicas que fazem cirurgias devem desenvolver materiais relevantes e torná-los acessíveis, estar cientes dos novos desenvolvimentos no campo do tratamento da dor e terem uma fonte de aconselhamento e orientação profissional sobre a DAPO.
- 3) Todos os governos devem rever suas leis, políticas e seus regulamentos relacionados à disponibilidade de opioides. Esses fármacos devem estar facilmente acessíveis aos profissionais de saúde para o tratamento da dor.

O tratamento da dor pode ser padronizado em toda a região? Caso afirmativo, quais seriam os passos iniciais?

Embora os problemas da região sejam às vezes tratados como se a América Latina fosse um único país, uma das principais características dessa parte do mundo é a heterogeneidade dos países. A América Latina é composta por muitos países, cujas características culturais, econômicas e políticas são muito diferentes umas das outras e, talvez o mais importante, não compartilham um sistema de saúde comum e têm políticas altamente variáveis ou inexistentes para a DAPO. A ênfase da assistência médica na região tem como foco principal a saúde pública, especialmente no que se refere à desnutrição, ao controle de doenças infecciosas, à vacinação infantil e ao fornecimento de água limpa. Portanto, o tratamento da dor – aguda ou crônica – foi relegado ao segundo plano.⁷

Levando em conta todas as questões mencionadas, qualquer esforço regional deve considerar as diferenças entre os países. Uma melhor compreensão dos obstáculos dentro de cada país e de como o tratamento da dor tem sido ensinado em toda a América Latina pode ser um caminho para a construção de um consenso em toda a região. Além disso, um esforço para desenvolver diretrizes e políticas para o tratamento da DAPO dentro de um país pode ser a porta para a padronização regional. Por fim, os princípios e as políticas para a educação do paciente talvez possam ser padronizados em toda a região e os resultados desejados (indicadores) do tratamento bem-sucedido da DAPO também poderão ser facilmente padronizados.

Recomendações específicas

1. Uma organização com interesse no tratamento da dor deve constituir uma força-tarefa que abranja toda a região e comece a trabalhar para padronizar todos os aspectos do tratamento da DAPO na região. O financiamento para o trabalho da força-tarefa pode vir de contribuições modestas dos governos e/ou indústrias farmacêuticas. Nesse último caso, não deve haver esforço da força-tarefa em relação ao uso de qualquer agente terapêutico específico, de nome comercial.

Tabela 1 As características desejáveis de uma estratégia nacional para o tratamento da dor no período pós-operatório (modificado da Tabela *National Pain Strategies* desenvolvida pela IASP, 2011)

Características	Exemplos	Partes responsáveis
<i>Educação em dor</i>		
Graduação	Em uma fase inicial da formação para equipar os profissionais de saúde em treinamento com conhecimento e habilidade para lidar com a DAPO.	Centros de ensino, órgãos reguladores
Pós-graduação	Os médicos envolvidos no tratamento da dor devem receber educação continuada sobre o alívio da DAPO. Mais médicos devem ser treinados como especialistas em dor.	Centros de ensino, órgãos reguladores
Educação dos pacientes e parentes	Para entender a dor e seu tratamento, os pacientes e parentes devem ser informados sobre todos os aspectos do tratamento da DAPO.	Prestadores de assistência médica, especialistas em tratamento da dor, organizações de pacientes e educadores de saúde
<i>Acesso do paciente e coordenação dos cuidados</i>		
Cuidados em ambientes diferentes	Todos os hospitais devem ter APS. Todos os pacientes devem ser avaliados para a dor e, se presente, deve ser tratada de forma adequada ou encaminhar o paciente a um especialista em tratamento de dor.	Legisladores para políticas de saúde, profissionais de saúde e representantes dos centros de saúde
Medicamentos	A lista dos medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde deve estar disponível e acessível em preparações adequadas para todas as idades. Apoio da indústria farmacêutica será necessário para atingir esse objetivo.	Agências governamentais reguladoras, agências de controle de entorpecentes e equipes médicas institucionais
Escolha informada	Coordenar o sistema de modo que o acesso ao auxílio certo esteja prontamente disponível com a escolha das opções plenamente informada.	Equipe de APS
Curso do cuidado	Diretrizes e políticas estabelecidas relacionadas à DAPO.	Equipe de APS e representantes dos centros de saúde
Abordagem interdisciplinar	Uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde que trabalhe em estreita colaboração com uma estrutura não hierárquica.	Prestadores de assistência médica
Envolvimento da família e do cuidador	Famílias e cuidadores devem estar ativamente incluídos no tratamento da DAPO.	Equipe de APS e grupos de defesa de pacientes
Populações especiais	Populações especiais incluem os muito jovens e os muito velhos, aqueles com dificuldades de aprendizagem, com distúrbios de saúde mental e de dependência, minorias étnicas e pessoas com deficiência. Suas necessidades devem ser reconhecidas e atendidas.	Profissionais de saúde e representantes dos centros de saúde
<i>Melhoria da qualidade de monitoração</i>		
Tempo para cuidar	Reduções do tempo de espera para o alívio da dor.	Equipe de APS e provedores de analgésicos
Qualidade do serviço	Aumento da satisfação do paciente.	Equipe de APS
Encargo econômico	Redução do tempo de internação e das reinternações relacionadas à dor por meio de tratamento eficaz da DAPO.	Equipe de APS
Resultados	Resultados do tratamento eficaz da DAPO rotineiramente medidos.	Equipe de APS
<i>Pesquisa da dor</i>		
Epidemiológica	Uma pesquisa nacional de saúde para determinar o estado e as necessidades para o tratamento da DAPO dentro de cada país da região.	Serviços públicos de saúde, economistas da saúde

Tabela 1 (Continuação)

Características	Exemplos	Partes responsáveis
Ciência	Priorizar o tratamento da DAPO para oportunidades de financiamento que tenham como alvo as lacunas no tratamento, aplicação da ciência, transferência de conhecimentos, educação e desenvolvimento de políticas.	Órgãos e universidades de financiamento de pesquisas do governo

Conclusão

O tratamento eficaz da dor no período pós-operatório na América Latina exige uma abordagem proativa. Será necessário mudar o conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde e pacientes e obter um compromisso por parte dos legisladores. O sucesso dependerá de uma atitude positiva, do compromisso de cada parte durante o desenvolvimento de políticas e programas e da promoção de um sistema mais eficiente e eficaz para a prestação de serviços para a DAPO. O tratamento adequado da dor é um direito humano fundamental, e não apenas um indicador da boa prática clínica e da qualidade da assistência médica.⁶⁷

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

À *Americas Health Foundation* (Washington, DC, Estados Unidos) pelo seu generoso apoio no desenvolvimento da conferência.

Referências

- American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 6th ed. Glenview, IL: American Pain Society; 2008.
- McGuire DB. The multiple dimensions of cancer pain: a framework for assessment and management. In: McGuire DB, Yarbro CH, Ferrell BR, editors. Cancer pain management. 2nd ed. Boston, MA: Jones & Bartlett; 1995. p. 1–17.
- Harsoor S. Emerging concepts in post-operative pain management. *Indian J Anaesth*. 2011;55:101–3.
- Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, et al. Barriers to pain management: focus on opioid therapy. *Clin Drug Invest*. 2012;32 Suppl. 1:11–9.
- Kopf A, Patel NB. Guide to pain management in low-resource settings. Washington, USA: International Association for the Study of Pain (IASP); 2010. p. 3–7.
- Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, et al. Acute pain management: scientific evidence. 3rd ed. Melbourne, Australia: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Management; 2010.
- Vijayan R. Managing acute pain in the developing world. In: Ballantyne JC, editor. Pain clinical updates. Seattle, WA: IASP; 2011. p. 1–7 (3)XIX.
- Calvache J, Guzman E, Gomez L, et al. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: manejo de complicaciones posquirúrgicas. *Rev Colomb Anestesiol*. 2015;43:51–60.
- Kehlet H, Jensen TS, Wolf CJ. Persistent postsurgical pain risk factors revention. *Lancet*. 2006;367:1618–25.
- Lange JF, Kaufmann R, Wijssmuller AR, et al. An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. *Hernia*. 2015;19:33–43.
- Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 2011;377:2215–25.
- Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin N Am*. 2005;23:21–36.
- Correll DJ, Vlassakov KV, Kissin I. No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993–2012: scientometric analysis. *J Pain Res*. 2014;7:199–210.
- Ribeiro SBF, Pinto JCP, Ribeiro JB, et al. Pain management at inpatient wards of a university hospital. *Braz J Anesth*. 2012;62:605–11.
- Machado-Alba JE, Machado-Duque ME, Florez VC, et al. ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico? *Rev Colomb Anestesiol*. 2013;41:132–8.
- Cadavid AM, Mendoza JM, Gómez ND, et al. Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, Colombia 2007. *latreia*. 2009;22:11–5.
- Cadavid AM, González JS, Mendoza JM, et al. Impact of a clinical pathway for relieving severe post-operative pain at a University Hospital in South America. *J Anesthesiol Clin Sci*. 2013; 2:31.
- Cardona E, Castaño ML, Builes AM, et al. Management of post-surgical pain in Hospital Universitario San Vicente de Paul. *Medellin Rev Colomb Anestesiol*. 2003;31:111–7.
- Rico MA, Veitl S, Buchuck D, et al. Evaluación de un programa de dolor agudo: Eficacia, seguridad y percepción de la atención por parte de los pacientes. *Experiencia Clínica Alemana, Santiago – Chile*. *Rev Chil Anest*. 2013;42:145–56.
- Guevara-López U, Córdova-Domínguez JA, Tamayo-Valenzuela A, et al. Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Rev Mex Anest*. 2004;27:200–4.
- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003;97:534–40.
- Taylor A, Stanbury L. A review of postoperative pain management and the challenges. *Curr Anaesth Crit Care*. 2009;20:188–94.
- Samarrae A, Rhind G, Saleh U, et al. Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: a review. *Surgeon*. 2010;8:151–8.
- Soyannwo OA. Obstacles to pain management in low-resource settings. In: Kopf A, Patel NB, editors. Guide to pain management in low-resource settings. Washington, USA: IASP; 2010. p. 9–13.
- Grinstein-Cohen O, Sarid O, Attar D, et al. Improvements and difficulties in postoperative pain management. *Orthop Nurs*. 2009;28:232–9.
- Martínez AL, Rodríguez N. Dolor Postoperatorio: Enfoque procedimiento-específico. *Rev Cienc Biomed*. 2012;3:360–72.

27. Chaves LD, Pimenta CAM. Postoperative pain control: comparison among analgesic methods. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11:215-9.
28. Macpherson C, Aarons D. Overcoming barriers to pain relief in the Caribbean. *Dev World Bioethics*. 2009;9:99-104.
29. Lim R. Improving cancer pain management in Malaysia. *Oncology*. 2008;74 Suppl. 1:24-34.
30. Bond M. A decade of improvement in pain education and clinical practice in developing countries: IASP initiatives. *Br J Pain*. 2012;6:81-4.
31. Bond M, Acuna Mourin M, Barros N, et al. Education and training for pain management in developing countries: a report by the IASP Developing Countries Taskforce. Seattle: IASP Press; 2007.
32. Pontificia Universidad Católica de Chile. Licenciatura en Medicina y Título Profesional de Médico-Cirujano; 2014. Available at: http://www6.uc.cl/dara/carreras/MALLAS/ciencias/m_medicina14.html [accessed 26/03/15].
33. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Ligas de Dor. Ligas da Dor; 2014. Available at: <http://www.dor.org.br/ligas-da-dor> [accessed 26/03/15].
34. Kerns RD, Wasse L, Ryan B, et al. Pain as the 5th vital sign toolkit. Washington, DC: Veterans Health Administration; 2000.
35. Lorenz KA, Sherbourne CD, Shugarman LR, et al. How reliable is pain as the fifth vital sign? *J Am Board Fam Med*. 2009;22:291-8.
36. Mularski RA, White-Chu F, Overbay D, et al. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med*. 2006;21:607-12.
37. Nworah U. From documentation to the problem: controlling postoperative pain. *Nurs Forum*. 2012;47:91-9.
38. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Cabrera RR, et al. Practice parameters for pain management in Mexico. *Cir Ciruj*. 2007;75:379-99.
39. Kehlet H, Wilkinson RC, Fischer HBJ, et al. PROSPECT: evidence-based, procedure-specific postoperative pain management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2007;21:149-59.
40. Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. *Anesthesiology*. 1995;83:1090-4.
41. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns*. 1992;19:129-42.
42. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? *Pain Pract*. 2003;3:310-6.
43. Manz BD, Mosier R, Nusser-Gerlach MA, et al. Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Manag Nurs*. 2000;1:106-15.
44. Upp J, Kent M, Tighe PJ. The evolution and practice of acute pain medicine. *Pain Med*. 2013;14:124-44.
45. Kishore K, Agarwal A, Gaur A. Acute pain service. *Saudi J Anaesth*. 2011;5:123-4.
46. White PF, Kehlet H. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology*. 2010;112:220-5.
47. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2012;116:248-73.
48. Joshi GP, Neugebauer EA, PROSPECT Collaboration. Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery. *Br J Surg*. 2010;97:1155-68.
49. Joshi GP, Rawal N, Kehlet H, et al., PROSPECT collaboration. Evidence-based management of postoperative pain in adults undergoing open inguinal hernia surgery. *Br J Surg*. 2012;99:168-85.
50. Joshi GP, Bonnet F, Kehlet H, PROSPECT collaboration. Evidence-based postoperative pain management after laparoscopic colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2013;15:146-55.
51. Joshi GP, Kehlet H. Procedure-specific pain management: the road to improve postsurgical pain management? *Anesthesiology*. 2013;118:780-2.
52. Joshi GP, Schug SA, Kehlet H. Procedure-specific pain management and outcome strategies. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2014;28:191-201.
53. Cogan J, Schaffer GV, Ouimette MF, et al. Transforming the concept of "state of the art" into "real pain relief" for patients after cardiac surgery - a combined nursing-anesthesia initiative. *J Pain Relief*. 2014;3:4.
54. Ibrahim MS, Khan MA, Nizam I, et al. Peri-operative interventions producing better functional outcomes and enhanced recovery following total hip and knee arthroplasty: an evidence-based review. *BMC Med*. 2013;11:37.
55. International Pain Summit of The International Association for the Study of Pain. Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25:29-31.
56. Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y Programas de Salud en América Latina: problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales N° 114. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). United Nations; 2005.
57. Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, et al. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25:6-18.
58. Pain and Policy Studies Group. Availability of opioid analgesics in Latin America and the world. Madison, Wisconsin, USA: University of Wisconsin Pain & Policy Group/WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care; 2002, 1st Congress of the Latin American Association of Palliative Care, 7th Latin American course on medicine and palliative care; Guadalajara, Mexico: 20-22 March 2002.
59. Joranson DE. Improving availability of opioid pain medications: testing the principle of balance in Latin America. *J Palliat Med*. 2004;7:105-15.
60. Ryan K, De Lima L, Maurer M. Disponibilidad, acceso y políticas sanitarias en medicamentos opioides en Latinoamérica. In: Bonilla P, De Lima L, Díaz P, et al., editors. *Uso de Opioides en Tratamiento del dolor. Manual para Latinoamérica*. Caracas: IAHP; 2011. p. 20-41.
61. World Health Organization. Medicine: access to controlled medicines (narcotic and psychotropic substances); June 2010. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/> [accessed 26/03/15].
62. World Health Organization. Narcotic and psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. Geneva: World Health Organization; 2000. WHO/EDM/QSM/2000.4.
63. IASP. Declaration of Montreal declaration that access to pain management is a fundamental human right; March 17, 2015. Available at: <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582> [accessed 26/03/15].
64. IASP. Desirable characteristics of national pain strategies; October 20, 2014. Available at: www.iasp-pain.org/DCNPS?navItemNumber=655 [accessed 26/03/15].
65. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354:1248-52.
66. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care; October 1, 2013. Available at: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care/> [accessed 26/03/15].
67. Cousins MJ, Brennan F, Car DB. Pain relief: a universal human right. *Pain*. 2004;112(1-2):1-4.

ERRATA

No artigo “Aprimorar o controle da dor no pós-operatório da América Latina” [Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(4):395-403], onde se lê Durval Campos Kraychette, deve ler-se Durval Campos Kraychete. A versão online do artigo já foi corrigida.