

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES – HUCAM

ENAN SALES MAGALHÃES

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
DOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA**

VITÓRIA – ES
2018

ENAN SALES MAGALHÃES

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
DOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA**

Monografia apresentada ao Hospital
Universitário Cassiano Antônio de Moraes da
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
como requisito parcial para obtenção do título
de Residência Médica em Reumatologia.

Orientadora: Dra. Maria Bernadete Renoldi de
Oliveira Gavi

VITÓRIA – ES
2018

ENAN SALES MAGALHÃES

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

Monografia apresentada ao Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES como requisito parcial para obtenção do título de Residência Médica em Reumatologia.

Aprovado em ____ de _____ de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Reumatologista. Prof.^a Dra. Maria Bernadete Renoldi de Oliveira
Gavi
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Orientadora

Anestesista. Prof.^a Dra. Carla Vasconcelos Cáspar Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Vitória

Fisiatra. Prof. Dr. Fabrício Lopes Buzatto
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Vitória

SUMÁRIO

1 HISTÓRICO DE REVISÃO	5
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 CONCEITO	8
4 DESCRIÇÃO.....	10
5 DIAGNÓSTICO	12
5.1 DIAGNÓSTICO DAS DORES NOCICEPTIVAS, NEUROPÁTICAS E MISTA	13
5.2 DIAGNÓSTICO DE OUTROS TIPOS DE DOR: DOR MIOFASCIAL E FIBROMIÁLGICA	14
6 TRATAMENTO	16
6.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	16
6.2 TRATAMENTO ADJUVANTE	17
6.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	18
6.4 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE	25
6.5 TEMPO DE TRATAMENTO	25
7 CUIDADOS ESPECIAIS / AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A.....	39
ANEXO B.....	43
ANEXO C	46
ANEXO D.....	47
ANEXO E	48

1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Data	Versão	Descrição	Gestor	Autor/responsável por alterações
	1.0	Emissão	GAS/EDMED	Enan Sales Magalhães, Maria Bernadete Renoldi de Oliveira Gavi, Carla Vasconcelos Cáspar Andrade, Fabrício Lopes Buzatto

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS:

- Atendimento multidisciplinar e integrativo para o tratamento da Dor Crônica. Musculoesquelética disponibilizando tratamento com consultas Médicas especializadas em Anestesiologia, Fisiatria e Reumatologia, procedimentos invasivos na terapia da dor e tratamento com psicologia, fisioterapia e educação física.
- Promover um atendimento digno, diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dor.
- Abordagem interdisciplinar por meio de uma mesma linguagem inter-profissional.
- Ser referência para o Estado do Espírito Santo na elaboração de rotinas de atendimento, protocolos de tratamento, no planejamento da rede de atenção à dor crônica e atendimento de pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar à população assistência integral na área de Dor musculoesquelética, atuando em nível primário, secundário e terciário.
- Atendimento realizado por equipe multidisciplinar em várias modalidades de assistência ao paciente por meio do tratamento medicamentoso e procedimentos médicos, psicoterápico, fisioterápicos e exercícios físicos.
- Estabelecer diagnóstico etiológico da dor.
- Diminuir a procura nas unidades de urgência e pronto atendimento de pacientes com quadros de dores agudizadas ou mal controladas.
- Prevenir afastamentos e incapacidades laborais, sociais e familiares devido a dor.
- Reabilitar o paciente para o desempenho da força de trabalho e para a sociedade como um todo.

- Oferecer à população capixaba um Centro de Referência para tratamento de Dor Crônica musculoesquelética com fácil acesso e alta resolutividade, utilizando as mais modernas técnicas disponibilizadas atualmente pelo Sistema Único de Saúde.
- Melhorar a qualidade de vida da população em geral, através de terapêuticas diferenciadas como procedimentos articulares e periarticulares, técnicas de reabilitação, agulhamento seco, etc.
- Treinamento da rede de atenção básica por meio de projeto de educação continuada.
- Promover um tratamento adequado das dores, resultando em uma grande diminuição dos custos diretos e indiretos das dores não aliviadas, com menos despesas para as instituições de saúde.
- Envolver programas de pesquisa e extensão em diversas áreas (medicina, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional, psicologia).

3 CONCEITO

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial.^{1,2}

A dor tem como característica ser multidimensional envolvendo experiência pessoal, subjetiva, aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio.¹ É considerada uma fonte de sofrimento, podendo interferir na qualidade de vida, na produtividade e em relações sociais do indivíduo.^{3,4}

A dorsalgia é causa comum de absenteísmo ao trabalho, o que justifica seu estudo.⁷ A dor lombar crônica é, sem sombra de dúvidas, uma das mais prevalentes e uma das maiores causas de incapacidade funcional e de licenças médicas.⁸

No Brasil, especificamente, “dor nas costas idiopática” é motivo de aposentadoria por invalidez em 29,96 a cada 100.000 contribuintes da Previdência Social, sendo assim considerada a principal causa de concessão desse tipo de benefício previdenciário.⁹

No estado do Espírito Santo, as dores musculoesqueléticas acometem 30% da população capixaba, sendo que osteoartrite, fibromialgia e lombalgia são as principais causas e ocorrem em uma grande parcela da população. São também causas de afastamento do trabalho, gerando grande impacto psico-sócio-econômico.¹¹

A dor pode ser classificada temporalmente em aguda e crônica. A dor crônica, em particular, é aquela que persiste por período de tempo maior do que aquele necessário para que ocorra a cicatrização da lesão que é sua causadora.¹

Os especialistas no tratamento da dor, entretanto, consideram três meses como marco temporal de dor crônica, visto que esse é o tempo necessário para que a

“cura” da doença ou cicatrização tecidual ocorra. A IASP também considera o período de três meses como o determinante de dor crônica.¹

Além da conceituação temporal da doença, a dor é classificada, segundo seu mecanismo fisiopatológico, em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio neuropático e, c) dor mista.^{1,13,14}

A dor de predomínio nociceptivo, ou simplesmente dor nociceptiva, ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares e geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).¹⁴

Já a dor neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, sendo mais bem compreendida como resultado da ativação anormal da via da dor ou nociceptiva. Contrariamente à dor nociceptiva, a dor neuropática responde pobremente aos analgésicos usuais (paracetamol, dipirona, opioides fracos).¹³

O tipo de dor mais frequente na prática clínica é o misto. Um exemplo de dor mista é a radiculopatia, em que não há somente compressão de nervos e raízes (gerando dor neuropática), mas também de ossos, facetas, articulações e ligamentos (estruturas musculoesqueléticas), gerando dor nociceptiva.¹³

A IASP considera que, diante da elevada prevalência e complexidade de tratamento, é altamente recomendado que o paciente seja cuidado por equipe multidisciplinar e em diferentes níveis de atenção, incluindo a atenção primária. Este fato tem um custo importante tanto para o indivíduo como para a sociedade.¹

4 DESCRIÇÃO

O protocolo de atendimento ambulatorial dos pacientes com dor crônica musculoesquelética deve ser capaz de oferecer informações que permitam auxiliar no direcionamento do diagnóstico, acompanhamento e tratamento, visando abordagem multidisciplinar e atenção integral.

Nesse contexto, além da visão médica do indivíduo como um todo e inserido no seu meio particular, o próprio paciente é orientado e envolvido como peça chave e atuante do seu tratamento. Ainda, o paciente é encorajado a responsabilizar-se pela sua saúde por meio de otimização dos seus hábitos saudáveis de vida, promoção de real prevenção e práticas afins.

O atendimento em um Centro de Referência, por uma equipe multidisciplinar, eleva a chance de esclarecimento etiológico precoce diminuindo o tempo de sofrimento do indivíduo, a morbidade e os custos com o tratamento.

Um protocolo de rotina de atendimento permitirá tratamento mais eficaz objetivando a manutenção e seguimento do seu tratamento à Nível Primário de atenção à saúde.

- **Classificação Estatística Internacional de Doenças relacionadas à Saúde (CID-10)**

(R52-2) Outra dor crônica

(R52-1) Dor crônica intratável

(M50) Transtornos dos discos cervicais

(M50.0) † Transtorno do disco cervical com mielopatia (G99.2*)

(M50.1) Transtorno do disco cervical com radiculopatia

(M50.2) Outro deslocamento de disco cervical

(M50.3) Outra degeneração de disco cervical

(M50.8) Outros transtornos de discos cervicais

(M50.9) Transtorno não especificado de disco cervical

(M51) Outros transtornos de discos intervertebrais

(M51.0) † Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia (G99.2*)

- (M51.1) † Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia (G55.1*)
- (M51.2) Outros deslocamentos discais intervertebrais especificados
- (M51.3) Outra degeneração especificada de disco intervertebral
- (M51.4) Nódulos de Schmorl
- (M51.8) Outros transtornos especificados de discos intervertebrais
- (M51.9) Transtorno não especificado de disco intervertebral
- (M53) Outras dorsopatias não classificadas em outra parte
- (M53.0) Síndrome cervicocraniana
- (M53.1) Síndrome cervicobraquial
- (M53.2) Instabilidades da coluna vertebral
- (M53.3) Transtornos sacrocóccigeos não classificados em outra parte
- (M53.8) Outras dorsopatias especificadas
- (M53.9) Dorsopatia não especificada
- (M54) Dorsalgia
- (M54.1) Radiculopatia
- (M54.2) Cervicalgia
- (M54.3) Ciática
- (M54.4) Lumbago com ciática
- (M54.5) Dor lombar baixa
- (M54.6) Dor na coluna torácica
- (M54.8) Outra dorsalgia
- (M54.9) Dorsalgia não especificada
- (M62.0) Outros transtornos musculares
- (M62.4) Contratura de músculo
- (M62.6) Distensão muscular
- (M62.8) Outros transtornos musculares especificados
- (M62.9) Transtorno muscular não especificado / Sd Miofascial
- (M46.1) Sacroileíte não classificada em outra parte
- (M47.2) Outras espondiloses com radiculopatias
- (M75.0) Capsulite adesiva do ombro
- (M75.1) Síndrome do manguito rotador
- (M75.2) Tendinite bicipital
- (M77.0) Epicondilite medial
- (M77.1) Epicondilite lateral
- (M79.7) * Fibromialgia
- (G56.4) Causalgia / Síndrome Dolorosa Complexa Regional (tipos I e II)

5 DIAGNÓTICO

A investigação da etiologia da dor é realizada pelo médico assistente que encaminha ou pela equipe multidisciplinar.

No ambulatório de Dor a investigação é realizada por meio de anamnese, exame clínico, laboratorial e de imagem. Em casos selecionados, abordagem intervencionista para elucidar as características da dor (tipo, duração entre outros) pode ser realizada.

Importante questionar sobre comorbidades associadas, revisão de sistemas, história familiar, alergias, história psicossocial, tratamentos prévios, existência de doenças crônicas, infecciosas, uso de drogas lícitas e ilícitas, condições de saneamento básico e higiene.

Deve-se usar o roteiro de atendimento do Ambulatório de Dor Crônica Musculoesquelética (ANEXO A).

- **Exames Laboratoriais e de Imagem**

De acordo com anamnese e exame clínico poderá ser solicitado hemograma, provas de atividade inflamatória, TSH, função hepática, função renal, CPK, entre outros, como exame de imagem.

No seguimento do tratamento serão solicitados exames conforme necessidade.

- **Escalas de Dor**

Intensidade

Apesar dos grandes avanços tecnológicos, a escala visual analógica - EVA é parâmetro de avaliação da intensidade da dor. Solicita-se ao paciente que assinale a

intensidade de seus sintomas em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável.^{12,16}

Tipo

A escala de dor Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs – LANSS (ANEXO B) é um instrumento capaz de distinguir com boa confiabilidade uma dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto.¹⁷ A escala vai de 0 a 24 pontos e consta de duas seções: uma que explora os aspectos qualitativos e outra os aspectos sensitivos da dor.

Outro instrumento validado para o português de caracterização da dor neuropática é o DN4 (ANEXO C). Deverá ser usado nos casos com hipóteses de perfil neuropático da dor.¹⁸

5.1 DIAGNÓSTICO DAS DORES NOCICEPTIVAS, NEUROPÁTICAS E MISTA

A dor nociceptiva é a dor na qual há dano tecidual demonstrável (osteoartrose, artrite reumatoide, fratura e rigidez muscular na dor lombar inespecífica, etc). Na escala de dor LANSS, esse tipo de dor corresponde a escores inferiores a 8 pontos.¹⁷

A dor neuropática é a dor em que existe lesão ou disfunção de estruturas do sistema nervoso periférico ou central. Para esse tipo de dor são fundamentais a presença de descritores verbais característicos (queimação, agulhadas, dormências), uma distribuição anatômica condizente e uma condição de base predisponente, como diabetes ou quimioterapia. Na escala de dor LANSS, os escores são superiores a 16 pontos.¹⁷

A dor mista é a dor com escore entre 8 e 16 pontos na escala de dor LANSS, indicando lesão simultânea de nervos e tecidos adjacentes, como ocorre na gênese da dor oncológica, dor ciática e síndrome do túnel do carpo.¹⁷

5.2 DIAGNÓSTICO DE OUTROS TIPOS DE DOR: DOR MIOFASCIAL E FIBROMIÁLGICA

A síndrome da dor miofascial é uma condição caracterizada por dor regional, com dor muscular associada à presença de ponto-gatilho, sendo causa frequente de lombalgias, cefaleias tensionais, ombro doloroso, dor orofacial, entre outras.

As características clínicas incluem a presença de pontos-gatilho com dor em zona referida reproduzindo o quadro algico e queixa do paciente, fraqueza muscular, limitação de movimentos articulares e sintomas autonômicos associados.^{15,19}

A fibromialgia é uma condição marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos, tais como fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos.^{12,16}

O achado clínico da fibromialgia é a presença de sensibilidade dolorosa em determinados locais anatômicos, denominados pontos dolorosos. Deve-se considerar o diagnóstico quando houver dor nos 11 dos 18 locais esperados (região suboccipital, cervical lateral, ponto médio da borda superior do trapézio, região supraescapular, junção condrocostal da segunda costela, epicôndilo lateral, região glútea laterossuperior, região do trocânter maior e região medial acima do joelho) e quando outras condições clínicas forem excluídas, tais como doenças reumáticas e distúrbios primários do sono.¹²

Porém, os pontos dolorosos não são essenciais para definição do diagnóstico de fibromialgia. No ano de 2010, o Colégio Americano de Reumatologia critérios de classificação. Neste houve a retirada da contagem de pontos dolorosos e a introdução de outros sintomas além da dor. Neste critério encontramos um Índice de Dor Generalizada – WPI (ANEXO C) onde são assinaladas 19 possíveis regiões em que o paciente sente dor, obtendo-se daí um escore entre 0 e 19. Outro índice presente é o da Escala de Severidade dos Sintomas – SSS (ANEXO D). O diagnóstico de fibromialgia é sugerido quando WPI é ≥ 7 associado ao SSS ≥ 5 OU WPI entre 3 a 6 com SSS ≥ 9 .

O objetivo principal dessa nova classificação é o rastreamento da FM na rede primária de atendimento. Esses novos critérios prescindem de uma parte essencial do processo diagnóstico, que é o exame físico. Os critérios de 1990 e 2010 não são excludentes e podem agregar informações.^{12,16}

Síndrome da fadiga crônica, distúrbios intestinais, cistite intersticial, dor pélvica, cefaleia, disfunção da articulação temporomandibular e síndrome das pernas inquietas são transtornos que comumente acompanham pacientes fibromiálgicos e devem ser pesquisados pelo médico.¹⁶

6 TRATAMENTO

O tratamento ou condução assistencial do paciente é realizado através de discussões, dos preceptores com os médicos residentes do ambulatório de dor.

A escolha da terapêutica adequada, seja ela medicamentosa, procedimentos invasivos ou terapias será direcionada de acordo os sinais e sintomas do paciente após a consulta.

Reforçando a abordagem multidisciplinar, é importante a orientação do tratamento não medicamentoso, em especial a reabilitação e atividade física adequada para cada caso.

Critério de Inclusão

- Pacientes adultos (maiores de 18 anos) portadores de dores crônicas musculoesqueléticas.
- Pacientes com dor refratária assistidos pelos especialistas (Reumatologia, Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgião, Fisiatra).
- Pacientes avaliados no ambulatório de triagem do Serviço de Reumatologia.

Critério de Exclusão

- Crianças até 18 anos;
- Pacientes com outras dores de origem não musculoesquelética;

6.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A maioria dos pacientes com dor nociceptiva e fibromialgia beneficia-se da prática regular de exercícios físicos.²⁰ A terapia cognitiva comportamental, terapias psicológicas, educação do paciente, acupuntura, hidroterapia e calor local são eficazes e também fazem parte do manejo não farmacológico (Nível de evidencia IA,

recomendação fraca no EULAR 2016).²¹

O tratamento medicamentoso da fibromialgia deve sempre estar associado à prática de atividade física regular e intervenções psicocomportamentais.

Nos casos de dor miofascial, além do esclarecimento ao paciente sobre a natureza da doença, deve-se identificar os fatores desencadeantes ou perpetuadores do quadro. Tais fatores podem incluir alterações mecânicas, desordens sistêmicas (que podem influenciar no metabolismo muscular) e de comportamento. A prática de acupuntura, agulhamento seco sobre os pontos-gatilho e reabilitação apresentam bons resultados.^{15,19}

Para o manejo da dor refratária, além dos tratamentos citados acima, muitas vezes outros procedimentos serão necessários, como bloqueio de plexo nervoso, bloqueios epidurais, facetários, intra-articulares, peri-articulares, bloqueio endovenoso regional, bloqueio simpático endovenoso sistêmico e bloqueio de plexo simpático.

Assim, atividade física regular, terapia cognitiva comportamental, terapia com calor local ou cinesioterapia podem ser utilizadas em pacientes com todos os tipos de dor (nociceptiva, neuropática ou mista) conforme a capacidade física do doente e sob supervisão de profissional habilitado.^{19,20,21}

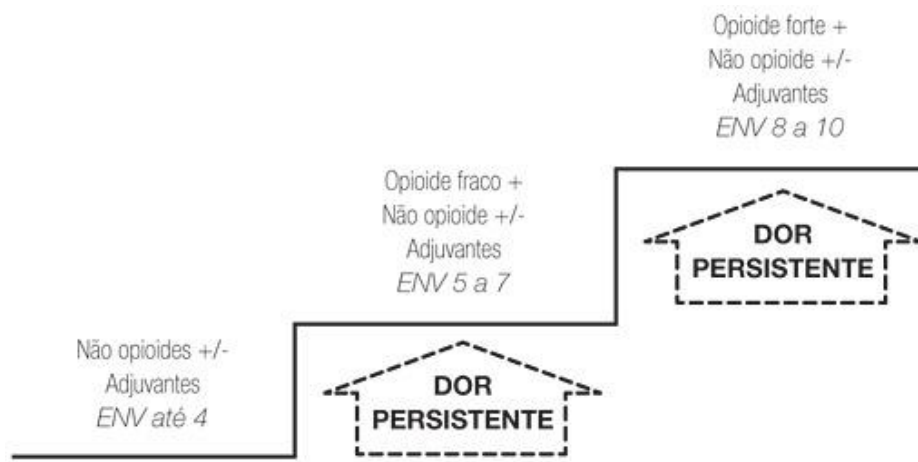
6.2 TRATAMENTO ADJUVANTE

- Antidepressivos: Algumas classes de antidepressivos atuam diretamente em vias inibitórias da dor, sendo considerados primeira linha no tratamento de dor crônica.^{20,22}
- Relaxantes Musculares: Os fármacos relaxantes musculares podem ser utilizados quando indicados^{19,20,22}. O uso crônico de benzodiazepínicos é desaconselhado.

6.3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento das dores nociceptiva e mista deve respeitar a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de escalonamento (Degraus da Escada Analgésica, a seguir), que inclui analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (fracos e fortes). Em algumas situações, caso haja lesão concomitante de estruturas do sistema nervoso (por exemplo, o plexo braquial) e escores elevados na escala de dor LANSS ou DN4 (dor mista ou neuropática), medicamentos para dor neuropática podem ser utilizados.^{23,24}

- Escada Analgésica da OMS (com a parte modificada de intervenção)^{23,24}



A base do tratamento da dor neuropática envolve o uso de medicamentos antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes, sendo os opioides reservados somente a pacientes com dor refratária.^{23,24}

A primeira escolha, portanto, para os casos de dor neuropática, são os medicamentos antidepressivos tricíclicos, não havendo diferença em termos de eficácia entre os representantes do grupo. Se não houver resposta ao tratamento, devem ser associados antiepilépticos como a gabapentina e a pregabalina, e em casos selecionados a carbamazepina e o topiramato.²⁴

O objetivo do tratamento farmacológico para fibromialgia é o controle da dor (não necessariamente a supressão total) e, principalmente, melhora da função. Para isso, devemos utilizar o menor número de medicamentos possível. Os fármacos mais estudados são os antidepressivos (principalmente tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e duais), anticonvulsivantes (pregabalina e gabapentina) e miorrelaxantes. Os opioides (maior evidências com tramadol) são eficazes quando usados no início do tratamento, até que os medicamentos de ação central façam efeito. O uso prolongado é discutível.^{20,22,23}

Muitas vezes, o uso de medicamento é essencial para o tratamento da síndrome miofascial. As principais classes são os antidepressivos (especialmente tricíclicos), anti-inflamatórios, analgésicos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. A escolha será de acordo com o quadro clínico doloroso e comorbidades. De modo geral, deve-se utilizar os princípios das dores crônicas não malignas, lembrando que os analgésicos, opioides e AINES são extremamente úteis no período inicial da reabilitação, possibilitando analgesia e a realização dos exercícios.^{19,23}

- **Analgésicos simples (dipirona e paracetamol)**

Os analgésicos simples são a primeira opção analgésica não opioide para alívio de dores leves a moderadas (Tabela I).^{23,25}

A dipirona é uma das drogas mais utilizadas como analgésicos e antipiréticos.

Também é eficaz no tratamento de dores miofasciais e viscerais agudas, tais como dor pós-operatória, cólica renal e cefaleia. Foi retirada do mercado de diversos países, devido risco de agranulocitose e aplasia de medula. A dipirona pode causar hemólise em paciente com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) e induzir crise de porfiria hepática aguda intermitente.²⁵

O paracetamol é uma das medicações mais utilizadas no mundo, por ter menores efeitos adversos e menor interação medicamentosa. Pode ser utilizado para a analgesia da maior parte das síndromes dolorosas, como também na osteoartrite e no pós-operatório (associado a AINES). Hepatotoxidade é a complicação mais grave, geralmente em casos de intoxicação. Também pode levar a hemólise na deficiência de G6PD.²⁵

- **Anti-inflamatórios não esteroides (AINES)**

Todos os AINES são igualmente eficazes no alívio da dor aguda e crônica (Tabela II), incluindo osteoartrite, artrite reumatoide, dor lombar e cefaleia.^{23,25}

No entanto, os riscos associados à utilização de AINES representam um problema de saúde pública, por estarem sendo prescritos e utilizados de maneira inadequada. O uso incorreto pode levar a diversas complicações, como eventos adversos cardiovasculares, gastrointestinais, renais, hepáticos, entre outros.^{19,23}

Os efeitos terapêuticos dos AINES são atribuídos a inibição da ciclo-oxigenase (precisamente da COX-2) nos sítios inflamatórios. A COX está entre os principais mediadores inflamatórios. Elas existem em duas principais isoformas (COX-1 e COX-2), que diferem na expressão, nos tecidos e na regulação.^{19,23}

- **Antidepressivos**

Os antidepressivos são amplamente utilizados no tratamento de distúrbios dolorosos crônicos, neuropáticos e/ou nociceptivos, na profilaxia de enxaqueca,

lombalgias crônicas, quadros de depressão e transtornos de ansiedade, pânico, fobias, entre outros (Tabela III). Exercem ação tanto nas vias inibitórias da dor, além de ação sedativa, ansiolítica e miorelaxante. Atuam no sono e estabilizam o humor.²⁴

Têm sido postulados como moduladores da dor através do SNC e SNP. Os mecanismos envolvem o bloqueio na recaptção de serotonina e/ou noradrenalina, ação nos receptores de opioide, receptores adrenérgicos, GABA, NMDA, ativação de canais iônicos e possíveis efeitos sobre citocinas pro-inflamatórias. Atuam em nociceptores periféricos e em área do SNC envolvidos na dor e nas emoções.²⁴

Os antidepressivos possuem diversas indicações. As principais em dores crônicas são para a fibromialgia, lombalgia crônica e dores neuropáticas (principalmente neuropatia diabética e pós-herpética). A segurança do uso destas medicações requer que o médico considere sua tolerabilidade e interações medicamentosas.^{20,22,25}

Os antidepressivos tricíclicos melhoram a dor, o sono e a fadiga. As doses necessárias são menores do que as usadas para tratamento da depressão, porém podem apresentar como efeitos colaterais ganho de peso, sonolência excessiva, constipação intestinal e perda do libido.²³

Os inibidores específicos da recaptção de serotonina (ISRSs) têm demonstrado eficácia analgésica, melhora do humor e de transtornos de ansiedade. Podem ser utilizados associados aos tricíclicos com efeito sinérgico, no entanto é importante lembrar do risco da síndrome serotoninérgica.^{23,25}

Os inibidores específicos da recaptção de serotonina e norepinefrina (duais) têm boa resposta analgésica, melhora da depressão e fadiga, indicados nos casos dolorosos crônicos, principalmente na fibromialgia.²⁰

Os inibidores da recaptção e antagonistas de serotonina (5-HT₂) e os com ação específica serotoninérgica e noradrenérgica são indicados principalmente nos casos de ansiedade e dificuldade para manter o sono. Estudos também apresentam

evidência para o tratamento da dor.^{20,23}

Por fim, outro antidepressivo indicado para desordens dolorosas crônicas é o inibidor da recaptação de dopamina e noradrenalina. Este medicamento também pode ser usado para interrupção do tabagismo.²³

- **Antiepilépticos**

Os anticonvulsivantes são eficazes para tratamento nas desordens dolorosas crônicas, como a dor neuropática (origem SNC ou SNP) e fibromialgia. Estes fármacos atuam principalmente estimulando a atividade sináptica inibitória, diminuindo a atividade sináptica excitatória por meio do bloqueio de receptores de glutamato e substância P e ainda estabilizam a permeabilidade iônica das células neuronais aferente.^{22,24} Nessa classe de medicamento, serão analisadas aqueles com maiores evidências no tratamento da dores crônicas (Tabela IV).

A gabapentina e a pregabalina são drogas bem toleradas, apesar de efeitos adversos frequentes. Apresentam poucas interações farmacológicas, pois não fazem metabolização hepática, são excretados via renal, necessitando de ajuste de dose em nefropatas. Têm sido empregadas com sucesso nos quadros de dores crônicas, sendo fármacos de primeira linha no tratamento de dores neuropáticas. Devem ser utilizadas sempre que houver intolerância ou refratariedade da dor ao uso de antidepressivos tricíclicos e outros tratamentos.^{22,24,25}

A carbamazepina tem eficácia comprovada nas neuropatias trigeminais, neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética, síndrome dolorosa complexa regional, dores neuropáticas centrais e periféricas. Possui tendência a neurotoxicidade, por isso deve ser iniciada em baixas doses. Também apresenta interação medicamentosa com outras drogas, sendo necessário a atenção em paciente com outras comorbidades. Entre os efeitos colaterais mais graves encontra-se leucopenia, anemia aplásica e síndrome de Stevens-Johnson.^{23,24}

A lamotrigina induz analgesia dose-dependente, reduz hiperalgesia mecânica e

alodinia ao frio. É uma droga de segunda linha, mas com evidencia em múltiplos trabalhos. Apresenta como importante risco a síndrome de Stevens-Johnson. Geralmente, é opção para casos crônicos e refratários.^{23,24}

O topiramato tem demonstrado ser uma droga promissora, com resultados satisfatórios em diversos estudos. Entretanto, apresenta efeitos adversos relevantes (especialmente fraqueza excessiva e lentificação motora), com elevada taxa de abandono e uma experiência clínica limitada. Possui bons resultados para tratamento de enxaqueca. Por ser um inibidor fraco da anidrase carbônica há um aumento do risco de nefrolitíase, sendo contra indicado em pacientes com predisposição.^{23,25}

O ácido valpróico é eficaz no tratamento das neuralgias paroxísticas, síndromes convulsivas e síndromes psicóticas. Estudos apontam resultados conflitantes para tratamento da dor neuropática, sendo reservado para caso de refratariedade aos outros medicamentos.^{23,24}

- **Opioides**

Opioides são fármacos analgésicos potentes e de boa eficácia no tratamento prolongado de pacientes com dor oncológica, mista ou neuropática, sendo superiores a antidepressivos tricíclicos e a AINES (Tabela V).

O uso de opioides, independentemente da potência, por tempo prolongado não é recomendado para pacientes com dor nociceptiva (osteoartrose, artrite reumatoide e lombalgia entre outros), pois, além dos efeitos adversos limitantes, tais como retenção urinária, constipação e sonolência, não existem evidências convincentes de seus benefícios nessa população e podem causar dependência física, tolerância e vício.^{23,25}

Nas dores nociceptivas musculoesqueléticas, o uso de opioides deve ser reservado apenas para os casos de agudização, por curto período, e que sejam refratários aos demais medicamentos previstos na escada analgésica da OMS.²³

Opioides fracos: codeína, tramadol

A codeína e o tramadol possuem eficácia semelhante. São opções para tratamento de dor refrataria a analgésicos simples e AINES.²³

Estudos comprovam que a combinação de codeína com paracetamol é eficiente, sendo uma boa escolha terapêutica. Porém, a codeína caracteriza-se por importante efeito antitussígeno, constipante e emetizante, o que pode limitar seu uso.²⁵

O tramadol é considerado um agonista fraco dos receptores opioides, sendo a ação analgésica complementada pela liberação da serotonina e inibição da receptação da noradrenalina. Detém eficácia comparável à da codeína para combater a dor crônica nociceptiva. Apesar de ser menos constipante, outros efeitos adversos destacam-se, como vômitos, vertigem, perda de apetite e fraqueza.²⁵

Opioides fortes: morfina, oxycodona, metadona, fentanila

A morfina é um opioide de eficácia reconhecida no tratamento das dores oncológicas, neuropáticas e nociceptivas agudas ou crônicas agudizadas. A segurança e a experiência do uso de morfina ao longo de décadas fazem com que esse fármaco seja o mais representativo da classe dos opioides. Apresenta vida média curta, devendo ser utilizada de 4/4 horas. A dose intravenosa deve ser 1/3 da dose oral. Não apresenta dose-teto, o limite da dose é aquele que propicia o alívio da dor ou que resulta em efeitos colaterais incontroláveis.²³

A metadona é altamente lipofílica, o que explica seus efeitos cumulativos e a prolongada meia vida plasmática. Além disso, é cerca de três vezes mais potente que a morfina. Apesar dos estudos serem controversos, a metadona possui amplo uso, dados de segurança comprovados na prática clínica e pode ser considerada uma alternativa em casos de não resposta à morfina. Importante atentar-se as interações medicamentosas e comorbidades do paciente.²³

A oxycodona apresenta potencia analgésica similar e menos efeitos colaterais que a morfina. Não apresenta efeito antitussígeno e pode potencializar o efeito depressor

cardiocirculatório e neurológicos de outros fármacos, sendo essencial a atenção às interações medicamentosas.²³

Geralmente, o fentanil é utilizado em procedimentos anestésicos, com potencia cerca de 75 vezes maior que a morfina, rápido início de ação e efeito mais curto. Em regime ambulatorial, esta disponível em forma de adesivo para administração transdérmica, indicado no tratamento de dor crônica, quando há impossibilidade do uso dos opioides convencionais ou da via enteral.²³

6.4 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

O termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) é obrigatório quando na utilização de codeína, morfina, metadona e gabapentina. Consiste em duas vias de igual teor e assinadas pelo médico assistente prescritor e o paciente. Uma via é anexada ao prontuário do paciente e a outra enviada junto com o paciente à farmácia cidadã para dispensação da medicação. A informação ao paciente ou a seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento e é preconizado neste Protocolo.

O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

6.5 TEMPO DE TRATAMENTO

- **Benefícios Esperados**

O objetivo principal da terapêutica não medicamentosa e medicamentosa é o alívio da dor. Será considerado tratamento bem-sucedido aquele que reduzir pelo menos 20% do escore de dor na EVA e, conseqüentemente, espera-se também melhora da qualidade de vida.^{23,25}

- **Crêterios de Interrup o**

O tempo de tratamento varia de acordo com a necessidade de cada paciente. A ausência de efeito analgésico nas doses máximas toleradas ou a presença de efeitos colaterais incontroláveis são critérios para interrup o do tratamento.^{24,25}

Em alguns casos de doença benigna, há possibilidade de suspensão total ou temporária da terapêutica após analgesia satisfatória ou mesmo a cura da doença de base. A maioria dos medicamentos requer o desmame gradual e lento, de acordo com os sintomas do paciente. Como discutido anteriormente, o uso de opioides por tempo prolongado não é recomendado, pois, além dos efeitos adversos limitantes, não existem evidências convincentes de seus benefícios a longo tempo.²⁵

7 CUIDADOS ESPECIAIS / AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso dos medicamentos.

Pacientes com dor crônica precisam ser primariamente avaliados em serviços especializados para seu adequado diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento.

Para monitorização serão necessárias, periodicamente, realização de hemograma e dosagem dos níveis das enzimas hepáticas e função renal dos pacientes em uso de medicamentos hepatotóxicos e nefrotóxicos. É fundamental atenção às interações medicamentosas e efeitos adversos, conforme descrito neste protocolo nas tabelas de terapêuticas utilizadas nas desordens dolorosas crônicas.

Importante salientar que as escalas de EVA e a LANSS devem ser aplicadas antes, durante e após o tratamento e antes da troca do medicamento em todos os pacientes.

Em particular, nos casos que a equipe da terapia antálgica for solicitada pelas especialidades do HUCAM para auxílio no controle da dor musculoesquelética, os pacientes serão atendidos em forma de parecer solicitado pelo médico assistente.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N (Eds.). Classification of chronic pain. descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms, 2nd ed. IASP, Seattle, 1994.
2. Miró J, Nieto R, Huguet A. Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: a Delphi poll. *Eur J Pain*. 2008;12(1):30-47.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
4. Morlion B, Walch H, Yihune G, Vielvoye-Kerkmeer A, de Jong Z, Castro-Lopes J, Stanton-Hicks M. The Pain Associates' International Network Initiative: a novel practical approach to the challenge of chronic pain management in Europe. *Pain Pract*. 2008;8(6):473-80.
5. Tsang A, Von Korff M, et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain*. 2008;9(10):883-91.
6. Gureje O, Von Korff, Simon G, Galer R. Persistent pain and well-being. Aa World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280(2):147-51.
7. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, Turpin RS, Olson M, Berger ML. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med*. 2005;47(6):547-57.
8. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalsbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):251-8.

9. Meziat Filho N, Azevedo e Silva G. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):494-502.
10. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PA, Correa CF. Disability related to chronic low back pain: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46:16-23.
11. Pereira AM, Valim V, Zandonade E, Ciconelli RM. Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using copcord questionnaires. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27(1):42-46.
12. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(5):600-610.
13. Schestatsky P, Nascimento OJ. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(3A):741-749.
14. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Lee AJ. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*. 2006;122(3):289-294
15. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5(5):412-20.
16. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57(S2):S467-S476.
17. Schestatsky P, Félix-Torres V, Chaves ML, et al. Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for patients with chronic pain. *Pain Med*. 2011;12(10):1544-50.

18. Santos JG, Brito JO, Andrade DC, et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. *J Pain*. 2011;11(5):484-90
19. Desai MJ, Saini V, Saini S. Myofascial Pain Syndrome: A Treatment Review. *Pain Ther*. 2013;2(1):21–36.
20. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-328.
21. Tick H, Nielsen A, Pelletier KR, et al. Evidence Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care The Consortium Pain Task Force White Paper. *EXPLORE*. 2018;14(2).
22. Kia S, Choy E. Update on Treatment Guideline in Fibromyalgia Syndrome with Focus on Pharmacology. *Biomedicines*. 2017;5(2).
23. Ranzolin A, Chiuchetta FA, Heymann RE. *Dores Musculoesqueléticas localizadas e difusas*. 2a ed. São Paulo: Planmark, 2017.
24. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):162-73.
25. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. *Rheumatology*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier, 2015.

TABELAS

Tabela 1 – Analgésicos simples usados nas desordens dolorosas crônicas

ANALGESICOS SIMPLES				
Medicamento	Principal mecanismo de ação	Dose e Apresentação	Indicações	Observações
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> - Inibição de prostaglandinas no SNC (corno dorsal da medula). - Ativação de canais de K e Bloqueio do influxo de Calcio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dose: 500 a 1.000mg a cada 4 a 6 horas. - Apresentação: comprimido de 500 mg; solução oral de 500mg/mL. 	Manejo inicial de dores leves a moderadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Efeitos colaterais: Risco de aplasia de medula ou agranulocitose. - Contra-indicação: deficiência G6PD, porfiria hepática, intolerância a derivados de pirazolonicos e discrasias sanguíneas.
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> - Inibição de prostaglandinas no SNC e SNP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dose: 500 a 1.000mg a cada 4 a 6 horas (máximo de 4.000mg/dia). - Apresentação: comprimido de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL. 	Manejo inicial de dores leves a moderadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Efeitos colaterais: Risco de hepatotoxicidade. Menor proporção eventos cardiovasculares e nefrotoxicidade. - Contra-indicação: hepatopatas.

Tabela 2 – Anti-inflamatórios não esteroides (AINES) usados nas desordens dolorosas crônicas

AINES				
Medicamento	Principal mecanismo de ação	Dose e Apresentação	Indicações	Observações
Ibuprofeno	- Inibidores não seletivos da COX	- Dose: 1.200-2.400 mg/dia divididos a cada 6 a 8 horas. - Apresentação: comprimidos de 300mg; solução oral de 50mg/mL.	Manejo de dores leves a moderadas refratários a analgésicos simples.	- Efeitos colaterais: Eventos trombóticos e cardiovasculares (taquicardia, HAS, IC, IAM e AVC), gastrointestinais (sangramento e perfurações), nefrotóxicos, hepatotóxicos (raro) e hipersensibilidade. - Os COXIBES apresentam menos efeitos colaterais gastrointestinais, porém mantem efeitos cardiovasculares, nefrotóxicos e hepatotóxicos. - COX-1: *Plaquetas (tromboxanos): vasoconstricção e agregação plaquetária. *Mucosa gástrica (prostaglandinas): inibição produção suco gástrico. - COX-2: *Atividade inflamatória (prostaglandina): dor e inflamação. - COX-1 e COC-2: *Endotélio (prostaciclina): vasodilatação, diminuição da agregação plaquetária.
Diclofenaco		- Dose: 50-100 mg/dia divididos a cada 8 a 12 horas. - Apresentação: comprimidos de 12.5, 50, 75, 100 e 150mg; solução oral de 15mg/mL.		
Nimesulida		- Dose: 100-400mg/dia divididos a cada 6 a 8 hora. - Apresentação: comprimidos de 100, 200 e 400mg; solução oral de 10 e 50mg/mL.		
Meloxicam		- Dose: 7.5-15mg/dia em dose única diária. - Apresentação: comprimidos de 7.5 e 15mg.		
Etodolaco		- Dose: 800-1.200mg/dia divididos a cada 8 a 12 horas. - Apresentação: comprimidos de 300 e 400mg.		
Etoricoxibe		- Dose: 60-120mg/dia em dose única diária. - Apresentação: comprimidos de 30, 60 e 90mg.		
Celecoxibe		- Dose: 200-400mg/dia divididos a cada 12 horas. - Apresentação: capsula de 100 e 200mg.		

Tabela 3 – Antidepressivos usados nas desordens dolorosas crônicas

ANTIDEPRESSIVOS				
Grupo Farmacológico e mecanismo de ação	Agente Específico	Dose e Apresentação	Indicações	Observações
TRICÍCLICOS Inibição receptação NE/5-HT nos terminais pré-sinápticos aumentando a capacidade da via descendente inibitória da dor.	Amitriptilina	- Dose: 25-150mg à noite. - Apresentação: comprimidos de 10, 25 e 75 mg.	- Depressão associado a desordens dolorosas crônicas (difusas e neuropáticas) e insônia.	- Efeitos colaterais: boca seca, tontura, hipotensão ortostática, constipação, retenção urinária, sonolência, ganho de peso, redução limiar de convulsão e perda de libido.
	Imipramina	- Dose: 25-75mg à noite. - Apresentação: comprimidos de 10 e 25 mg; capsulas de 75 e 150mg.	- Evidencia: *Amitriptilina: síndromes dolorosas crônicas (FM).	- Contra indicações: Arritmias, eventos cardíacos recentes, ICC, glaucoma de ângulo estreito e hipertireoidismo. Interação com inibidores da MAO.
	Nortriptilina	- Dose: 10-150mg à noite. - Apresentação: cápsulas de 10, 25, 50 e 75 mg.	*Imipramida: neuropatia diabética. *Nortriptilina: dor pós quimioterapia.	- Amino terciárias (amitriptilina e imipramida) tem maiores efeitos colaterais anticolinérgicos e devem ser evitadas em idosos.
	Ciclobenzaprina (agente tricíclico sem efeito antidepressivo)	- Dose: 10-40mg à noite. - Apresentação: comprimidos de 5 e 10 mg.	*Ciclobenzaprina: miorrelaxante	**Imipramida – ajuste de dose em insuficiência hepática ou renal. **Ciclobenzaprina – ajuste de dose em insuficiência hepática.
INIBIDORES ESPECÍFICOS DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA (IRSS) Inibição receptação 5-HT	Fluoxetina	- Dose: 20-80mg/dia 1x ao dia. - Apresentação: capsulas 10 e 20mg; solução oral 20mg/ml.	- Depressão, transtorno de ansiedade, anormalidades do apetite e profilaxia para enxaqueca.	- Efeitos colaterais: náuseas, diarreia, insônia, tremor, ansiedade, cefaleia, anorexia e diminuição de libido. Interação com inibidores da MAO.
	Sertralina	- Dose: 25-200 mg/dia 1x ao dia. - Apresentação: comprimidos de 50 e 100mg.	- Evidencia: *Fluoxetina: síndromes dolorosas crônicas (FM).	- Tolerabilidade maior do que tricíclicos - Ajuste de dose em insuficiência hepática e renal (paroxetina).
	Paroxetina	- Dose: 20-60 mg/dia 1x ao dia.	*Citalopram: neuropatia diabética.	- Escitalopram: risco de aumento do intervalo QT.

		- Apresentação: comprimidos de 10, 15, 20, 25, 30 e 40mg.	*Escitalopram: dor lombar crônica.	
	Citalopram	- Dose: 20-40 mg/dia 1x ao dia. - Apresentação: comprimidos 20 e 40mg.		
	Escitalopram	- Dose: 10-20 mg/dia 1x ao dia. - Apresentação: comprimidos 10, 15 e 20mg; solução oral de 20mg/ml.		
INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DE DOPAMINA- NOREPINEFRINA Inibição receptação DO/NE – bloqueia a receptação de dopamina e fraco inibidor de noradrenalina e serotonina.	Bupropiona	- Dose: 150-300mg de 1-2x ao dia. - Apresentação: comprimido de 50mg.	- Depressão associado a desordens dolorosas crônicas (difusas e neuropáticas). - Tabagismo (dependência)	- Efeitos colaterais: vertigem, tremores, boca seca, ansiedade, insônia, perda de peso e convulsões (altas doses). Interação com inibidores da MAO. - Ajuste de dose em insuficiência hepática e renal.
INIBIDORES ESPECÍFICOS DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA- NOREPINEFRINA Inibição receptação NE/5-HT nas sinapses.	Duloxetina	- Dose: 60-120mg/dia divididos 1-2x ao dia. - Apresentação: capsula de liberação prolongada 30 e 60mg.	- Depressão, transtorno de ansiedade associado a desordens dolorosas crônicas (difusas e neuropáticas).	- Efeitos colaterais: Náuseas, sedação, vertigem, boca seca, constipação, insônia, ataxia, HAS e taquicardia. Interação com inibidores da MAO. - Contra indicações: glaucoma - Ajuste de dose em insuficiência renal.
	Venlafaxina	- Dose: 37,5-375mg/dia divididos 1-2x ao dia. - Apresentação: capsulas de 37.5, 75 e 150 mg.	- Depressão, transtorno de ansiedade e de pânico associado a desordens dolorosas crônicas (difusas	- Efeitos colaterais: cefaleia, náuseas, sudorese, hipertensão e convulsões. Interação com inibidores da MAO.

	Desvenlafaxina	<p>- Dose: 50-200mg/dia divididos 1-2x ao dia.</p> <p>- Apresentação: comprimido de liberação prolongada de 50 e 100mg.</p>	e neuropáticas).	- Ajuste de dose em insuficiência hepática e renal.
<p>MODULADORES DE SEROTONINA</p> <p>Modulador de 5-HT – antagonista de receptores pós-sinápticos levando a aumento da neurotransmissão da serotonina.</p>	Trazodona	<p>- Dose: 50-600mg/dia divididos 3x ao dia.</p> <p>- Apresentação: comprimidos de 50, 100 e 150mg.</p>	- Depressão, transtorno de ansiedade e insônia associado a desordens dolorosas crônicas (difusas e neuropáticas).	<p>- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, enxaqueca, confusão arritmias, priapismo, hipotensão ortostática e disfunção erétil. Interação com inibidores da MAO.</p> <p>- Contra indicações: IAM recente.</p> <p>- Ajuste de dose em insuficiência hepática e renal.</p>
<p>MODULADORES DE NOREPINEFRINA SEROTONINA</p> <p>Modulador de NE/5-HT – bloqueia receptores pré-sinápticos alfa-2-adrenérgicos, aumentando noradrenalina e serotonina nas sinapses.</p>	Mirtazapina	<p>- Dose: 15-45mg/dia 1 vez ao dia.</p> <p>- Apresentação: comprimidos de 15, 30 e 45mg.</p>	<p>- Depressão, transtorno de ansiedade e insônia associado a desordens dolorosas crônicas (difusas e neuropáticas).</p> <p>Também atua quadro de náuseas e cefaleias.</p>	<p>- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, hipotensão ortostática, mialgia/artralgia, edema periférico.</p> <p>Interação com inibidores da MAO.</p> <p>- Ajuste de dose em insuficiência renal.</p>

Tabela 4 – Anticonvulsivantes usados nas desordens dolorosas crônicas

ANTICONVULSIVANTES				
Medicamento	Principal mecanismo de ação	Dose e Apresentação	Indicações	Observações
Gabapentina	Bloqueio dos canais de cálcio, por meio de ligação a subunidade alfa-2-delta.	- Dose: 300-3.600mg/dia divididos a cada 6 a 8 horas. - Apresentação: cápsulas de 300 e 400 mg.	- Dores difusas e neuropáticas.	- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, vertigem, fadiga, boca seca e ganho de peso. - Ajuste de dose em nefropatas.
Pregabalina	Bloqueio dos canais de cálcio, por meio de ligação a subunidade alfa-2-delta.	- Dose: 75-600mg/dia divididos a cada 12 horas. - Apresentação: cápsulas de 25, 50, 75, 100, 150, 200, 225 e 300mg.	- Dores difusas e neuropáticas associadas à insônia, fadiga e transtorno de ansiedade.	- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, vertigem, fadiga, boca seca e ganho de peso. - Ajuste de dose em nefropatas. - Melhor biodisponibilidade, menor efeitos colaterais e atinge efeito analgésico em menor tempo comparado a gabapentina.
Carbamazepina	Aumento transmissão GABA potencializando efeitos pós-sinápticos, bloqueia canais de sódio voltagem-dependentes e diminuem a transmissão pré-sináptica.	- Dose: 200-1.200mg/dia divididos a cada 8 horas. - Apresentação: comprimidos de 200 e 400 mg; suspensão oral de 20 mg/mL.	- Dor neuropática de diversas etiologias e distúrbios afetivos bipolares. - Padrão ouro na neuralgia do trigêmeo.	- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, tremor, ataxia, diplopia, comprometimento da função mental e motora. Pode causar neurotoxicidade (acompanhar níveis séricos), leucopenia, anemia aplásica e hepatotoxicidade.
Lamotrigina	Aumento transmissão GABA pela atividade GABAérgica e bloqueio dos canais de sódio voltagem-dependentes e de cálcio.	-Dose: 50-400mg/dia divididos a cada 12 horas. - Apresentação: comprimidos de 25, 50 e 100mg.	- Dor neuropática refratária a outros tratamentos, como nos casos da neuralgia do trigêmeo, na neuropatia por HIV e na dor central pós-AVC.	- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, vertigem, ataxia, irritabilidade, alterações gastrointestinais e erupções cutâneas graves (risco de Stevens-Johnson em 10% dos pacientes).
Topiramato	Aumento transmissão GABA pelo bloqueio dos canais de sódio	- Dose: 25-400mg/dia divididos a cada 12 horas. - Apresentação:	- Profilaxia da enxaqueca. - Dores difusas e	- Efeitos colaterais: náuseas, sonolência, vertigem, ataxia, fadiga, alteração na

	voltagem-dependentes e de cálcio, bloqueio dos receptores AMP e ácido caínico.	comprimidos de 25, 50 e 100mg; capsulas de 15 e 25 mg.	neuropáticas refratária a outros tratamentos.	concentração e raciocínio, perda de peso e parestesia. - Ajuste de dose em nefropatas. -Também pode causar nefrolitíase, acidose metabólica e alcalose respiratória (inibidor fraco da isoenzima da anidrase carbonica).
Ácido Valproico	Aumento concentração de GABA por reduzir seu metabolismo ao inibir GABAtransferase, canais de sódio voltagem-dependentes e canais de cálcio.	- Dose: 250-750mg/dia divididos a cada 8 a 12 horas (máxima de 60 mg/kg/dia). - Apresentação: cápsulas ou comprimidos de 250 mg; comprimidos de 500 mg; solução oral ou xarope de 50 mg/mL.	- Dor neuropática refratária a outros tratamentos.	- Efeitos colaterais: náuseas, vertigem, fraqueza, fadiga, confusão mental, alterações visuais, dores abdominais, ganho de peso e perda de cabelo. Hepatotoxidade.

Tabela 5 – Opioides usados nas desordens dolorosas crônicas

OPIOIDES				
Medicamento	Principal mecanismo de ação	Dose e Apresentação	Indicações	Observações
Codeína (opioide fraco)	Agonista μ	- Dose: 30-60mg a cada 4 a 6 horas (máximo de 3.600mg/dia). - Apresentação: solução oral de 3 mg/mL frasco com 120 mL; comprimidos de 30 e 60 mg.	Dor moderada refratária a analgésicos/AINEs	- Efeitos colaterais: náuseas, prurido, constipação, euforia, sedação e retenção urinária. Também pode causar hipotensão, comprometimento funções mentais e dependência. - Usar com cautela em idosos, hepatopatas, nefropatas,
Tramadol (opioide fraco)	Agonista μ *Inibidor fraco NE/5-HT	- Dose: 37,5-100mg a cada 4 a 6 horas. - Apresentação: capsulas 50 e 100mg; comprimidos 100 e 300mg; solução oral de 100mg/mL.	Dor moderada a intensa refratária a analgésicos/AINEs	hipotireoidismo, insuficiência adrenal, estenose uretral, hipertensão craniana, arritmias cardíacas, asma, DPOC, condições que predisõem a depressão respiratória. *Codeína: antitussígeno e constipante. Efeito analgésico comprometido na deficiência CYP2D6
Morfina (opioide forte)	Agonista μ	- Dose: 10-30mg a cada 4 horas. - Apresentação: solução oral de 10 mg/mL frasco com 60 mL; comprimidos de 10 e 30 mg; cápsulas de liberação controlada de 30, 60 e 100 mg.	Dor intensa refratária a analgésicos/AINEs e opióide fraco	*Tramadol: boca seca irritabilidade, cefaleia, tontura, sudorese, taquicardia. Redução limiar de convulsão. Interação com inibidores da MAO. Ajuste de dose em insuficiência hepática ou renal. *Morfina: Não existe dose teto, porém efeitos colaterais incontrolláveis característico dos opioides. Interação com inibidores da MAO. Ajuste da dose em insuficiência renal.
Metadona (opioide forte)	Agonista μ e delta *Inibidor fraco NE/5-HT	- Dose: 5-20mg a cada 6 a 12 horas (máximo de 40mg/dia). - Apresentação: comprimidos de 5 e 10 mg.	Dor intensa refratária a analgésicos/AINEs e opióide fraco	*Metadona: Cerca de 3x mais potente que a morfina. Interação medicamentosa, com aumento do intervalo QT.

ANEXO A - Ambulatório de Dor Musculoesquelética - HUCAM/UFES/EBSERH

() Primeira Consulta () Retorno () Interconsulta () Urgência

I - IDENTIFICAÇÃO

Estado Civil: casado/união estável () solteiro () Divorciado () viúvo ()

Ocupação:

Afastado do trabalho: não sim Quanto tempo?

Observações/ encaminhado por:

- **Hipóteses Diagnósticas**

- **Comorbidades**

- **Medicações em uso:**

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| () AMITRIPTILINA | () AINES |
| () NORTRIPTILINA | () ANALGÉSICOS SIMPLES |
| () DULOXETINA | () FLUOXETINA |
| () VENLAFAXINA | () CITALOPRAM |
| () DESVENLAFAXINA | () SERTRALINA |
| | () PAROXETINA |
| () PREGABALINA | () ESCITALOPRAM |
| () GABAPENTINA | |
| () CARBAMAZEPINA | () CORTICOSTERÓIDES |
| () TOPIRAMATO | () ZOPLICONE |
| () TROPISETRONA | () ZOLPIDEM |
| () TRAZODONA | () CLONAZEPAM |
| () CICLOBENZAPRINA | () ALPRAZOLAN |
| () TIZANIDINA | () PRAMIPEXOLE |

Outros Medicamentos:

Alergia a algum medicamento ?Qual ?

II - Queixa e Duração:

III - ANAMNESE DIRIGIDA:

A. Localização da Dor: dor regional (), cefaléia (), orofacial – ATM (), cintura escapular (), col.cervical (), col. Torácica (), col. Lombar (), sacral (), quadril (), dor pélvica (), dor genital (), joelho (), pé (), dor miofascial (), dor difusa ().

E: esquerdo D: direito A: ambos

- Tempo de dor: anos/ meses.
- Duração da dor: contínua (sim)(não) , crises (sim)(não)
- Irradiada: referida:
- Características (queimação, choque, pontada, aperto, peso, formigamento),
- Fatores de melhora:
- Fatores de piora:

B. Intensidade da Dor (EVA): mostrar linha para paciente marcar(linha com 10 cm e duas âncoras: sem dor e dor insuportável).

0.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|10

C. Pontos de dores Miofasciais:

Suspeita de fibromialgia? Não Sim (diagnóstico)

Índice de dor generalizada					
Marque com X as áreas onde teve dor nos últimos 7 meses					
Área	Sim	Não	Área	Sim	Não
Mandíbula esquerda			Mandíbula direita		
Ombro esquerdo			Ombro direito		
Braço esquerdo			Braço direito		
Antebraço esquerdo			Antebraço direito		
Quadril esquerdo			Quadril direito		
Coxa esquerda			Coxa direita		
Perna esquerda			Perna direita		
Cervical			Dorso		
Tórax			Lombar		
Abdome			Total de áreas dolorosas		

Escala de Severidade dos Sintomas				
Marque a intensidade dos sintomas, conforme você esta sentindo nos últimos 7 dias				
(0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave)				
Fadiga (cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
Sono não reparador (acordar cansado)	0	1	2	3
Sintomas cognitivos (dificuldade de memória, concentração, ect.)	0	1	2	3

Escala de Severidade dos Sintomas		
Marque a intensidade dos sintomas, conforme você esta sentindo nos últimos 6 meses (0 = ausente, 1 = presente)		
Cefaleia	0	1
Dores ou cólicas abdominais	0	1
Depressão	0	1

Suspeita de neuropática? Não Sim (preencher questionário DN4)

IV - ISDA:

- Hábito Intestinal:
- Sono: ()Reparador ()Não Reparador
- Presença de náusea ou vômito: ()Sim ()Não
- Apetite: ()Preservado ()Aumentado ()Reduzido
- Fadiga: ()Sim ()Não
- Humor:()Preservado ()Deprimido
- Ansiedade: ()Presente ()Ausente
- Atividade Física:()Regular ()Irregular ()Sedentário
- Dificuldade de Memória (dificuldade para lembrar nomes, onde deixou objetos – ex. chaves etc): Presente () Ausente ()
- Dificuldade de Concentração (Se perde nas etapas de tarefas simples – ex. fazer café, lê a mesma frase mais de uma vez, esquece o que estava indo fazer com frequencia): Presente () Ausente ()

V - Exame Físico

Peso

FR

Altura

Mucosas

PA

TCSC:

FC

Posição antálgica: sim/não

- Tórax e abdome:
- Exame Físico Musculoesquelético: Tender Points:
- Laségue:
- Reflexos:

- Atrofia Muscular: () não () sim
- Força Muscular
- Marcha

VI. Avaliação Funcional

- 1- sem alteração/normal;
- 2- discretamente comprometida, sem interferir com a qualidade de vida;
- 3- moderadamente comprometido, interferindo nas atividades instrumentais da vida diária;
- 4- bastante comprometido, interferindo nas atividades básicas da via diária;
- 5- impedimento do exercício das atividades básicas da vida diária.

VII. Resultado(s) de exame(s) laboratorial(is) e/ou imagem:

VIII. Hipótese(s) diagnóstica(s)

IX. CONDUTAS:

1. Terapia Medicamentosa:
2. Bloqueio(s) Farmacológicos:
3. Fisioterapia: () analgésica () motora () dessensibilização () outra () não
4. Psicoterapia: () sim () não
5. Exercícios físicos:

X. Planos:

ANEXO B – ESCALA DE DOR LANNS

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.

- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor.

Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente

ANEXO C - QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA DN4

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número.

ENTREVISTA COM O PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

- 1 – Queimação () SIM () NÃO
- 2 – Sensação de frio dolorosa () SIM () NÃO
- 3 – Choque elétrico () SIM () NÃO

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

- 4 – Formigamento () SIM () NÃO
- 5 – Alfinetada e agulhada () SIM () NÃO
- 6 – Adormecimento () SIM () NÃO
- 7 – Coceira () SIM () NÃO

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

- 8 – Hipoestesia ao toque () SIM () NÃO
- 9 – Hipoestesia à picada de agulha () SIM () NÃO

Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:

- 10 – Escovação () SIM () NÃO

Escore Dor nociceptiva (<4) () Dor neuropática (>=4) ()

ANEXO D – ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA – WPI

Índice de dor generalizada					
Marque com X as áreas onde teve dor nos últimos 7 meses					
Área	Sim	Não	Área	Sim	Não
Mandíbula esquerda			Mandíbula direita		
Ombro esquerdo			Ombro direito		
Braço esquerdo			Braço direito		
Antebraço esquerdo			Antebraço direito		
Quadril esquerdo			Quadril direito		
Coxa esquerda			Coxa direita		
Perna esquerda			Perna direita		
Cervical			Dorso		
Tórax			Lombar		
Abdome			Total de áreas dolorosas		

ANEXO E – ESCALA DE SEVERIDADE DOS SINTOMAS

Escala de Severidade dos Sintomas				
Marque a intensidade dos sintomas, conforme você esta sentindo nos últimos 7 dias (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave)				
Fadiga (cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
Sono não reparador (acordar cansado)	0	1	2	3
Sintomas cognitivos (dificuldade de memória, concentração, ect.)	0	1	2	3

Escala de Severidade dos Sintomas		
Marque a intensidade dos sintomas, conforme você esta sentindo nos últimos 6 meses (0 = ausente, 1 = presente)		
Cefaleia	0	1
Dores ou cólicas abdominais	0	1
Depressão	0	1