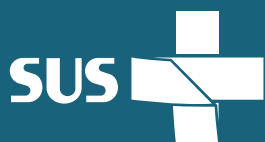


Secretaria Municipal da Saúde

Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas da Dor Crônica
nos Centros de Referência
em Dor Crônica do Município
de São Paulo



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PREFEITO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Luiz Carlos Zamarco

SECRETÁRIO ADJUNTO

Maurício Serpa

CHEFE DE GABINETE

Roberto Carlos Rossato

**SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA,
ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Sandra Maria Sabino Fonseca

COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Giselle Cacherik

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Lucia Helena de Azevedo

SECRETÁRIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Marilande Marcolin

COORDENADORIA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Flavia Maria Porto Terzian

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Janice Olivia Galvane
Celso Galhardo Monteiro
Louise Jimenez Berndt
Fernando Aparecido da Silva
Helena Della Torre dos Santos Galiriari
Nidia Martinelli
Valeria Yukari Nakamura
Adalberto Kiochi Aguemí
Renata Rodriguez Imparato
Mariana Cabral
Ricardo Ghelman
Caio Portella

DIAGRAMAÇÃO E EDIÇÃO

Jonathan da Silva Aparecido Muniz (ASCOM)
Marcos Vinicius Lopes Cotrim Negreiros (ASCOM)

Outubro de 2023

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA	8
3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10).	9
4. DIAGNÓSTICO	10
5. TRATAMENTO	22
6. MONITORAMENTO	49
7. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR	49
8. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE	50
9. REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou que lembra a sensação causada por uma lesão tecidual real ou potencial¹. O conceito de dor é construído por cada indivíduo, influenciado por fatores biopsicossociais, com base nas experiências dolorosas. Assim, o relato algíco deve ser valorizado pelos profissionais de saúde, independentemente da capacidade do indivíduo de se comunicar verbalmente¹. A aversão à dor faz com que o indivíduo evite situações em que será exposto a dano físico – mecanismo de preservação da vida. Na dor aguda, esse mecanismo pode evitar o agravamento de uma lesão recente, no entanto, na dor crônica esse mecanismo pode reduzir cada vez mais as atividades diárias da pessoa e limitar os contatos sociais, influenciando negativamente na sua qualidade de vida, com prejuízos para sua saúde².

Há três mecanismos biológicos implicados na dor, o nociceptivo, neuropático e nociplástico. Estes, frequentemente coexistem, o que por vezes culmina na denominação de “dor mista”³⁻⁵. Nocicepção, do latim “ferir”, é o processo neural de codificação de um estímulo que lesiona ou ameaça causar lesão tecidual¹. A dor pelo mecanismo nociceptivo é a mais frequente e ocorre principalmente nas terminações livres dos nervos nociceptivos, dispostas como uma rede de fibras finas presentes em diversos tecidos do corpo. Quando existe lesão celular, são liberados mediadores inflamatórios como bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos e substância P, que estimulam vasodilatação, edema e dor. Estímulos repetidos levam a alterações no nociceptor e a sua sensibilização, o que diminui o limiar de dor⁶.

A sensibilização facilita a responsividade de neurônios nociceptivos aos estímulos, que podem ocorrer na forma de hiperalgesia e alodinia. Hiperalgesia é um aumento da resposta a um estímulo normalmente doloroso, e alodinia é a dor ocasionada por um estímulo que normalmente não causa dor⁷. A sensibilização pode ser periférica ou central, podendo a central ser medular (segmentar) ou supra medular (suprassegmentar). Uma série de alterações perpetua este ciclo inflamatório⁷.

A dor pode ser classificada em neuropática durante a anamnese. Instrumentos, como Mc Gill permitem identificar características de dor neuropática (exemplo: queimação, pontada, choque). Dor neuropática é aquela decorrente de “lesão ou doença” do sistema nervoso somatossensitivo. Para que a dor seja classificada como neuropática, é necessário que haja manifestações clínicas neurológicas compatíveis e a

sua comprovação por meio de exames complementares⁷. Dor nociplástica (de “plasticidade”, ou adaptação) é definida em termos de uma “nocicepção alterada”, em que os tecidos envolvidos se encontram sensibilizados. Essa dor ocorre mesmo que não haja evidência de lesão real ou ameaça que ative nociceptores periféricos ou de doença ou lesão do sistema somatossensório. A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta³. Também é possível apresentar uma combinação de dor nociplástica e nociceptiva, nociplásticas, motoras e psicossociais.

A dor crônica pode ser considerada uma condição ou doença crônica não transmissível (DCNT)⁸⁻¹⁰, mantida por más adaptações. A dor crônica pode ser primária (quando não se conhece a causa) ou secundária (quando é consequência de alguma doença conhecida)¹¹. Embora existam controvérsias quanto ao ponto de corte e à associação com outros parâmetros para definir dor crônica¹²⁻¹⁴, o presente PCDT opta pela definição de dor crônica como aquela superior a três meses, independentemente do grau de recorrência, intensidade, e implicações funcionais ou psicossociais; porém, recomenda a avaliação destes fatores nos cuidados à pessoa com dor crônica.

Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas ou membros inferiores. Um estudo realizado em capitais brasileiras mostrou prevalências de 77% para dor na coluna; 50%, no joelho; 36%, no ombro; 28%, no tornozelo; 23%, nas mãos e 21%, na cervical²⁸.

Em 2017, a lombalgia foi a principal causa de anos perdidos por incapacidade entre adultos de 50 a 69 anos de idade; cefaleia, a segunda; e outras desordens musculoesqueléticas³⁸. Em 2019, dor lombar e cefaleia se mostraram bastante prevalentes entre as causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade, respectivamente, a sétima e nona causas³⁹. Resultados semelhantes são vistos em todo o mundo^{40, 41}. O estigma e a negligência relacionados à dor crônica também a destacam entre as demais DCNT⁴²⁻⁴⁴.

Os relatos de dor são muito frequentes e podem ser altamente incapacitantes. Dessa forma, o presente PCDT visa a estabelecer as bases para o diagnóstico e tratamento da dor crônica, bem como estratégias de prevenção de agravos e iatrogenias decorrentes desta condição. A identificação da doença em seu estágio inicial dá à Atenção Primária à Saúde um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos indivíduos.

Entre as DCNT, a dor crônica é uma das mais prevalentes¹⁵⁻¹⁷ e que causam

maior limitação ao paciente^{18, 19} e custo aos sistemas de saúde²⁰⁻²³. Estudos populacionais em adultos no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5%²⁴⁻²⁷.

Os custos econômicos e sociais da dor crônica musculoesquelética são altos^{29, 30}, possivelmente ultrapassando os custos dispendidos a pessoas com diabetes, cardiopatias e câncer^{31, 32}. Dores musculoesqueléticas são o problema de saúde mais frequente na população entre 15 e 64 anos^{33, 34}, constituindo a principal causa de aposentadoria precoce^{34, 35}, a segunda causa de tratamento de longo prazo³⁶ e a principal causa de incapacidade em grupos dessa faixa etária³⁷.

Esse Protocolo tem como público profissionais da saúde que atuem na assistência direta a indivíduos com dor crônica visando a padronização da oferta de cuidado aos pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. METODOLOGIA

O processo de desenvolvimento deste PCDT seguiu recomendações da Diretriz Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde⁴⁵, que preconiza o uso do sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para a classificação da qualidade da informação ou o grau de certeza dos resultados disponíveis na literatura em quatro categorias (muito baixo, baixo, moderado e alto)⁴⁶.

Durante a definição do escopo do PCDT, sete perguntas de pesquisa foram definidas. Para cada uma delas, as evidências disponíveis na literatura foi avaliada por meio de revisão sistemática, avaliação econômica e de impacto orçamentário, tendo em vista que se objetivava a sua incorporação no SUS. Todas as tecnologias em saúde priorizadas foram avaliadas pelo Plenário da Conitec, que emitiu recomendação, a qual foi ratificada pelo Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos.

Tomando como base este documento e atendendo a solicitação do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), um grupo de trabalho formado por Assessoria da Atenção Especializada da Secretaria Executiva da Atenção Básica e Vigilância Sanitária, Coordenação de Saúde Integrativa da Coordenação da Atenção Básica, Assessoria Técnica da Assistência Farmacêutica, Assessores Técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde da SMS-SP e Pesquisadores na Área de Dor do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) elaboraram este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, adequando-o às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo e sua rede de Assistência à Saúde.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

3.1 R52. 1 Dor crônica intratável

3.2 R52. 2 Outra dor crônica

Especificamente para o uso do medicamento naproxeno, devem ser considerados os seguintes códigos da CID-10, conforme Portaria SCTIE/MS nº 53/2017:

- a) M16 Coxartrose artrose do quadril;
- b) M16. 0 Coxartrose primária bilateral;
- c) M16. 1 Outras coxartroses primárias;
- d) M16. 4 Coxartrose bilateral pós-traumática;
- e) M16. 5 Outras coxartroses pós-traumáticas;
- f) M16. 6 Outras coxartroses secundárias bilaterais;
- g) M16. 7 Outras coxartroses secundárias;
- h) M16. 9 Coxartrose não especificada;
- i) M17 Gonartrose (artrose do joelho);
- j) M17. 0 Gonartrose primária bilateral;
- k) M17. 1 Outras gonartroses primárias;
- l) M17. 2 Gonartrose pós-traumática bilateral;
- m) M17. 3 Outras gonartroses pós-traumática;
- n) M17. 4 Outras gonartroses secundárias bilaterais;
- o) M17. 5 Outras gonartroses secundárias e
- p) M17. 9 Gonartrose não especificada

Nota: Conforme a Portaria SCTIE/MS nº 53, de 23 de novembro de 2017, o naproxeno teve seu uso ampliado para osteoartrite de quadril e joelho no âmbito do SUS. Nesse sentido, este Protocolo preconiza o uso desse medicamento apenas para estas condições, observando-se os códigos da CID-10 presentes no Relatório de Recomendação nº 298, de agosto de 2017.

4. DIAGNÓSTICO

Por meio da anamnese e do exame físico, é possível entender e classificar a dor que a pessoa apresenta, tornando viável elencar as possíveis doenças e condições clínicas que a levaram à dor crônica. Quando necessário, deve-se proceder com os exames complementares indicados para a confirmação diagnóstica^{47, 48}.

4.1 Anamnese

Durante a anamnese, é possível conhecer a história clínica do indivíduo. A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na melhora ou piora da dor, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para o correto diagnóstico^{49, 50}. A abordagem centrada no indivíduo assume um papel fundamental para a compreensão do quadro clínico e do contexto em que ele está inserido. Nas diversas etapas da avaliação, sentimentos, ideias, funções e expectativas do indivíduo devem ser consideradas⁵¹.

4.2 Duração da dor

O tempo de duração da dor é uma informação importante para avaliar se está ocorrendo um processo mal adaptativo. A dor aguda fisiológica deve melhorar espontaneamente quando a lesão tecidual estiver cicatrizada. Entretanto, a dor que permanece após a cicatrização do tecido é considerada uma doença e o tempo para a resolução da dor varia dependendo da gravidade da lesão. Há outras situações, nas quais a causa da dor não está relacionada a cicatrização do tecido, mas no funcionamento do sistema fisiológico. Considera-se dor crônica aquela que ultrapassa três meses de duração⁵²⁻⁵⁵.

4.3 Localização da dor

A adequada localização da dor auxilia na compreensão da fisiopatologia e na identificação das estruturas comprometidas. Por exemplo, as dores nociceptivas podem ser localizadas ou referidas a distância, enquanto as dores neuropáticas comumente irradiam pelo trajeto de um nervo. Já a dor nociplástica se manifesta de forma difusa na fibromialgia. Diagramas

corporais podem ser utilizados para documentar o local e a magnitude da dor (Apêndice 2)⁵⁶⁻⁵⁸.

Instrumentos multidimensionais validados, como Inventário Breve de Dor e o Questionário de McGill permitem a localização da dor pelo próprio indivíduo. Em um diagrama corporal, o indivíduo irá fazer um X no local de dor.

4.4 Histórico da dor

Avaliar a história pregressa e atual do paciente é importante para conhecer os possíveis fatores desencadeantes e perpetuantes da dor, como⁵⁹⁻⁶¹:

- a) Traumatismos e cirurgias;
- b) Ergonomia das atividades diárias, atividades esportivas e lazer;
- c) Qualidade e duração do sono, frequência de despertares noturnos, bruxismo, posição de dormir, materiais e tempo de uso do colchão e do travesseiro;
- d) Dependência química, como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas ilícitas;
- e) Resultados aos tratamentos prévios;
- f) Estressores psicossociais;
- g) Ganhos secundários e litígios; e.
- h) Expectativas do paciente sobre o tratamento e as suas crenças sobre a sua dor.

4.5 Intensidade da dor

A avaliação da intensidade da dor pode ser feita por meio de escalas, que auxiliam no registro da evolução e no planejamento do tratamento^{62,63}. Descritores verbais de dor e escala de medida parecem ser preferíveis em idosos⁶⁴, comparada à tradicional escala visual analógica (EVA). Os descritores verbais da dor permitem que o paciente forneça e indique as características da dor (nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, maior dor ou pior dor imaginável) e são de extrema importância para o diagnóstico e acompanhamento do quadro^{55,65,66}. Instrumentos validados estão disponíveis para indivíduos de todas as idades e com diferentes habilidades mentais, como as escalas de faces⁶⁷⁻⁶⁹. A Escala Numérica Verbal é considerada padrão ouro para avaliação da intensidade da dor; entretanto, não é representada por imagem, pois é verbal.

4.6 Características da dor

A forma com que o paciente descreve verbalmente a dor indica suas características e são de extrema importância para o diagnóstico⁷⁰⁻⁷². Queixas de queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada sugerem dor neuropática. Sensação frequente de peso, tensão e dolorimento pode decorrer de afecções de origem nociceptiva. Já queimação, pressão, peso e tensão podem sugerir dor nociplástica⁶⁹.

Tabela 1. Tipos de dor e características da dor⁷⁰⁻⁷².

TIPO DE DOR	CARACTERÍSTICA DA DOR	EXEMPLOS
<p>Nociceptiva</p> <p>Acomete os nociceptores das estruturas lesionadas.</p>	<p>Dor profunda, em peso, pontada, aperto, latejamento, tensão, dolorimento, queimação.</p>	<p>Dores musculoesqueléticas em geral, como a dor lombar ou cervical mecânicas, tendinopatias, osteoartrite; dor miofascial; algumas cefaleias e dores viscerais; insuficiência vascular periférica, metástases ósseas, amputação, compressão tumoral e outras dores causadas por estímulo aos nociceptores.</p>
<p>Neuropática</p> <p>Acomete a área de inervação da estrutura nervosa atingida (nervo, tronco ou plexo).</p>	<p>Dor superficial, em queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada.</p>	<p>Neuropatia diabética, neuropatia herpéticas, neuropatia por hanseníase, neuralgia do trigêmeo, doenças desmielinizantes como a esclerose múltipla, trauma medular, dor pós Acidente Vascular Cerebral (AVC), radiculopatia cervical ou lombar, trauma, compressão, amputação, Síndrome de Guillain-Barre, Doença de Parkinson, quimioterapia, compressão tumoral de um nervo.</p>
<p>Nociplástica</p> <p>Hipersensibilidade em tecido não lesionado.</p>	<p>Sensação de peso, tensão e dolorimento.</p>	<p>Dor crônica generalizada (por exemplo, fibromialgia), síndrome de dor regional complexa, síndrome do intestino irritável e outras desordens viscerais; dor musculoesquelética primária crônica, como a dor lombar não específica e crônica.</p>

A inflamação neurogênica é aquela causada pela liberação de neuropeptídeos pelas terminações livres de nervos nociceptivos a partir de estímulos a caminho da periferia, ao invés da medula, disparando potenciais de ação a todo o dermatomo, miótomo e esclerótomo de sua abrangência (Reflexo de Raiz Dorsal / Dorsal Root Reflex)⁷³. São liberados mastócitos e neuropeptídeos que estimulam vasodilatação, com surgimento de calor, rubor e edema na região; além disso, estimulam as placas motoras e, portanto, a contração nociddefensiva e a dor miofascial⁷⁴.

Dor miofascial, por sua vez, é aquela relacionada ao ponto-gatilho (PG) miofascial, definido como “um foco hiperirritável de um músculo estriado,

associado a uma nodulação palpável hipersensível em uma banda tensa muscular”, capaz de gerar dor ou outros sintomas à distância, caracterizando a síndrome de dor miofascial (SDM). O PG corresponde a um foco de intensa contração muscular de alguns grupos de fibras, e a banda tensa, às fibras tensionadas. A percepção da dor e de outros sintomas à distância, em regiões relativamente bem mapeadas para cada PG, parece ocorrer por conexões medulares facilitadas^{75,76}.

O estresse emocional aumenta a tensão muscular, podendo também levar à síndrome da dor miofascial e à hiperatividade vegetativa com aumento da sensibilidade dos receptores da dor. Esse pode ser um importante fator perpetuante da dor crônica⁶. Pessoas com comorbidades psicopatológicas como ansiedade e depressão, podem apresentar um comportamento focado na dor.

A osteoartrite (OA), uma doença de caráter inflamatório e degenerativo das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, causa dor, incapacidade física e redução da qualidade de vida, levando a limitação funcional, comprometendo a capacidade laboral. A OA é a forma mais comum de doença articular, e afeta principalmente quadris, joelhos, mãos e pés, levando a grande incapacidade e perda da qualidade de vida, na população^{77,78}. Sugere-se diagnosticar OA de joelho clinicamente, através de anamnese e exame físico se o paciente tem dor relacionada à atividade habitual ou rigidez no joelho (Material Suplementar 1). E para OA de quadril coletar histórico e realizar exame físico em todos os pacientes que relatem dor ou rigidez matinal da articulação do quadril com ênfase no exame musculoesquelético.

Inicialmente, recomenda-se diferenciar a dor nociceptiva da dor neuropática com a aplicação do questionário DN4 e a escala de LANSS que estão descritos no Apêndice 2^{73,75}. Muitas vezes, os mecanismos nociplástico e nociceptivo coexistem e se retroalimentam, podendo mascarar o diagnóstico principal¹. Assim, as características da dor e seus mecanismos de ação devem ser avaliados a fim de determinar as estruturas acometidas e as hipóteses diagnósticas.

4.7 Padrão da dor

Classicamente, a dor pode ser diferenciada em dois padrões: mecânico ou inflamatório. A dor mecânica intensifica-se ao longo do dia com a realização de atividades de sobrecarga articular e melhora com repouso e pode ser observada nos quadros de dor causada pela deterioração dos discos intervertebrais (espondilose), nas lombalgias mecânicas, na osteoartrite fora do período de agudização e na dor miofascial, entre outras⁷⁹. Já pessoas com dor inflamatória relatam dor mais intensa pela manhã, com rigidez articular matinal de uma hora ou mais, que diminui durante o dia com as atividades. Essa dor piora novamente à noite, com o repouso, podendo afetar o sono da pessoa. A articulação pode apresentar edema com hipertrofia da membrana sinovial. A dor inflamatória ocorre em doenças como: artrite reumatoide, artrite séptica, espondilite, gota, osteoartrite em períodos de crise, neuropatia diabética ou infecciosa⁸⁰⁻⁸³.

4.8 Periodicidade da dor

A avaliação da periodicidade da dor é importante para identificar padrões de comportamento ou atividades que possam estar relacionados à sua ocorrência^{61,84}.

A dor pela manhã, logo ao acordar, tem como uma das principais causas o modo como a pessoa dorme. Por isso, é importante avaliar a posição de dormir, o travesseiro, o travesseiro de corpo e o colchão. A posição ideal é o decúbito lateral do lado contrário da dor, utilizando um travesseiro de corpo e um travesseiro do pescoço que tenham consistência mais firme para não ocorrer a inclinação cervical durante o sono⁸⁴.

A dor no fim da tarde muitas vezes tem correlação com a sobrecarga mecânica durante o dia. Longos períodos na mesma posição fazendo a mesma atividade acabam sobrecarregando a musculatura utilizada e costumam ser uma importante fonte de dor⁸⁴.

A dor noturna é motivo de maior preocupação. Quando a pessoa acorda com frequência devido à dor e necessita levantar-se para obter melhora, deve-se suspeitar de dor inflamatória ou dor oncológica. Entretanto, relatos de despertar devido à dor ao mudar de posição ou ao deitar-se sobre lado acometido não caracterizam essa suspeita⁸⁴.

4.9 Fatores de melhora e piora da dor

Fatores atenuantes ou agravantes da dor incluem não somente os fisiológicos, mas também socioeconômicos, genéticos, psicológicos, culturais, entre outros. Os mecanismos que resultam em melhora ou piora da dor ainda não são completamente elucidados⁸⁵⁻⁸⁷; portanto, a avaliação desses fatores de forma individualizada pode auxiliar tanto no diagnóstico quanto no tratamento, portanto, o relato da pessoa deve ser valorizado^{61,63,84}.

4.10 Antecedentes pessoais

A avaliação dos antecedentes pessoais pode auxiliar da detecção de fatores etiológicos e perpetuantes da dor, assim como restrições ao tratamento devido ao uso de medicamentos e às doenças pré-existentes. Devem ser investigados de forma rotineira os seguintes hábitos ou atividades do paciente^{61, 84}:

- a) Atividades diárias: é primordial questionar sobre as atividades domésticas, profissionais e esportivas que desencadeiam dor a fim de identificar e corrigir movimentos e posturas desarmônicas. Além disso, o sedentarismo e a inatividade podem comprometer o condicionamento físico e agravar a sensação de dor;
- b) Hábitos alimentares: a alimentação inadequada pode gerar estados de fadiga, mialgia, dor difusa e pode facilitar a instalação de quadros infecciosos e metabólicos. As carências nutricionais podem ocasionar neuropatias centrais e periféricas, fadiga e até alterações cognitivas. Dietas muito restritivas, desnutrição e anorexia podem estar relacionadas à quadros de osteoporose, disfunções digestivas, enzimáticas e hormonais. A dieta também interfere na produção de mediadores inflamatórios envolvidos na sensibilização central⁸⁸⁻⁹⁰. A obesidade gera um estado inflamatório que contribui para a degeneração articular e está ligada a diversas alterações metabólicas e psicossociais que perpetuam o ciclo de dor;
- c) Hábitos intestinais: muitos estudos demonstram que a microbiota intestinal sintetiza diferentes mediadores envolvidos na sensibilização central e periférica, o que pode propiciar o desenvolvimento da dor crônica⁹¹. A diarreia e a dor abdominal crônica podem caracterizar doenças inflamatórias ou infecciosas intestinais, assim como constipação ou mudança recente no hábito intestinal podem indicar doença subjacente, como câncer intestinal ou síndrome do intestino irritável;

- d) Qualidade do sono: existe uma correlação importante entre distúrbios do sono e dor. Pessoas com dor crônica têm uma maior chance de apresentar sono de baixa qualidade, fragmentado, muitas vezes com insônia, apnéia do sono e síndrome das pernas inquietas^{92, 93}. Por este motivo, é importante perguntar sobre a qualidade do sono da pessoa com dor crônica;
- e) Transtornos do humor, como depressão e ansiedade possuem uma relação intrínseca com a dor^{61, 94}. Comumente, pacientes com dor crônica referem anedonia, diminuição do sono, perda de apetite, imobilismo, diminuição da energia, apatia, fadiga fácil, palpitações, sudorese, sentimentos de nervosismo, excitação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Pensamentos catastróficos podem ser recorrentes, piorando a sensação de incapacidade e a habilidade dos pacientes em lidar com a dor;
- f) Dependência química: deve-se observar o perfil de adição em indivíduos que já abusaram de substâncias lícitas e ilícitas para que o controle da dor seja feito de modo adequado;
- g) Histórico de intervenções e cirurgias: podem acarretar neuropatias traumáticas, dor miofascial, além de frustrações quando a expectativa do doente não é alcançada com o procedimento realizado; Sinais de alerta: febre, perda de peso e outros sintomas constitucionais devem ser valorizados e investigados, considerando as hipóteses de doenças metabólicas, neoplásicas, infecciosas, inflamatórias ou psiquiátricas.

4.11 Antecedentes familiares

O histórico familiar auxilia na suspeita de doenças desencadeantes e perpetuantes das dores crônicas, além de poder ajudar a equipe de saúde a propor ações para prevenir as condições que o indivíduo tem maior chance de desenvolver. As doenças mais importantes a serem questionadas são: fibromialgia, câncer, doenças genéticas, osteoporose com fraturas, distúrbios neurológicos, doenças musculoesqueléticas, doenças reumatológicas e síndrome metabólica⁸⁴.

4.12 Exame físico

O exame físico da pessoa com dor crônica deve seguir a rotina propedêutica de inspeção, palpação, marcha, testes especiais, além do exame neurológico. O exame torna-se mais complexo quando há muito sofrimento e pode

estar comprometido quando há ganho secundário ou nas psicopatias. O examinador deve buscar as reações espontâneas do paciente e evitar induzir respostas^{71,84}.

4.13 Exame físico musculoesquelético

A análise estática e dinâmica de estruturas axiais, dos membros superiores e inferiores, das articulações e dos movimentos articulares possibilita a identificação das assimetrias segmentares da cintura pélvica, escapular, membros superiores (MMSS) ou membros inferiores (MMII), quanto às dimensões e deformidades. Diferença de mais de 1 cm de comprimento entre os membros são consideradas significativas e merecem avaliação cuidadosa⁸⁴.

É importante avaliar se a pessoa faz uso correto ou necessita de auxílio para marcha (bengala, andador), o que muitas vezes pode ser fator desencadeante e perpetuante para dor^{84,95}. O exame funcional do aparelho locomotor se baseia na avaliação dos indivíduos em diferentes posições: em pé, durante a marcha, sentado, deitado e nas situações que aliviam ou pioram a dor^{84,96}.

O exame da marcha nas pontas dos pés e no calcâneo pode avaliar a ocorrência de déficits motores ou anormalidades osteoarticulares. Encurtamentos, contraturas e a instabilidade articular podem ser percebidas em diferentes manobras. A síndrome dolorosa miofascial (SDM) pode ocasionar limitação dolorosa da amplitude articular.

No entanto, o agravamento da dor durante a movimentação das articulações pode denotar artropatias⁸⁴.

No exame físico articular à procura de doenças reumatológicas e inflamação aguda, deve-se observar se há sinovite com distensão da cápsula articular ou aumento da temperatura local. Ao se palpar uma articulação à procura de sinovite, a pressão exercida à procura de sinovite é aquela em que a ponta do dedo, abaixo da unha, fica esbranquiçada (4 kg/cm²). Ao se examinar uma articulação ativa e passivamente, dor à movimentação suave e passiva sugere origem articular; já a dor relatada à movimentação ativa e contra resistência, sugere sintoma de origem extra-articular. A ocorrência de crepitação da articulação pode sugerir um processo degenerativo articular ou ósseo, como na osteoartrite. Além disso, é importante examinar o paciente quanto à hiper mobilidade articular⁹⁷.

A palpação dos tendões e dos ligamentos pode revelar pontos dolorosos sugestivos de tendinopatias e entesopatias.

Durante a palpação dos músculos, é fundamental observar os sinais e as queixas de dor localizada ou referida, os espasmos musculares, as bandas tensas, os PG, a presença de sinal do pulo e de reação contrátil da banda tensa miofascial. A palpação deve ser realizada não apenas na área em que a dor é referida, mas também comparativamente na área contralateral⁸⁴.

Os PG ativados geram dor referida em outro local do corpo. A palpação e digitopressão dos músculos tensionados podem gerar dor à distância, o que é uma característica da dor miofascial^{75,76}. Alguns exemplos estão descritos a seguir:

- a) O trapézio superior, cujo PG pode gerar uma cefaléia tensional em região posterior do pavilhão auricular e em região temporal;
- b) O gastrocnêmio na panturrilha, que comumente gera dores miofasciais na parte posterior da perna e planta do pé de pessoas que permanecem na posição ortostática por longos períodos ou que usam calçados inadequados;
- c) O glúteo mínimo e seus PG, que se localizam entre o quadril e as cristas ilíacas posteriores, frequentemente geram dores referidas nas nádegas e região posterior de coxa e perna mimetizando, muitas vezes, cialgias.

Se houver suspeita de dor miofascial, o exame físico deve incluir o teste de força e de flexibilidade dos músculos envolvidos; e a palpação muscular em busca de PG^{75,76}.

4.14 Exame físico neurológico

O exame neurológico deve contemplar a avaliação da força, da sensibilidade e dos reflexos. Para avaliar os déficits musculares, devem-se testar os grupos musculares de maneira individualizada, graduando a força muscular de zero (ausência de contração) até cinco (normal) (Apêndice 2)^{71, 84,98}.

Na avaliação da sensibilidade tátil podem ser utilizados algodão, escova ou filetes de Von Frey. Para a avaliação de sensibilidade podem ser utilizados tubos que contêm água quente ou fria ou outros métodos com tal função (exemplo: algodão com álcool ou metal frio). A sensibilidade vibratória deve ser testada com diapasão de 128Hz. Já na avaliação da sensibilidade dolorosa podem ser usadas agulhas ou alfinetes. Devem ser avaliadas alterações

de sensibilidade, como: hiperestesia, hipoestesia, hiperalgesia, alodinia e hiperpatia^{71,84}.

Os reflexos cutâneos superficiais e miotáticos podem ser testados pela percussão digital ou com o martelo. Os reflexos cutâneo-plantares em extensão ou sinal de Babinski e a abolição dos reflexos cutâneos abdominais indicam lesão do sistema nervoso central (SNC). Reflexos profundos, como bicipital (C5-C6), tricipital (C6-C8), estiloradial (C5-C6), costo-abdominais (T6-L1), patelar (L2-L4), e aquilieu (L5-S2), devem ser verificados rotineiramente para avaliar neuropatias centrais ou periféricas⁸⁴.

As lesões do sistema nervoso periférico caracterizam-se pela perda de destreza, déficit da força muscular, amiotrofia, fasciculações, hipotonia muscular, hiporreflexia ou arreflexia (síndrome do neurônio motor inferior). As alterações motoras e sensitivas podem distribuir-se com padrão radicular, plexular, troncular ou polineuropático. Pode-se avaliar também a presença do Sinal de Tinel, caracterizado como sensação de choque ou parestesia à percussão ao longo de estrutura nervosa lesada⁸⁴.

Afecções compressivas radiculares ou medulares costumam piorar durante tosse, espirro, manobra de Valsalva e ortostatismo, e tendem a melhorar durante o decúbito⁸⁴.

4.15 Questionários e escalas

Além dos questionários para avaliação da qualidade e da intensidade da dor, outras ferramentas podem ser utilizadas para avaliar o impacto do fenômeno algico nos diferentes domínios da vida do indivíduo.

4.15.1 Questionários de incapacidade funcional

Os instrumentos de incapacidade funcional avaliam qual o grau de limitação funcional ocasionado pela dor nas tarefas diárias das pessoas. Existem alguns questionários para avaliação de dores específicas, como para lombalgia o Oswestry Disability Questionnaire^{99,100} (Apêndice 2) e para mensurar incapacidade, o Roland Morris Disability Questionnaire^{101,102}.

4.15.2 Questionários de qualidade de vida

A dor crônica impacta negativamente diferentes dimensões da vida, resultando em pior qualidade de vida desses pacientes quando comparado à população geral^{103,104}. Segundo a OMS, a qualidade de vida deve ser avaliada com base em oito grandes domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Para se avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), podem ser utilizados os instrumentos propostos pela OMS. Os instrumentos genéricos mais utilizados em todo o mundo, com tradução e adaptação cultural em vários países, são o The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), o 20-Item Short Form Survey (SF-20), o Sickness Impact Profile (SIP), o The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100 e WHOQOL-bref)⁷¹.

Especificamente para o Brasil, foram conduzidos estudos de validação para o SF-36, o DQ5D, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref. Para este protocolo a Secretaria Municipal da Saúde recomenda a utilização do instrumento WHOQOL-bref.

4.16 Exames complementares

Os exames complementares têm sido amplamente utilizados para investigar a dor crônica. Entretanto, muitas alterações imagenológicas não têm relação direta com o mecanismo da dor. Os exames devem ser indicados de acordo com critérios clínicos^{61,84}.

Os exames de sangue contribuem para a detecção de possíveis disfunções, como as condições inflamatórias, metabólicas e ou infecciosas^{84, 97}. O hemograma avalia o estado global do paciente, se há anemia, alguma infecção ou inflamação. Alterações em exames de função renal e função hepática podem sugerir cautela no uso de medicamentos. Marcadores inflamatórios e autoimunes podem estar alterados nas dores por doenças reumatológicas.

Entre os exames que podem ser solicitados quando houver indicação estão: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, uréia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide,

eletroforese de proteínas, T3, T4 livre, TSH, função hepática, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase. Em alguns casos, as sorologias para hepatite B completa e hepatite C, HIV e sífilis podem ser solicitadas. Se houver história pessoal de má absorção, alcoolismo crônico, desnutrição ou anemia, os exames séricos para dosagem de ferro, ferritina, transferrina, ácido fólico e vitaminas B12 são necessários.

O uso rotineiro de exames laboratoriais ou análise do líquido sinovial para diagnosticar a OA de joelho não é recomendado (Material Suplementar 1), porém sugere-se a realização de diagnóstico diferencial da OA de joelho nas doenças reumáticas, lesões tumorais e eventualmente em um trauma do joelho. Além disso, os exames laboratoriais não são recomendados para o diagnóstico da OA de quadril, embora possam ser solicitados para diagnóstico diferencial de OA de quadril ou adicional de outras patologias quando o paciente apresenta dor ou rigidez da articulação com rápida piora destes sintomas, juntamente com os “sinais de alerta”.

O exame de eletroforese de proteínas pode ser realizado para avaliar o estado nutricional do paciente e sugerir afecções inflamatórias (gamopatia policlonal) e neoplásicas (pico monoclonal)^{84,105}.

Já o exame de urina é importante para o diagnóstico de infecção urinária ou leucorréia. Proteinúria ou hematuria pode apontar para o diagnóstico de doenças sistêmicas, como síndrome nefrótica. O exame de fezes pode indicar presença de agentes parasitários ou infecciosos. A pesquisa de sangue oculto nas fezes pode ser útil com doentes que estejam usando cronicamente anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), corticosteroides ou nos casos de afecções gastrintestinais⁸⁴.

A radiografia óssea auxilia na avaliação e no seguimento de fraturas, artrites, desalinhamentos, deformidades ósseas, tumores, entre outros^{61,84}. Além disso, auxilia na exclusão de fatores de risco físico importantes no cuidado dos pacientes com dor crônica⁴⁸. Sugere-se o uso da radiografia Antero-Posterior e perfil em apoio bipodal para auxiliar o diagnóstico de OA do joelho e quadril.

A ultrassonografia avalia tecidos moles e auxilia no diagnóstico de afecções musculoligamentares, tendinopatias, tenossinovites, sequelas de rupturas musculares e pode auxiliar na detecção de doença inflamatória em atividade. Os fisioterapeutas podem considerar o uso de ultrassom terapêutico, se disponível na rede local de saúde, para redução da dor e melhora na funcionalidade em pacientes com osteoartrite de joelho. Mas não é recomendado para confirmação de diagnóstico ou tratamento da OA

de quadril.

A tomografia computadorizada avalia especialmente o tecido ósseo. A ressonância magnética (RM) é um dos exames que melhor avalia estruturas ósseas e tecidos moles (encéfalo, medula espinal, articulações)^{61,84}. Não se recomenda o uso de RM para a confirmação de diagnóstico ou gerenciamento do tratamento da OA de joelho e quadril.

A eletroneuromiografia (ENMG) possibilita diagnosticar neuropatias periféricas sensitivas e motoras, especialmente as decorrentes de acometimento de fibras grossas e as miopatias. Com esse recurso, é possível diagnosticar a localização e a natureza axonal ou desmielinizante da lesão⁸⁴.

A densitometria óssea avalia a massa óssea e é empregada no acompanhamento de casos de osteopenia e osteoporose⁸⁴. A cintilografia óssea é indicada para avaliar a condição geral do esqueleto e identificar tumores, doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas ou traumáticas. Baseia-se na distribuição e fixação de isótopos radioativos que se ligam aos sítios de atividade lítica ou reparadora óssea ou onde a perfusão vascular é elevada⁸⁴.

4.17 Classificação da dor crônica

Após utilizar a abordagem conceitual e diagnóstica adequada, podemos reunir as informações necessárias para formular hipóteses diagnósticas. Nesse sentido, na mais recente proposta de classificação da dor crônica pela International Association for the Study of Pain (IASP) em 2019 que será base para a formulações dos próximos diagnósticos em dor pelo CID-11, foram introduzidos os termos: dor crônica primária e dor crônica secundária³.

5. TRATAMENTO

O tratamento da dor crônica tem como objetivo reduzir o sofrimento do paciente e, ao mesmo tempo, promover melhorias na qualidade de vida e na funcionalidade do indivíduo.

Um olhar realista que explore a doença e a experiência da pessoa com a doença, que incorpore a prevenção e a promoção em saúde, buscando um projeto comum de cuidado entre profissional de saúde e paciente pode

aumentar a satisfação das pessoas envolvidas, garantir melhor adesão ao plano de tratamento e reduzir os sintomas de forma significativa.

Considerando a complexidade do fenômeno algico, um único tratamento não é suficiente para produzir todos esses efeitos. De fato, as evidências científicas mostram que múltiplas abordagens produzem efeitos mais significativos na redução da dor e na melhora da capacidade funcional. Assim, o plano de gerenciamento da dor deve contemplar medidas medicamentosas e não medicamentosas para maior sucesso do tratamento¹⁰⁶.

O planejamento do cuidado do indivíduo com dor crônica deve ser um processo participativo e colaborativo entre os profissionais da saúde e o paciente, priorizando o cuidado centrado na pessoa. É de fundamental importância que se conheçam as expectativas dos pacientes em relação ao tratamento, e que se definam metas realistas, deixando claro que, muitas vezes, não será possível eliminar a dor completamente, mas sim reduzi-la a níveis aceitáveis que promovam o aumento de sua autonomia e funcionalidade¹⁰⁷.

O desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular pode ajudar a estabelecer metas de curto, médio e longo prazo para o tratamento da dor. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário¹⁸⁸.

O desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular pode ajudar a estabelecer metas de curto, médio e longo prazo para o tratamento da dor. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário¹⁹⁰.

É necessário buscar continuamente a causa da dor e, ao mesmo tempo, ofertar apoio integral e multiprofissional ao indivíduo, acionando as redes de atenção à saúde do SUS quando necessário⁶. Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde considerem as comorbidades do paciente quando da elaboração de um plano de tratamento da dor.

5.1 Tratamento não medicamentoso

Técnicas para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, emocionais e comportamentais, que oferecem ao paciente um senso de controle da situação e estimulam a responsabilidade e participação no tratamento.

Intervenções não medicamentosas são reconhecidamente uma abordagem relevante no tratamento da dor crônica. Além do cuidado centrado no paciente, a indicação do tratamento não medicamentoso deve considerar: 1) utilização dessas intervenções em contexto multimodal ao invés de protocolos baseados em qualquer uma delas de forma exclusiva, quando possível; 2) ênfase à participação ativa do paciente no cuidado, usando a menor proporção possível de intervenções passivas e estimulando o autocuidado da condição; 3) estímulo às mudanças comportamentais que favorecem um estilo de vida mais saudável; 4) necessidades, preferências e valores do paciente em questão¹⁰⁸.

5.2 Programas educativos como intervenção e fonte de informação

O programa educativo compreende as interações entre os profissionais de saúde e pacientes ou atividades destinadas a tranquilizar, informar e estimular comportamentos e condições de vida mais saudáveis¹⁰⁹. Essas atividades e interações, individuais ou em grupos, visam a propiciar e consolidar uma base de conhecimento para o paciente, a fim de ajudá-lo a compreender sua dor e orientá-lo para um autogerenciamento contínuo e eficaz. Dessa forma, o processo educativo do paciente deve prover respostas às dúvidas do indivíduo, dentro do seu contexto, empregando escuta ativa, comunicação efetiva, sendo livre de elementos que possam piorar a sensação de dor ou que contenham informações conflitantes com aquelas consolidadas pela boa evidência científica, além de propiciar a tomada de decisão compartilhada. As ações de educação para pacientes com dor crônica devem, portanto, ser empreendidas em todos os níveis de atenção à saúde¹¹⁰.

O processo educativo do paciente com dor crônica deve conter elementos que: (1) o prepare e encoraje para o autocuidado, visto que a condição implica em cuidado de longo prazo e o autocuidado possibilita reduzir os custos sobre o sistema de saúde e (2) informe e tranquilize o paciente sobre sua condição e o tratamento, incluindo elementos sobre o prognóstico e

fatores psicossociais envolvidos, trazendo para o paciente a ótica de que o problema da dor crônica está em um contexto mais amplo e não exclusivamente biológico-estrutural¹¹⁰.

Há um número considerável de estudos enfatizando a importância da educação individualizada. No entanto, também são encorajados os modelos coletivos, como aqueles ofertados na atenção primária à saúde, em grupos de interesses relativamente homogêneos, nos quais se pactuam os compromissos, tópicos dos encontros e se partilham experiências pessoais no manejo da dor crônica. Embora exista uma lista de conteúdos que podem ser abordados¹¹¹, usar um modelo de diálogo, com oportunidades para o paciente expor suas dúvidas, refletir sobre suas experiências prévias, expectativas, interpretações e novos conhecimentos, tem se estabelecido como uma tendência, no lugar de conteúdos apresentados como aulas ou palestras. Dentre os aspectos a serem abordados com os pacientes estão: conceitos de dor e sua finalidade; fisiologia da dor; características e diferenças entre dores agudas e crônicas; diferença entre lesão e dor, e suas relações; atuação do sistema nervoso na percepção da dor; como controlar a dor¹¹².

5.3 Atividade física, condicionamento físico e exercícios terapêuticos (cinesioterapia)

Atividade física é qualquer movimento que produza gasto de energia acima dos níveis de repouso. Quando é planejada e estruturada com o objetivo de melhorar ou manter os componentes físicos, como a estrutura muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, esta é denominada condicionamento ou exercício físico. Dessa forma, todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico¹¹³.

Exercícios terapêuticos ou cinesioterapia são exercícios físicos que atendem a objetivos específicos a depender do quadro clínico do paciente. Em geral, os benefícios dos exercícios terapêuticos nos pacientes com dor crônica vão além daqueles esperados para os sistemas osteomioarticular e cardiovascular e incluem os efeitos neuroendócrinos e a plasticidade do SNC¹¹⁴.

Estudos sugerem que a inclusão de exercícios terapêuticos e prática regular de atividade física/práticas corporais reduzem a dor e melhoram a qualidade de vida de pacientes com dor crônica, se comparado ao cuidado usual apenas¹¹⁵.

Pacientes com OA de joelho devem ser encaminhados à fisioterapia, tão logo se estabeleça o diagnóstico, como parte do tratamento conservador. O fisioterapeuta pode avaliar e orientar os pacientes com OA de joelho e quadril quanto à possibilidade de realização fisioterapia aquática (hidroterapia), quando disponível a modalidade na rede local.

Exercícios aeróbicos podem resultar em melhora da funcionalidade e da resistência, e do controle da neuropatia, quando há diabetes como comorbidade. Eles podem ser indicados para pacientes com dor crônica persistente de intensidade moderada a grave, principalmente em indivíduos com dores em região de coluna, dor miofascial, fibromialgia ou osteoartrite de membros inferiores. Pessoas com doenças cardíacas ou com fatores de risco para estas doenças devem ser avaliadas pelo médico antes de iniciar um programa de exercícios vigorosos¹⁰⁷.

Cabe destacar que um grupo especial de pacientes com dor crônica pode experimentar dificuldades para se engajar nos programas mais tradicionais de exercícios terapêuticos ou atividade física, em geral, por apresentarem tanto uma redução dos mecanismos endógenos de controle da dor quanto pela presença de fatores psicossociais associados, como o medo da dor relacionada ao movimento. Nesses casos, há recomendações mais recentes do uso de técnicas de exposição gradual a exercícios físicos e atividades funcionais. Portanto, deve-se levar em consideração tanto a integridade do controle inibitório endógeno quanto as necessidades, habilidades e preferências do paciente na tomada de decisão sobre modalidades de atividades físicas ou protocolos de exercícios terapêuticos¹¹⁶.

Todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente com dor crônica devem incentivá-los a manter suas atividades habituais e práticas corporais tanto quanto possível, e a aderir e manter a prática de atividades físicas regulares adequadas. Essas recomendações aos pacientes devem incluir orientações sobre evitar o repouso absoluto, a menos que seja estritamente necessário como parte do tratamento, como por exemplo no período pós-operatório imediato, até o planejamento de estratégias de manutenção de níveis mínimos de atividade física regular como forma de manter os ganhos de protocolos terapêuticos prévios.

Adultos a partir de 18 anos sem limitações funcionais devem reduzir o tempo gasto de forma sedentária (especialmente sentado e deitado) por longos períodos e realizar, ao menos, 150 minutos de atividade física moderada em blocos de 10 minutos ou mais por semana. Pelo menos 75 minutos devem ser destinados a uma atividade física de moderada a vigorosa ou ainda

incluir, ao menos duas vezes por semana, alguma atividade que envolva sobrecarga para ganho de massa muscular. Para idosos, as recomendações de nível de atividade são as mesmas dos adultos, adicionando-se exercícios de equilíbrio para auxiliar na prevenção de quedas e na manutenção das capacidades para realização das atividades diárias. Crianças e adolescentes devem realizar, ao menos, 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa para obter benefícios físicos, mentais e cognitivos. Recomenda-se ainda que este subgrupo reduza o comportamento sedentário, principalmente o tempo gasto em frente à televisão ou com outros dispositivos, como celulares, tablets e computadores^{117,118}.

Os indivíduos com dor crônica também devem receber orientações quanto à postura e ergonomia. A ocorrência de dor em determinados períodos do dia pode estar relacionada com a sobrecarga mecânica na musculatura utilizada, sendo essencial orientar os usuários a fazer intervalos e mudar de atividades de forma rotineira, podendo ser sugerido o uso de um despertador para lembrar-se da pausa, conforme a disponibilidade⁸⁴.

5.4 Agulhamento seco e compressão isquêmica de pontos gatilhos

Agulhamento seco, também chamado Dry Needling (sem uso de medicamentos), é uma técnica invasiva de agulhamento em que são utilizadas as mesmas agulhas da acupuntura (agulhas finas de monofilamento) inseridas de forma subcutânea em pontos específicos denominados Pontos Gatilhos Miofasciais (PGM), em músculos, ligamentos, tendões, fáscia subcutânea e tecido cicatricial com o objetivo de liberar/inativar esses pontos.

Apesar de utilizar as mesmas agulhas que a acupuntura essa técnica se baseia na neuroanatomia, neurofisiologia e no estudo do sistema nervoso e musculoesquelético; enquanto que na acupuntura são lastreadas as bases da medicina tradicional chinesa.

Nesse PDCT, o agulhamento seco se refere estritamente a um procedimento intramuscular envolvendo o tratamento isolado de PG miofasciais. Existem evidências de que o agulhamento seco é eficaz na redução de dor crônica em região lombar¹¹⁹⁻¹²¹ e em dores musculoesqueléticas¹²². Em região cervical e ombro, o agulhamento seco se mostrou eficaz na redução da dor quando comparado ao tratamento simulado (sham) ou ausência de tratamento em curto ou médio prazos¹²³. Embora alguns estudos sejam de baixa qualidade,

o agulhamento seco pode ser considerado como parte de um programa de controle da dor crônica.

A compressão isquêmica de PG miofasciais é outra opção terapêutica que pode ser considerada e envolve a digitopressão firme e sustentada no ponto com o músculo em uma posição totalmente alongada. A técnica de compressão isquêmica está associada a uma melhora no limiar de dor por pressão e redução da dor. Recomenda-se aplicar pressão sustentada na área ativa do PG por 10 a 20 segundos. O profissional sente uma redução da tensão local e o paciente frequentemente refere um desconforto, porém com alívio da dor. A pressão gradualmente aumenta à medida que a dor diminui. A terapia deve ser repetida de duas a três vezes por semana e a duração total dependerá da cronicidade da condição e da evolução clínica do indivíduo¹²⁴.

5.5 Recursos físicos

As modalidades de agente físico são geralmente entendidas como aquelas que produzem uma resposta terapêutica em tecidos moles por meio do uso de luz, água, som ou eletricidade. Elas podem incluir, mas não estão limitadas, o uso de fontes de aumento ou diminuição de temperatura (termoterapia), ondas de choque e ultrassom terapêutico, laser de baixa potência e dispositivos de estimulação elétrica transcutânea (TENS) - e estimulação elétrica para eletroacupuntura e auriculoterapia - para alívio de dor ou geração de contração muscular^{120, 125,126}.

Existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de modalidades físicas para o tratamento da dor crônica. A exceção é a laserterapia de baixa potência, que mostrou algum benefício em estudos maiores, como o alívio da dor e melhora da qualidade de vida¹²⁷⁻¹²⁹.

Entretanto, como a efetividade em mais de três meses após o tratamento é incerta e não há estudos de custo efetividade, o uso da laserterapia de baixa potência não é recomendado neste PCDT¹²⁰.

Revisões sistemáticas sobre técnicas como ultrassom terapêutico, ondas de choque, estimulação elétrica transcutânea, percutânea e transcranial e corrente interferencial indicam quantidade limitada de evidência para suas aplicações em pacientes com dor crônica primária, com resultados incertos após três meses de tratamento. Portanto, nesse momento e diante da síntese da melhor evidência disponível, este Protocolo não recomenda essas técnicas para o tratamento de pacientes com dor crônica¹²⁰.

Pode-se considerar o uso de estimulação elétrica, se disponível na rede local de saúde, para redução da dor em pacientes com OA de joelho. Assim como o uso de dispositivos auxiliares (por exemplo, bengalas) como apoio ao tratamento principal para pessoas com OA de joelho que tenham problemas específicos em atividades de vida diária.

5.6 Terapia Manual

Terapia manual é definida como uma variedade de técnicas “hands-on” realizadas para melhorar a extensibilidade dos tecidos moles, aumentar a amplitude de movimento de complexos articulares, mobilizar ou manipular tecidos moles e articulações, induzir relaxamento, alterar a função muscular, modular a dor e reduzir edema dos tecidos moles, inflamação ou restrição de movimento. Essas técnicas podem incluir mover, passivamente ou associada à contração muscular, as articulações em direções específicas e em diferentes velocidades para recuperar o movimento (mobilização e manipulação das articulações), alongar a musculatura, realizar movimentos passivos da parte do corpo afetada ou fazer com que o paciente mova a parte do corpo contra a resistência do terapeuta para melhorar a ativação e controle muscular. Técnicas específicas aplicadas aos demais tecidos moles, como fáscias, também podem ser usadas para melhorar a mobilidade e a função de tecidos e músculos¹³⁰.

Em geral, existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de terapia manual para o tratamento da dor crônica. A maioria dos estudos se baseia em regiões específicas e avalia uma variedade de técnicas de diferentes intensidades de estresse mecânico aplicado aos tecidos (dor em pescoço ou lombar)¹³¹⁻¹³⁴. Embora os estudos apresentem baixa qualidade da evidência para os desfechos em relação à redução da dor e melhora da funcionalidade, a terapia manual deve ser considerada como uma opção de tratamento em um contexto multimodal^{61, 120, 135}.

5.7 Medicina Tradicional Chinesa

Acupuntura

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos, por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. Esta modalidade

terapêutica tem sido utilizada para o tratamento da dor crônica, com resultados positivos em redução de dor e melhora da qualidade de vida em até três meses. Em longo prazo, existem evidências de que os efeitos da acupuntura se mantêm por até um ano, nos casos de cefaleia, osteoartrite e dor musculoesquelética¹³⁶. Deste modo, a acupuntura pode ser considerada uma opção viável para o tratamento da dor crônica.

Orienta-se que o atendimento seja descontinuado caso o paciente não esteja experimentando uma melhora significativa já no primeiro mês de tratamento¹²⁰. Há uma variedade considerável entre os tipos de técnicas de acupuntura empregadas e, por isso, a escolha da forma de administração da acupuntura depende das necessidades de alívio de dor dos pacientes e da sua disponibilidade nos serviços de saúde da rede municipal¹²⁰.

Em pacientes adultos com OA de joelho e quadril, existem evidências insuficientes para recomendar a acupuntura na redução da dor ou melhora da função.

Revisões sistemáticas identificaram evidências para recomendar acupuntura para cefaleia^{189 192} e dor cervical¹⁹³.

Duas revisões sistemáticas de alto nível e uma de nível moderado identificaram a efetividade da acupuntura para tratar mialgia¹⁹⁴.

Auriculoterapia

Técnica terapêutica que compartilha as mesmas bases teóricas da Medicina Tradicional Chinesa, um microssistema da acupuntura, que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos ou áreas reflexas localizados na orelha – onde todo o organismo se encontra representado como um microssistema. A acupuntura auricular (técnica realizada com agulhas) estimula as zonas neuro reativas por meio de agulhas isoladas ou conectadas a um eletroestimulador, esferas de aço, ouro, prata, plástico ou sementes de mostarda (Semen Brassica juncea L.) ou vacaria (Semen Vaccariae), previamente preparadas para esse fim. Tem origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas²¹⁰.

Uma revisão sistemática de moderado nível de evidência identificou a efetividade da auriculoterapia para alívio da dor, cefaleia e diminuição do consumo de analgésicos¹⁹⁵.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da auriculoterapia para dor lombar¹⁹⁶.

Uma revisão sistemática de moderado nível de evidência identificou a efetividade da auriculoterapia para dor cervical e dor lombar¹⁹⁷.

Uma revisão sistemática de moderado nível de evidência e duas de alto nível identificaram a efetividade da auriculoterapia para alívio da dor¹⁹⁸.

Moxabustão

Técnica terapêutica que consiste no aquecimento dos pontos de acupuntura, áreas do corpo e/ou extensão de meridianos através da queima de ervas específicas, sendo a mais comum a Artemísia (Artemisia vulgaris), bastões de carvão ou através da utilização de específico aparelho elétrico (moxa elétrica) ou aquecendo extrato de Artemísia colocado nos locais citados. As ervas utilizadas podem ser usadas de forma isolada ou composta, de forma direta ou indireta (com anteparos como gengibre ou alho), utilizando-se de suportes como caixas de madeiras ou suportes de silicone, entre outras formas de apresentação, segundo as bases diagnósticas e terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa^{210 216}.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da moxabustão no alívio da dor lombar junto com outros tratamentos¹⁹⁹.

Reflexologia

Prática terapêutica baseada na teoria dos microssistemas e na premissa de que existem pontos e áreas reflexas que espelham partes do corpo – glândulas, órgãos, sistemas em áreas periféricas menores, pés, mãos, orelhas e face - para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento²¹⁰.

Utiliza o ato físico de aplicar diferentes quantidades de pressão, pontual ou em deslizamento, usando os polegares, os dedos e mãos com o objetivo de promover mudanças fisiológicas no corpo, redução do estresse, relaxamento, alívio da dor e equilíbrio corporal.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da reflexologia para melhorar qualidade do sono²¹⁴.

Tai Chi Chuan

Tai Chi Chuan ou, como mais conhecido no ocidente, Tai Chi, é pertencente à cultura tradicional chinesa e embora faça parte do ramo das artes marciais, internas, é praticado para fins gerais de saúde, concentração, meditação e condicionamento físico.

Consiste de uma sequência definida de movimentos metodicamente lentos, suaves e tranquilos, interligados, circulares e de alongamento, acompanhados por uma respiração rítmica, lenta e profunda, elaborados para o relaxamento, o equilíbrio entre a psique e o corpo, a manutenção e restauro da saúde, melhorar a mobilidade e flexibilidade, a concentração, a agilidade mental e o estado meditativo²¹⁰.

Revisões sistemáticas de alto e moderado nível de evidência identificaram a efetividade do Tai Chi para alívio da dor, artrite reumatoide, cefaléia, dor articular, dor lombar, melhora da função física e osteoartrite²⁰¹.

Ventosaterapia

Técnica integrante da racionalidade médica da Medicina Tradicional Chinesa que se utiliza de recipientes em formato de copos feitos de vidro, plástico ou acrílico, que aderem sobre a superfície do corpo através da criação de uma pressão negativa criada pelo fogo ou com um equipamento apropriado.

Essa região específica pode ser um ou vários pontos de acupuntura, então a técnica é chamada de ventosa fixa, na qual podem ser usadas apenas as ventosas ou ventosas associadas a agulhas de acupuntura. A ventosa pode ser usada também sobre áreas do corpo, trajeto dos meridianos principais, meridianos tendinomusculares ou áreas cutâneas, pertencentes aos meridianos principais, de forma ativa, técnica chamada de ventosa deslizante. Além de poder ser associada à sangria de determinado ponto ou pontos de acupuntura ou mesmo determinada área do corpo²¹⁰.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da ventosaterapia para melhora da capacidade funcional e dor crônica²⁰⁸.

Uma revisão sistemática de nível moderado de evidência identificou a efetividade da ventosaterapia para melhora da dor cervical e dor lombar²⁰⁹.

Imposição de mãos

Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. O Reiki utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental²¹⁰.

Uma revisão sistemática sugere que o reiki tem efeitos para dor, ansiedade e stress quando comparado com placebo²¹¹.

5.8 Fitoterapia

A fitoterapia, como terapêutica, caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal²¹⁰.

Dentre os fitoterápicos identificados para o tratamento da dor, destacaram-se os seguintes resultados de revisões sistemáticas de alto nível de evidência:

- a) Aloe vera para dor facial²⁰⁴
- b) Curcuma longa para dor articular e osteoartrite²⁰⁵ e
- c) Harpagophytum procumbens (Garra do diabo), Zingiber officinale e Salix daphnoides para osteoartrite²⁰⁵.

*Observação: Informamos que na REMUME temos disponível apenas o Harpagophytum procumbens.

5.9 Meditação

Prática individual ou coletiva que envolve um método autoaplicado, com um procedimento técnico bem definido, utilizando algum tipo de habilidade de autofoco, pretendendo alcançar o relaxamento da lógica e o relaxamento muscular.

É um exercício auto induzido de atenção que visa em suma não criar expectativas sobre o processo, não julgar o processo e a si mesmo, não analisar e não se envolver no fluxo de pensamentos promovendo alterações na mente favoráveis para a saúde^{215 216}.

Prática mental individual ou coletiva que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior²¹⁰.

Revisões sistemáticas de moderado nível de evidência identificaram a efetividade da meditação para promover alívio da dor, melhora da atenção plena, melhora da dor crônica, melhora da função física e qualidade de vida²⁰⁶.

5.10 Yoga

Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente associada à meditação²¹⁰.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da yoga para melhora da função física e rigidez articular, osteoartrite e qualidade de vida²⁰⁷.

Três revisões sistemáticas de alto nível de evidência identificaram a efetividade da yoga para melhora da dor lombar²⁰⁸.

Uma revisão sistemática de alto nível de evidência identificou a efetividade da yoga para diminuir consumo de analgésicos²⁰⁹.

Uma revisão sistemática de moderado nível de evidência identificou a efetividade da yoga para dor cervical²¹².

Três revisões sistemáticas de moderado nível de evidência identificaram a efetividade da yoga para tratar dor crônica²¹³.

5.11 Imposição de mãos

Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença. O Reiki utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental²¹⁰.

Uma revisão sistemática sugere que o reiki tem efeitos para dor, ansiedade e stress quando comparado com placebo²¹¹.

5.12 Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia comportamental e a educação em dor do paciente são formas de ajudar/ensinar o paciente a compreender que a dor não é apenas um fenômeno somático, mas também é influenciada por fatores psicológicos como percepção, atenção, pensamentos e sentimentos⁶. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) propõe que emoções e comportamentos não são influenciados somente por eventos e acontecimentos, mas pela forma que se percebe e atribui significados a determinadas situações.

Neste modelo, a pessoa se orienta em relação às suas vivências com base na sua matriz de esquemas. Um esquema é uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido. Por meio da matriz de esquemas, o indivíduo consegue se orientar em relação ao tempo e ao espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa. Esquemas primitivos mal-adaptativos podem se tornar extremamente duradouros. Neste modelo, o paciente aprende a avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente e a gerar pensamentos alternativos mais adaptativos. A partir daí, crenças subjacentes aos pensamentos automáticos são identificadas e desafiadas, como também distorções cognitivas¹³⁷.

Alguns estudos demonstram que crenças disfuncionais e pensamentos catastróficos contribuem para o aumento da intensidade dolorosa e que a crença no sucesso terapêutico leva o indivíduo a tolerar melhor a sua dor¹³⁸. Desse modo, fatores cognitivos e comportamentais podem exacerbar a dor e o sofrimento, além de contribuir para a incapacidade e mudanças nos estados de humor¹³⁹. A utilização de técnicas da abordagem cognitiva-comportamental em pacientes com dor crônica advém do fato que as crenças, atitudes, valores e comportamentos relacionados à dor são culturalmente adquiridos e podem ser modificados¹⁴⁰.

A TCC tem se mostrado eficaz para redução da dor e melhora da funcionalidade nos domínios social e ocupacional, com redução das incapacidades. Existem evidências de que essa abordagem também pode facilitar o retorno do indivíduo a suas atividades laborais e no desmame de opioides. Destemodo, a TCC pode ser aplicada no tratamento da dor crônica^{61,107}. A frequência e duração do tratamento dependerá das necessidades do indivíduo e da avaliação do profissional responsável. Caso não haja adesão ao tratamento, melhora comportamental ou comprometimento cognitivo, sugere-se interromper esta terapia¹⁰⁷.

5.13 Tratamento medicamentoso

Tratamentos medicamentosos, inseridos em uma abordagem multimodal, desempenham papel importante no controle da dor. A escolha do medicamento deve considerar a natureza da dor e, frequentemente, será necessário associar mais de uma classe medicamentosa para melhor controle algico. A combinação de diferentes medicamentos para o tratamento da dor permite que eles atuem de forma sinérgica, possibilitando a obtenção do maior benefício possível de cada medicamento, com doses mais baixas e

menor perfil de eventos adversos¹⁴⁵. Como a abordagem difere de acordo com o tipo de dor, os tratamentos serão apresentados de acordo com as classificações (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica e mista).

O tratamento medicamentoso preconizado neste Protocolo inclui aqueles medicamentos disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5.14 Dor nociceptiva

Dentre as alternativas medicamentosas, opioides e AINE(s) consistem no principal tratamento para dor crônica musculoesquelética. O uso de AINE(s) como Ibuprofeno está associado a melhoras modestas, porém consideráveis na intensidade da dor lombar e por osteoartrite quando comparado ao placebo^{135, 153-155}, sendo recomendado para estas indicações. Deve-se, entretanto, levar em consideração o risco de eventos adversos gastrointestinais e cardiovasculares quando da prescrição desta classe medicamentosa¹³⁵.

O uso do paracetamol está associado à redução da dor e melhora da funcionalidade em pacientes com osteoartrite de joelho e quadril. Seu uso pode ser associado a um AINE para que ocorra potencialização do efeito analgésico. Entretanto, devido ao aumento do risco de sangramento gastrointestinal, esta associação deve ser avaliada com cautela¹³⁵.

Opioides como codeína, morfina e metadona devem ser utilizados com parcimônia no tratamento da dor crônica não oncológica. Enquanto existem evidências robustas que suportem o uso desta classe medicamentosa em curto prazo em pacientes com dor crônica não oncológica, a eficácia e a segurança do uso prolongado são incertas¹⁵⁶⁻¹⁵⁸.

Medicamentos adjuvantes, como antidepressivos e anticonvulsivantes, não foram superiores ao placebo para o tratamento de dores musculoesqueléticas e dor lombar. Entretanto, em contextos em que há um componente de dor neuropática associada ou em casos em que existem componentes de sensibilização segmentar, pode-se considerar seu uso¹³⁵.

5.15 Osteoartrite de joelho e quadril

Orienta-se que o tratamento medicamentoso da OA de joelho e quadril se inicie com doses regulares de paracetamol de 500 mg, um a dois comprimidos de três a quatro vezes ao dia, não excedendo a 4 g de paracetamol

diariamente (conforme a bula do medicamento). Ainda como alternativa de primeira linha para o tratamento da dor, sugere-se a prescrição de dipirona na dose de 500 mg, um a dois comprimidos até quatro vezes ao dia (conforme a bula do medicamento); de acordo com a resposta terapêutica e preferência de cada paciente.

Não existe evidência suficiente para recomendar a prescrição de AINE tópico como tratamento da OA de joelho para pacientes com alto risco de ocorrência de eventos adversos gastrointestinais.

Sugere-se a substituição ou associação do AINE oral não seletivo ibuprofeno (400 mg com intervalo de 6 a 8 horas) quando o paracetamol ou a dipirona forem ineficazes ou insuficientes para o alívio da dor no paciente com OA de joelho e quadril (Material Suplementar 1 e 2), e caso estes pacientes apresentem risco de evento cardiovascular aconselha-se o uso de naproxeno (250 a 500 mg duas vezes ao dia) (Portaria SCTIE/MS nº 53, de 23 de novembro de 2017).

Orienta-se que a prescrição de AINE oral seja na menor dose individual efetiva durante o menor período possível para pacientes com OA de joelho e quadril e caso o seu uso se prolongue por mais de cinco dias em pacientes com história pregressa de eventos gastrointestinais, sugere-se o uso concomitante de omeprazol (cápsula de 10 mg ou 20 mg em jejum).

Para pacientes com OA de joelho e quadril que fazem uso contínuo de ácido acetilsalicílico em baixas doses recomenda-se considerar ou manter prescrição de paracetamol ou dipirona evitando prescrever um AINE (seletivo ou não seletivo).

O uso de sulfato de condroitina, glucosamina ou sua associação não é recomendada para tratar a dor ou melhorar a função na OA de joelho. Ainda, injeções intra-articulares de corticosteroides ou ácido hialurônico não são recomendadas para o controle da dor ou melhora da função em pacientes com OA de joelho e quadril.

5.16 Dor neuropática

O tratamento da dor neuropática envolve o uso de medicamentos adjuvantes analgésicos. Dentre os anticonvulsivantes, destaca-se a gabapentina para o tratamento da dor neuropática pós-herpética, neuropatia diabética, dor neuropática mista, assim como em pacientes com hanseníase. Nestes pacientes, o tratamento com gabapentina se mostrou superior ao placebo

para o alívio da dor^{135,159}. A carbamazepina pode ser considerada para o tratamento de neuralgia do trigêmeo e de dor neuropática de outras origens¹⁶⁰.

Alguns antidepressivos têm ação analgésica, como os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina (ISRSN). As evidências existentes atualmente são mais robustas para os ADT. Similarmente, os ADT são eficazes para o tratamento da dor neuropática decorrente de lesão de medula, neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética e dor pós acidente vascular encefálico (AVE)^{135,160,161}.

Conforme mencionado anteriormente, a prescrição de opioides deve ser feita com cautela para pacientes com dor crônica, incluindo dor neuropática¹⁶⁰. Uma revisão sistemática evidenciou que o uso de opioides resulta em redução de dor em curto prazo (4 a 12 semanas) para pacientes com neuralgia pós-herpética e neuropatias periféricas. Os efeitos em longo prazo, entretanto, são desconhecidos¹⁶². Similarmente, uma revisão sistemática, avaliando o uso da morfina para tratamento de dor neuropática, mostrou que embora os pacientes tenham apresentado redução significativa da dor, a evidência era de muito baixa qualidade, sendo considerada insuficiente para apoiar o uso da morfina para esta indicação¹⁶³. Portanto, caso seja necessário o uso de opióides (por exemplo, em caso de exacerbações de dor ou dor intratável), recomenda-se prescrever a menor dose efetiva, com avaliação regular de riscos e benefícios¹⁶⁴.

5.17 Dor nociplástica

As classes de medicamentos com mais evidências de eficácia incluem ADT (por exemplo, amitriptilina e nortriptilina) que se mostraram eficazes na melhora do sono e da dor; os ISRSN; e os gabapentinóides, como a gabapentina¹⁶⁵.

Como a fibromialgia é a principal condição associada a dor nociplástica, o uso de ADT, como a amitriptilina, promove reduções significativas da dor, melhora do sono e qualidade de vida relacionada à saúde. Por sua vez, os tratamentos com pregabalina e duloxetina não foram incorporados ao SUS para o tratamento da fibromialgia¹⁵¹⁻¹⁵².

Antiinflamatórios não esteroidais, paracetamol e opioides são menos efetivos para o controle da dor nociplástica, e o uso de opioides para pacientes com esse tipo de dor é desencorajado¹⁶⁶. A evidência que justifica o uso de relaxantes musculares para o controle da dor é incerta e limitada.

Revisão sistemática que avaliou o uso de relaxantes musculares não benzodiazepínicos evidenciou que essa classe de medicamentos é capaz de promover redução de dor, embora clinicamente insignificante¹⁶⁷. Não há clareza sobre o uso de relaxantes musculares para o tratamento da dor crônica, assim, seu uso não está recomendado neste PCDT^{6,168}.

Quando o quadro é associado a outras condições clínicas que geram estímulos algícos contínuos, como na osteoartrose, pode ser útil a administração de AINE e opioides fracos por curtos períodos para controle da dor⁶.

Frequentemente, os pacientes se beneficiam de duas ou três classes de medicamentos administrados em conjunto, enquanto outros pacientes necessitam de apenas uma classe⁶.

5.18 Dor mista

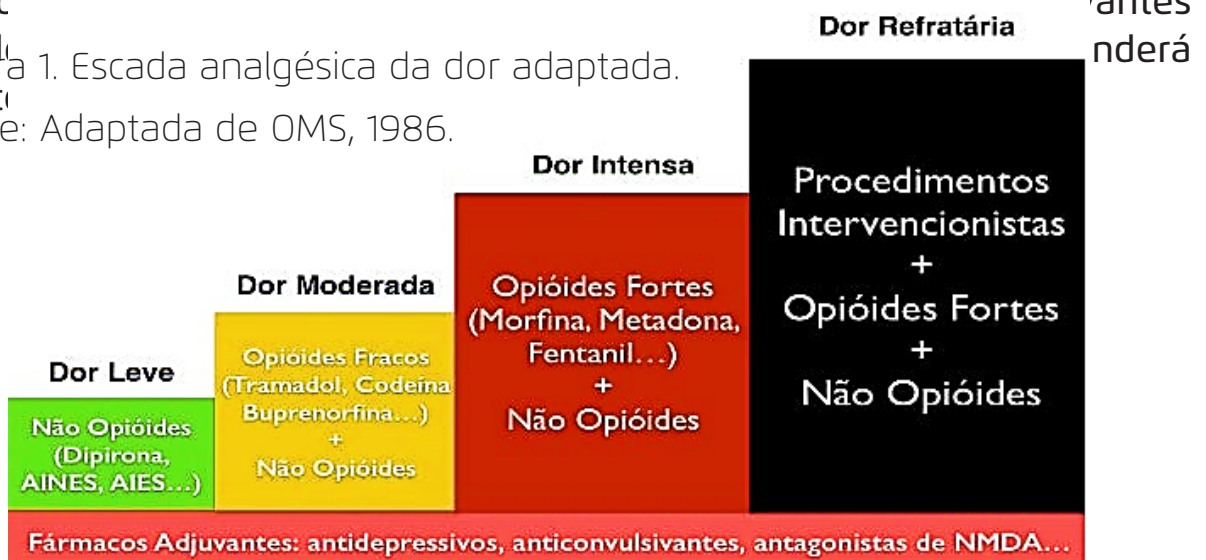
A dor mista pode envolver componentes de dor nociplástica, neuropática ou nociceptiva. Atualmente, não existem tratamentos definitivos para este tipo de dor e eles são brevemente abordados em estudos científicos¹⁶⁹⁻¹⁷¹. Entretanto, acredita-se que uma combinação de tratamentos seja necessária considerando as diferentes características de dor apresentadas¹⁷².

5.19 Dor Oncológica

Para pacientes oncológicos, o tratamento da dor tem como objetivo reduzi-la a níveis que permitam uma qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente¹⁷³. O tratamento da dor oncológica frequentemente segue as recomendações da OMS, por meio da escada analgésica da dor¹⁷⁴. Ela cc

Figura 1. Escada analgésica da dor adaptada.

Fonte: Adaptada de OMS, 1986.



O primeiro degrau da escada corresponde a indivíduos que apresentam dor leve. Nesse contexto, devem ser prescritos paracetamol ou AINE(s). Não há evidências conclusivas que favoreçam o uso de um AINE em detrimento de outro¹⁷⁶⁻¹⁷⁹.

O segundo degrau corresponde a pacientes que apresentam intensidade moderada de dor ou que não responderam ao tratamento proposto anteriormente. Deve-se priorizar o uso de opioides leves (codeína), em monoterapia ou associado aos medicamentos não-opioides elencados no primeiro degrau¹⁸⁰⁻¹⁸².

Já o terceiro degrau corresponde ao tratamento recomendado àqueles indivíduos que apresentam dor de forte intensidade ou que não responderam ao tratamento indicado no segundo degrau. Nesse contexto, opioides fortes, como morfina e metadona, são os pilares do tratamento. Eles podem ser prescritos isoladamente ou em combinação com não-opioides¹⁸⁰⁻¹⁸². Em pacientes com alto risco para sobredose (por exemplo, com histórico de abuso ou de overdose), deve-se considerar co-prescrição de naloxona¹⁸³. O tratamento deve iniciar com a prescrição de opioides de liberação imediata e, uma vez identificada a dose ideal para o paciente, pode-se considerar a prescrição de opioides de liberação prolongada^{180,181}. Todos os pacientes devem utilizar analgésicos em horários fixos, com prescrição de doses de resgate para o tratamento da dor episódica¹⁸⁰⁻¹⁸².

Adicionalmente a estes medicamentos, em qualquer degrau da escada analgésica pode ser considerado o uso de adjuvantes com intuito de potencializar a analgesia, permitindo a redução das doses de opioides e, conseqüentemente, de eventos adversos relacionados a ele¹⁸⁰.

Em caso de ausência de resposta ou eventos adversos não toleráveis, pode ser necessária a mudança (rotação) de opioides. Embora não tenha eficácia comprovada por meio de estudos clínicos, trata-se de uma prática amplamente empregada para promover melhorias no controle da dor. Deve-se, entretanto, fazer o cálculo de equivalência analgésica dos opioides^{180,181}. No caso da conversão morfina-metadona, a razão varia de 1:5 a 1:12 e deve considerar o tempo de meia-vida da metadona e variações individuais. Portanto, essa conversão deve ser feita somente por profissionais experientes¹⁸¹.

Independentemente do medicamento ou da combinação prescrita, é essencial a reavaliação regular para verificar a manutenção do efeito analgésico e se o controle da dor está sendo adequado. Caso o usuário não esteja se beneficiando do tratamento proposto após duas a quatro semanas de uso dos medicamentos em doses adequadas, é pouco provável que apresente resposta posteriormente. Assim, deve-se interromper o tratamento e buscar alternativas terapêuticas¹³⁵.

5.20 Uso adequado de opioides

Há discussões na literatura que apontam a possibilidade de que médicos e provedores de saúde receiem prescrever opioides por causa de seus eventos adversos, receio de que o paciente venha a desenvolver dependência, vício ou abuso (opiofobia). Entretanto, é necessário que pacientes com dor crônica de moderada a grave recebam a melhor terapia disponível. Ademais, os pacientes experimentam a dor de forma distinta e respondam à terapia de forma particular. A conduta terapêutica deve ser individualizada e pode envolver etapas, como a titulação da dose, ajustes e transição para uma prescrição racional e segura⁶¹.

O comportamento médico acerca de opioides já foi endereçado em alguns estudos. Por exemplo, um inquérito canadense investigou as percepções de médicos acerca das diretrizes para terapia com opioides e dor crônica não oncológica. Barreiras de implementação citadas pelos médicos foram: resistência dos pacientes (66%), barreiras financeiras ao tratamento não medicamentoso (63%) e indisponibilidade do tratamento não medicamentoso (63%). A maioria dos respondedores sentiu que aumentar a cobertura do tratamento de dor crônica por parte das seguradoras (60%) e a maior disponibilidade dos serviços de tratamento de dor crônica (55%) facilitariam a implementação das diretrizes clínicas. Os prescritores também solicitaram educação médica continuada sobre o cuidado de pacientes exigentes, resistentes ou que não aderiam ao uso crônico de opioides (58%) e instrução sobre outras opções disponíveis para o controle da dor crônica que não fossem os opioides (44%)¹⁸⁴.

A conduta deve ser individualizada, discutida entre médicos e pacientes. Além disso, cabe também a reflexão sobre a necessidade de educação continuada dos médicos acerca da prescrição segura, educação dos pacientes sobre os riscos de não usar corretamente esses medicamentos, com garantia do acesso a medidas medicamentosas e não medicamentosas para o controle da dor^{8,11,68}. Outras medidas possíveis para evitar o uso

abusivo desses medicamentos incluem métodos de controle de prescrição efetivos, particularmente em ambulatório, e o monitoramento de eventos adversos e de uso inadequado dos medicamentos¹⁵.

Destaca-se também o papel do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013 e atualmente estabelecido por meio da Portaria de Consolidação nº 5/2017, cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e para minimizar erros no uso de medicamentos.

5.21 Medicamentos e Disponibilidade no SUS

Para o manejo clínico-farmacológico dos pacientes com dor crônica deve-se considerar:

- a) Os medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos do Município de São Paulo – REMUME SP. A dispensação dos medicamentos ocorre nas farmácias municipais das unidades de saúde, mediante apresentação de receita médica e cartão SUS do paciente.
- b) Os medicamentos disponíveis no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (acima). A dispensação dos medicamentos ocorre nas Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 1. Medicamentos disponíveis no SUS

Medicamento	Dosagem/Forma farmacêutica	Disponibilidade no SUS		
		Farmácias Públicas Municipais	Farmácias Públicas Estaduais	
			CEAF*	Dose Certa
Ácido valpróico	250mg cápsula			X
Carbamazepina	200mg comprimido	X		
	20mg/mL suspensão oral	X		
Cloridrato de amitriptilina	25mg comprimido	X		X
Cloridrato de clomipramina	25mg comprimido	X		X
Cloridrato de metadona	5mg comprimido		X	
	10 mg comprimido		X	
	10mg/mL solução injetável		X	
Cloridrato de nortriptilina	25mg comprimido ou cápsula	X		X
Dipirona sódica	500mg comprimido	X		X
	500mg/mL solução oral	X		X
Fenitoína	100mg comprimido	X		X
Fosfato de codeína	30mg comprimido		X	
	60mg comprimido		X	
	30mg/mL solução injetável		X	
	3mg/mL solução oral		X	
Gabapentina	300mg cápsula		X	
	400mg cápsula		X	
Ibuprofeno	300mg comprimido	X		X
	50mg/mL suspensão oral	X		
Naproxeno**	250mg comprimido		X	
	500mg comprimido		X	
Omeprazol	20mg cápsula	X		X
Paracetamol	500mg comprimido	X		
	solução oral 200mg/mL	X		X
Sulfato de morfina	10mg comprimido		X	
	30mg comprimido		X	
	30mg cápsula de liberação prolongada		X	
	60mg cápsula de liberação prolongada		X	
	100mg cápsula de liberação prolongada		X	
	solução oral de 10mg/mL		X	
	solução injetável de 10mg/mL		X	
Valproato de sódio	500mg comprimido	X		
	solução oral 50mg/mL	X		

*CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

**Naproxeno 250mg e 500mg disponíveis no CEAF para as seguintes indicações:

- Artrite Psoriásica (M07.0, M07.2, M07.3);
- Artrite Reumatóide (M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8);
- Espondilite Ancilosante (M45, M46.8);
- Artrite idiopática juvenil (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9)
- Links de interesse:
 - [Relação Municipal de Medicamentos para a Rede Básica e Especialidades](#)
 - [Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#)
 - [Relação de Medicamentos das Unidades Farmácia Dose Certa](#)
 - [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica - Medicamentos disponíveis no CEAF.](#)

5.22 Esquemas terapêuticos

Tabela 2 - Esquemas terapêuticos dos medicamentos preconizados

FÁRMACO	POSOLOGIA
Ácido valproico ou valproato de sódio	- Adultos e crianças > 12 anos: 250 a 750 mg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia - Crianças < 12 anos: 10 a 60 mg/kg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia
Carbamazepina	- Adultos e crianças > 12 anos: dose inicial de 200 a 400 mg/dia, com elevação gradual até obtenção da melhora da dor (geralmente 200 mg 3 a 4 vezes por dia) para neuralgia do trigêmeo; média de 200 mg 2 a 4 vezes por dia para neuropatia diabética dolorosa; dose máxima de 1.200 mg/dia. - Crianças de 6 a 12 meses: 5 a 20 mg/kg/dia; dose máxima de 35 mg/dia.
Cloridrato de amitriptilina	- Adultos: 25 a 100 mg/dia; dose máxima: 150 mg/dia. - Crianças (acima de 12 anos) e adolescentes: 25 mg ou 0,1 a 2 mg/kg/dia.
Cloridrato de clomipramina	- Adultos: 10 a 150 mg/dia - Idosos: Iniciar o tratamento com 10 mg/dia e aumentar gradualmente a posologia até uma dose ideal de 30 - 50 mg dia, sendo mantido até o final do tratamento.
Cloridrato de metadona	- Adultos: 2,5 a 10 mg a cada 6, 8 ou 12 horas; dose máxima de 40 mg/dia
Cloridrato de nortriptilina	- Adultos: 10 a 150 mg/ dia; dose máxima: 150 mg/dia. - Idosos: 10 a 50 mg/dia. - Crianças: 6 a 12 anos: 1 a 3 mg/kg/dia. - Crianças acima de 12 anos: 30 a 50 mg/dia; dose máxima de 50 mg/dia
Dipirona	- Indivíduos > 15 anos: 1 a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia ou 10 a 20 mL em administração única ou até o máximo de 20 mL, 4 vezes ao dia. - Pacientes pediátricos: 10 – 25 mg/kg a cada 6 horas. - Crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg não devem utilizar esse medicamento
Fenitoína	- Adultos e crianças > 12 anos: 100 a 600 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia - Crianças < 12 anos: 5 a 20 mg/kg/dia; dose máxima 300 mg/dia
Fosfato de codeína	- Adultos: 30 a 60 mg, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 360 mg/dia. - Idosos: dose inicial de 15 mg de 4/4 horas; dose máxima de 360 mg/dia - Crianças e adolescentes: 0,5 a 1,0 mg/kg/ dose a cada 4 a 6 horas; dose máxima de 60 mg/dia.

Gabapentina	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos: 900 mg, 3 vezes ao dia, podendo ser aumentada até a dose máxima de 3.600 mg/dia. - Crianças de 3-12 anos: 10-50 mg/kg/dia.
Ibuprofeno	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos: 200 a 600 mg, 3 a 4 vezes/dia ou 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas; dose máxima de 3.200 mg/dia. - Crianças a partir de 6 meses: 1 a 2 gotas/kg 3 a 4 vezes por dia, não excedendo 40 gotas/dose; dose máxima de 160 gotas/dia. - Pacientes pediátricos, menores de 12 anos, não devem exceder a dose máxima de 40 gotas (200 mg) por dose e 160 gotas (800 mg) por um período de 24 horas.
Naproxeno	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos: 250 mg, 1 a 2 vezes/dia, ou 500 mg 1 vez/dia. A dose diária de 500 mg não deve ser excedida, salvo se sob prescrição médica.

FÁRMACO	POSOLOGIA
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos e crianças acima de 12 anos: 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 4.000 mg/dia.
Sulfato de morfina	<ul style="list-style-type: none"> -> Morfina oral: Comprimido, solução oral e gotas – ação curta: <ul style="list-style-type: none"> - Adultos: iniciar com 5 a 30 mg a cada 4 horas; não há dose máxima, devendo ser estabelecida de acordo com tolerância individual. Para a maioria dos pacientes, esta dose é de cerca de 180 mg/dia - Idosos: dose inicial de 5 mg a 4 horas - Crianças e adolescentes: 0,1 a 0,4 mg/kg/dose a cada 4 horas. -> Cápsulas de liberação prolongada: Iniciar após estabelecimento da dose ideal com a morfina de liberação imediata. <ul style="list-style-type: none"> - Adultos: 30 a 100 mg a cada 12 horas -> Morfina injetável: <ul style="list-style-type: none"> - Adultos: a conversão de dose deve considerar a proporção 1:3 (venosa: oral) - Crianças e adolescentes: 0,1 mg/kg a cada 2 a 4 horas

5.23 Eventos Adversos

Tabela 3 - Principais eventos adversos associados ao uso dos medicamentos preconizados no presente PCDT

FÁRMACO	REAÇÕES ADVERSAS
Ácido valproico ou valproato de sódio	- Mais comumente, podem ocorrer trombocitopenia, aumento ou perda de peso, sonolência, tremores, amnésia, ataxia, tontura, disgeusia, cefaleia, nistagmo, parestesia, alteração da fala, tinido, náusea, dor abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, vômitos, alopecia, equimose, prurido, rash cutâneo, diminuição ou aumento do apetite, astenia, alteração na marcha, edema periférico, sonhos anormais, labilidade emocional, estado de confusão, depressão, insônia, nervosismo, pensamento anormal, ambliopia, diplopia e infecções.
Carbamazepina	- Mais frequentemente, pode ocorrer leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia, edema, retenção de líquido, aumento de peso, hiponatremia e redução de osmolaridade do sangue causada por um efeito semelhante ao do hormônio antidiurético, conduzindo em casos raros, à intoxicação hídrica acompanhada letargia, vômito, cefaleia, confusão e distúrbios neurológicos, ataxia, vertigem, sonolência, diplopia, distúrbio de acomodação visual, náusea, boca seca, urticária que em alguns casos pode ser grave, dermatite alérgica, aumento da gama-glutamil transferase (devido à indução de enzima hepática), o qual geralmente não é clinicamente relevante, aumento da fosfatase alcalina do sangue e aumento das transaminases
Cloridrato de amitriptilina	- Podem ocorrer distúrbios do sono, acatisia, letargia, sedação, sonolência, aumento do apetite, ansiedade, cefaleia, tonturas, hipotensão ortostática, alongamento do PR e prolongamento do QRS do eletrocardiograma (ECG), alentecimento da condução atrioventricular, taquicardia sinusal, arritmia cardíaca complexa, xerostomia, obstipação, náusea, vômitos, coriza, mal-estar, mialgia, tremor, sensação de fraqueza, retenção urinária, inibição da ejaculação, turvação visual, episódios de mania, indução do suicídio, sangramento gastrointestinal, entre outros.
Cloridrato de clomipramina	- Mais comumente, podem ocorrer taquicardia sinusal, palpitações, hipotensão ortostática, alterações clinicamente irrelevantes do ECG em pacientes sem doença cardíaca, zumbido, alterações da acomodação visual, visão borrada, midríase, náusea, boca seca, constipação, vômito, distúrbios gastrointestinais, diarreia, fadiga, aumento de peso, aumento de transaminases hepáticas, aumento ou diminuição do apetite, fraqueza muscular, tontura, tremores, cefaleia, mioclonia, distúrbio de atenção, inquietação, estado de confusão, desorientação, alucinações (particularmente em pacientes idosos e em pacientes portadores da doença de Parkinson), ansiedade, agitação, distúrbios do sono, mania, hipomania, agressividade, despersonalização, agravamento da depressão, distúrbios do sono, pesadelos, delírio, distúrbios da micção, distúrbios da libido, disfunção erétil, bocejos, hiperidrose, dermatites alérgicas, reação de fotos sensibilidade, prurido, fogachos. - As reações adversas são geralmente leves e transitórias, desaparecendo com a continuidade do tratamento ou com a redução da dosagem.

FÁRMACO	REAÇÕES ADVERSAS
Cloridrato de Metadona	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque, tendo também ocorrido parada cardíaca. - Mais frequentemente, pode ocorrer dificuldade para respirar, delírio, tontura, sedação, náuseas, vômitos e transpiração, sendo mais pronunciados em pacientes em uso ambulatorial do medicamento e naqueles que não estão sofrendo de dor grave. Para estes pacientes, recomendam-se doses menores. Algumas reações adversas, em pacientes em uso ambulatorial, podem ser diminuídas se o paciente estiver deitado. - Menos frequentemente pode ocorrer fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, taquicardia e dificuldade para urinar.
Cloridrato de nortriptilina	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer alteração da pressão arterial, taquicardia, palpitação, infarto do miocárdio, arritmias, parada cardíaca, acidente vascular cerebral, confusão mental, desorientação, ansiedade, agitação; insônia, pânico, pesadelos, hipomania, exacerbação de psicoses, torpor, parestesia de extremidades, ataxia, tremores, neuropatia periférica, sintomas extrapiramidais, boca seca, visão turva, distúrbios da acomodação visual, constipação, retenção urinária, erupção cutânea, edema, agranulocitose, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia, náusea e vômito, anorexia, dor epigástrica, diarreia, alterações do paladar, estomatite, cólicas abdominais, glossite, cefaleia, alopecia.
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> - A dipirona pode causar choque anafilático, reações anafiláticas/anafilactóides que podem se tornar graves com risco à vida e, em alguns casos, serem fatais. Pode ocorrer anemia aplástica, agranulocitose e pancitopenia, leucopenia e trombocitopenia. Estas reações são consideradas imunológicas por natureza. Os sinais típicos de agranulocitose incluem lesões inflamatórias na mucosa, inflamação na garganta e febre. Os sinais típicos de trombocitopenia incluem uma maior tendência para sangramento e aparecimento de petéquias na pele e membranas mucosas. - Podem ocorrer ocasionalmente após a administração, reações hipotensivas transitórias isoladas (não acompanhadas por outros sinais de reações anafiláticas/anafilactóides).
Fenitoína	<ul style="list-style-type: none"> - Ocasionalmente, pode ocorrer trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, agranulocitose e pancitopenia com ou sem supressão da medula óssea, síndrome de hipersensibilidade, anormalidades de imunoglobulinas, comprometimento da memória, amnésia, distúrbios na atenção, afasia, coordenação reduzida, confusão mental, nistagmo, ataxia, dificuldade na fala tontura, insônia, discinesias, neuropatia periférica, sonolência, náusea, vômitos, constipação, hepatite tóxica, dano hepático e hiperplasia gengival, erupções cutâneas, erupções rombiformes e escarlatiniformes, acentuação das características faciais, aumento dos lábios, hiperplasia gengival, hipertríose. - Em tratamentos de longo prazo, pode ocorrer osteopenia, osteoporose, fraturas e diminuição da densidade mineral óssea, polineuropatia periférica.
Fosfato de codeína	<ul style="list-style-type: none"> - Muito frequentemente, pode ocorrer sudorese, obstipação, náuseas, vômitos, tontura e vertigem, sedação, desorientação, sonolência e dispneia, retenção urinária.
Gabapentina	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer leucopenia e diminuição dos glóbulos brancos, constipação, boca seca, náuseas e vômitos, tontura, sonolência, fadiga, cefaleia, depressão, confusão, nervosismo, ataxia, tremores, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, nistagmo, rash cutâneo, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre, dispepsia.
Ibuprofeno	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ocorrer hipersensibilidade, reação anafilática (reação alérgica generalizada). Foram relatados tontura, dor de cabeça, distúrbio da visão, náusea, vômito, dor abdominal, distensão abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, gastrite. Foram observados agranulocitose, anemia aplástica, anemia hemolítica, leucopenia e trombocitopenia.
Naproxeno	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios cardiovasculares: edema, hipertensão e insuficiência, eventos trombóticos arteriais (por exemplo: infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral). - Distúrbios gastrintestinais: úlceras pépticas, sangramento ou perfuração gastrintestinal, algumas vezes fatal, especialmente em idosos; náuseas, vômitos, diarreia, flatulência, obstipação, dispepsia, dor abdominal, melena, hematêmese, estomatite ulcerativa, exacerbação de colite e doença de Crohn. Menos frequentemente, observou-se gastrite. - Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo: muito raramente, ocorreram reações bolhosas, inclusive síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

<p>Paracetamol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muito raramente, foram observados reação anafilática e hipersensibilidade; e distúrbios da pele e tecidos subcutâneos: urticária, erupção cutânea pruriginosa, exantema e erupção fixa medicamentosa. - Podem ocorrer aumentos nos níveis de transaminases hepáticas em pacientes que estejam utilizando doses terapêuticas. Esses aumentos não são acompanhados de falência hepática e geralmente são resolvidos com terapia continuada ou descontinuação do uso de paracetamol. - Pode ocorrer necrose hepática aguda com progressão para insuficiência hepática fulminante mesmo com doses isoladas. Doses baixas podem tornar-se tóxicas em doentes depletados de glicogênio (abuso de bebidas alcoólicas, dieta, anorexia, disfunção hepática, uso de medicamentos ou substâncias hepatotóxicas).
<p>Sulfato de Morfina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os maiores riscos com a morfina incluem depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque e parada cardíaca. - Mais frequentemente, podem ocorrer tonturas, desorientação, agitação, vertigem, sedação, boca seca, náusea, vômito, transpiração, retenção urinária, constipação intestinal, prurido, urticária ou outras erupções cutâneas.

5.24 Tempo de tratamento – critérios de interrupção

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 interrupção do tratamento.

Uma melhora dos sintomas em 30% é considerada clinicamente significativa e 50% de melhora, um ótimo resultado. A dose ideal do medicamento é aquela que melhora a dor e a função do paciente em pelo menos 30%, com efeitos colaterais toleráveis¹⁸⁵. Entretanto, na prática clínica, muitos usuários esperam que o tratamento resolva completamente a sua dor e, portanto, respostas inferiores à desejada não são consideradas relevantes. Assim, é importante alinhar às expectativas dos pacientes e elucidar que o objetivo do tratamento é a melhora funcional, visto que muitas vezes não é possível eliminar completamente a dor crônica⁸⁴.

Em alguns casos de doença benigna, há possibilidade de suspensão total ou temporária do opioide após analgesia satisfatória, ou mesmo a cura da doença de base.

O uso de opioides por tempo prolongado não é recomendado para pacientes com dor nociceptiva ou nociplástica (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 população¹⁵⁶⁻¹⁵⁸.

6. Monitoramento

Dor é um fenômeno complexo que impacta diferentes dimensões da vida do indivíduo, resultando em perda de autonomia e piora da qualidade de vida. Desse modo, é essencial o desenvolvimento de ações para reduzir os seus impactos negativos¹⁵⁸. O acompanhamento do paciente com dor crônica deve ser feito por equipe multidisciplinar, com atuação integrada nos diferentes níveis de atenção, em que as decisões são tomadas conjuntamente, incluindo também a opinião e a preferência dos usuários. Ressalta-se, entretanto, que estas frequências podem e devem ser alteradas de acordo com o julgamento clínico e com as necessidades individuais dos usuários.

7. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão deste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses de medicamento(s) prescritas e dispensadas e da adequação de uso e do acompanhamento pós-tratamento.

Indivíduos com dor crônica devem ser avaliados e acompanhados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, em seus diferentes formatos, considerando as realidades locais, incluindo a equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF), com encaminhamento para serviços especializados (ortopedia, reumatologia, fisioterapia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, psiquiatria), de acordo com a necessidade para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme as normativas vigentes.

No que diz respeito aos medicamentos sujeitos à controle especial conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998, a dispensação de opioide poderá ocorrer em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde ou, a critério do gestor estadual, em unidades dispensadoras. A dispensação de opioides, para fins do presente Protocolo poderá ocorrer nos hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, ou como Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica, todos devidamente cadastrados como tal pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, em conformidade com as respectivas normas de credenciamento e habilitação do Ministério da Saúde, nas farmácias e unidades definidas pelas secretarias de estado da saúde (SES) de acordo com a legislação vigente. Nos locais em que o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é descentralizado, a dispensação poderá ocorrer nas farmácias e unidades dispensadoras das Secretarias Municipais de Saúde.

A dispensação de opioide deve ocorrer mediante a apresentação de Receita de Controle Especial em duas vias (anexo XVII da Portaria SVS/MS nº 344/1998). A quantidade de opioide dispensada para cada paciente em tratamento ambulatorial deverá ser suficiente para a manutenção do referido tratamento por um período máximo de 30 dias. As unidades dispensadoras ficam obrigadas a cumprir as exigências de escrituração e guarda estabelecidas nas Portarias SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e nº 6, de 26 de janeiro de 1999.

De acordo com a RDC nº 202/2002, a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base de codeína, morfina e metadona, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial de controle da dor e cuidados paliativos no âmbito dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON de Tipo I, II ou III e Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

8. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Recomenda-se cientificar o paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e eventos adversos relacionados ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

9. REFERÊNCIAS

1. IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. IASP. 2017;
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9);
3. Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of “nociplastic pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. Vol. 159, *Pain*. United States; 2018. p. 1176–7;
4. Kosek E, Cohen M, Baron R, Mico JA, Rice ASC. Reply. *Pain*. 2018 Jun;159(6):1177–8;
5. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019 Jun;35(6):1011–8;
6. IASP – International Association for the Study of Pain. Guide to Pain Management in Low-Resource Settings: Educational material written for general distribution to health care providers by a multidisciplinary and multinational team of authors. Kopf A, Patel N, editors. Seattle: IASP; 2010. 371 p.;
7. IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. IASP. 2017;
8. IASP – International Association for the Study of Pain, EFIC - European Federation of IASP Chapters. Declaration on Chronic Pain as a major Healthcare Problem, a disease in its own right. IASP. 2004;
9. Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res*. 2017 Aug;10:2003–8;
10. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19–27;
11. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun;156(6):1003–7;
12. National Institutes of Health. The Interagency Pain Research Coordinating Committee (IPRCC). National Pain Strategy: A Comprehensive Population Health-Level Strategy for Pain. National Institutes of Health; 2016;
13. Australian Government - Department of Health. National Strategic Action Plan for Pain Management. Canberra: Department of Health;

- 2019;
14. BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012;
 15. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008 Oct;139(3):498–506;
 16. Vieira ÉB de M, Garcia JBS, Silva AAM da, Araújo RLTM, Jansen RCS, Bertrand ALX. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? Vol. 28, *Cadernos de Saúde Pública* . scielo ; 2012. p. 1459–67;
 17. Maia Costa Cabral D, Sawaya Botelho Bracher E, Dylese Prescatan Depintor J, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2014 Nov;15(11):1081–91;
 18. GBD 2017 Diseases and Injuries Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789–858;
 19. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. 2017;
 20. Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G, Burdof L. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers.; 2011;
 21. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2012 Aug;13(8):715–24;
 22. Breivik H, Eisenberg E, O’Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*. 2013 Dec;13:1229;
 23. European Comission. Eumusk.net Project - Musculoskeletal Health in Europe: Report v5.0. European Comission; 2013;
 24. IBGE. PNS - Pesquisa Nacional em Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE; 2014;
 25. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008 Oct;139(3):498–506;
 26. Vieira ÉB de M, Garcia JBS, Silva AAM da, Araújo RLTM, Jansen RCS, Bertrand ALX. Chronic pain, associated factors, and impact on daily

- life: are there differences between the sexes? Vol. 28, Cadernos de Saúde Pública . scielo ; 2012. p. 1459–67;
27. Maia Costa Cabral D, Sawaya Botelho Bracher E, Dylese Prescatan Depintor J, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. The journal of pain: official journal of the American Pain Society. 2014 Nov;15(11):1081–91;
 28. Dos Reis-Neto ET, Ferraz MB, Kowalski SC, Pinheiro G da RC, Sato EI. Prevalence of musculoskeletal symptoms in the five urban regions of Brazil-the Brazilian COPCORD study (BRAZCO). Clin Rheumatol. 2016 May;35(5):1217–23;
 29. Bevan S. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015 Jun;29(3):356–73;
 30. MacKay C, Canizares M, Davis AM, Badley EM. Health care utilization for musculoskeletal disorders. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Feb;62(2):161–9;
 31. Breivik H, Eisenberg E, O’Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health. 2013 Dec;13:1229;
 32. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. The journal of pain: official journal of the American Pain Society. 2012 Aug;13(8):715–24;
 33. European Commission. Europe in figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011;
 34. Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G, Burdorf L. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers.; 2011;
 35. European Commission. Eumusk.net Project - Musculoskeletal Health in Europe: Report v5.0. European Commission; 2013;
 36. European Commission. Special Eurobarometer: Health in the European Union. European Commission; 2007;
 37. Task Force on Major and Chronic Diseases of European Commission Directorate-General for Health and Consumers’s Health Information Strand. Major and Chronic Diseases: REPORT 2007. Luxembourg: European Union; 2008;
 38. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. 2017;
 39. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019;

40. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct;396(10258):1204–22;
41. GBD 2017 Diseases and Injuries Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789–858;
42. Goldberg DS. Pain, objectivity, and history: understanding pain stigma. *Med Humanit* [Internet]. 2017 Dec;43(4):238–43. Available from: <https://mh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medhum-2016-011133>;
43. Seers T, Derry S, Seers K, Moore RA. Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review. *Pain* [Internet]. 2018 May 18;159(5):811–8. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-201805000-00002>;
44. de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016 Aug 8;157(8):1607–10. Available from: <https://journals.lww.com/00006396-201608000-00008>;
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2016;
46. Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ*. 2014 Feb;186(3): E123-42;
47. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. *Clínica Médica do HCFMUSP*. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44;
48. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020 Jan;54(2):79–86;
49. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. *Hand Clin*. 2016 Feb;32(1):21–6;
50. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013;
51. American College of Occupational and Environmental Medicine. Chronic

- Pain Guideline. Hegmann KT, editor. Reed Group; 2017;
52. Teixeira M, Forni J. Fisiopatologia da dor. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 25–35;
 53. World Health Organization. A new understanding chronic pain. In: Kaplun A, editor. Health Promotion and chronic illness Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1992. p. 141–226;
 54. Hylands-White N, Duarte R V, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. Rheumatol Int. 2017 Jan;37(1):29–42;
 55. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. Hand Clin. 2016 Feb;32(1):21–6;
 56. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52;
 57. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e Fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. SBOT. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126;
 58. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79;
 59. The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810–33;
 60. Lin T, Teixeira M, Romano M, Greve JD, Kaziyama H. O exame fisiátrico do paciente com dor. In: Castro A, editor. A clínica de dor Organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Maio; 2003. p. 61–103;
 61. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013;
 62. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Nov;3(11):610–8;
 63. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management

- in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79;
64. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct;49(5):804–10;
 65. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2016 Sep;17(9 Suppl):T10–20;
 66. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct;49(5):804–10;
 67. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007 Nov;3(11):610–8;
 68. Claro MT, Vieta EPPRP. Escala de faces para avaliação da dor em crianças - etapa preliminar. 1993;
 69. Rossato LM, Angelo M. [Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures]. *Rev Esc Enferm USP*. 1999 Sep;33(3):236–49;
 70. K. F. Current and emerging medications for overweight or obesity in people with comorbidities. *Diabetes Obes Metab*. 2015;17(11):1021–32;
 71. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. *Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT*. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52;
 72. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*. 2021 May;397(10289):2098–110;
 73. Sorkin LS, Eddinger KA, Woller SA, Yaksh TL. Origins of antidromic activity in sensory afferent fibers and neurogenic inflammation. *Semin Immunopathol*. 2018 May;40(3):237–47;
 74. Dommerholt J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial pain. In: Donnelly J, editor. *Travell, Simons & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019;
 75. Simons D, Travell J, Simons L. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999;
 76. Dommerholt J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial

- pain. In: Donnelly J, editor. Travell, Simons & Simons' miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019;
77. Projeto Diretrizes AMB e CFM. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. 2003;8. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf;
 78. Bijlsma JWW, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. Best Pract Res Clin Rheumatol [Internet]. 2007 Feb;21(1):59–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521694206001173>;
 79. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.;
 80. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009 Jun;68(6):777–83;
 81. Harris C, Gurden S, Martindale J, Jeffries C. Differentiating Inflammatory and Mechanical Back Pain: Challenge your decision making. NASS - National Axial Spondyloarthritis Society; 2018;
 82. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 129–40;
 83. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.;
 84. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. Clínica Médica do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44;
 85. Prego-Domínguez J, Skillgate E, Orsini N, Takkouche B. Social factors, and pain worsening: a retrospective cohort study. Br J Anaesth. 2021 Aug;127(2):289–95;
 86. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2015;126:167–83;
 87. Wang VC, Mullally WJ. Pain Neurology. Am J Med. 2020 Mar;133(3):273–80;
 88. Philpot U, Johnson MI. Diet therapy in the management of chronic pain: better diet less pain? Pain Manag. 2019 Jun;9(4):335–8;
 89. Oved K, Olmer L, Shemer-Avni Y, Wolf T, Supino-Rosin L, Prajgrod G, et al. Multi-center nationwide comparison of seven serology assays reveals a SARS-CoV-2 non-responding seronegative subpopulation.

- EClinicalMedicine. 2020 Dec; 29:100651;
90. Nijs J, Elma Ö, Yilmaz ST, Mullie P, Vanderweeën L, Clarys P, et al. Nutritional neurobiology, and central nervous system sensitisation: missing link in a comprehensive treatment for chronic pain? Vol. 123, British journal of anaesthesia. England; 2019. p. 539–43;
 91. Guo R, Chen LH, Xing C, Liu T. Pain regulation by gut microbiota: molecular mechanisms and therapeutic potential. Br J Anaesth. 2019 Nov;123(5):637–54;
 92. Choy EHS. The role of sleep-in pain and fibromyalgia. Nat Rev Rheumatol. 2015 Sep; 11(9): 513–20;
 93. Mathias JL, Cant ML, Burke ALJ. Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. Sleep Med. 2018 Dec;52:198–210.
 94. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018 Dec;87(Pt B):159–67.;
 95. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, D' JM, Greve A, Kaziyama HHS, et al. Edição Especial Avaliação funcional do doente com dor crônica. Rev Med (São Paulo). 2001; 80(1): 443–73;
 96. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, Greve MJD, Kaziyama HHS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. Rev Med (Rio J). 2001 Dec; 80 (spe2 SE): 443–73;
 97. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 129–40;
 98. Compston A. Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous. Brain. 2010 Oct; 133(10): 2838–44;
 99. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy. 1980 Aug; 66(8): 271–3;
 100. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Feb; 32(4): 481–6;
 101. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec; 25(24): 3115–24;
 102. Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta C, Asghari A, Thieme A. Validação do

- Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Rev Dor*. 2010 Jan 1; 11:28–36;
103. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp*. 2019 Jun; 6(2): 133–41;
 104. Katz N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(1, Supplement 1): S38–47;
 105. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e Fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. SBOT. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126;
 106. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):55–64;
 107. American College of Occupational and Environmental Medicine. Chronic Pain Guideline. Hegmann KT, editor. Reed Group; 2017;
 108. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020;
 109. Louw A, Puentedura EJ. Therapeutic Neuroscience Education, Pain, Physiotherapy, and the Pain Neuromatrix. *International Journal of Health Sciences (IJHS)*. 2014; 2(3);
 110. Louw A, Puentedura EJ. Therapeutic Neuroscience Education, Pain, Physiotherapy, and the Pain Neuromatrix. *International Journal of Health Sciences (IJHS)*. 2014; 2(3)
 111. Wittink H, Cohen L, Hoskins Michel T. Pain Rehabilitation: Physical Therapy Treatment. In: Wittink H, Michel T, editors. *Chronic Pain Management for Physical Therapists*. 2 ed. Butterworth-Heinemann; 2002;
 112. Wittink H, Cohen L, Hoskins Michel T. Pain Rehabilitation: Physical Therapy Treatment. In: Wittink H, Michel T, editors. *Chronic Pain Management for Physical Therapists*. 2 ed. Butterworth-Heinemann; 2002;
 113. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126–31;
 114. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 May;26(2):263–81;
 115. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr; 4(4): CD011279–CD011279;

116. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2015 May;26(2):263–81;
117. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020 Dec;54(24):1451 LP – 1462;
118. Brasil.Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 54 p.;
119. Hu HT, Gao H, Ma RJ, Zhao XF, Tian HF, Li L. Is dry needling effective for low back pain? A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine.* 2018 Jun; 97(26):e11225;
120. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020;
121. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society.* 2018 May; 19(5): 455–74;
122. Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Mar; 47(3): 133–49;
123. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015 May;96(5):944–55;
124. Gatterman MI, McDowell BL. Chapter 6 - Management of Muscle Injury and Myofascial Pain Syndromes. In: Gatterman MIBTW, editor. Saint Louis: Mosby; 2012. p. 85–118;
125. Rakel B, Barr JO. Physical modalities in chronic pain management. *Nurs Clin North Am.* 2003 Sep; 38 (3): 477–94;
126. Allen RJ. Physical agents used in the management of chronic pain by physical therapists. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2006 May; 17 (2): 315–45;
127. Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Acupuncture in medicine: journal of the British Medical Acupuncture Society.* 2016 Oct; 34(5): 328–41;
128. Chow RT, Heller GZ, Barnsley L. The effect of 300 mW, 830 nm laser on chronic neck pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Pain.* 2006 Sep; 124(1–2): 201–10;

129. Bardellini E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Efficacy of the photobiomodulation therapy in the treatment of the burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Nov; 24(6): e787–91;
130. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013;
131. Ulger O, Demirel A, Oz M, Tamer S. The effect of manual therapy and exercise in patients with chronic low back pain: Double blind randomized controlled trial. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov; 30(6): 1303–9;
132. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov; 30(6): 1149–69;
133. de Luca KE, Fang SH, Ong J, Shin KS, Woods S, Tuchin PJ. The Effectiveness and Safety of Manual Therapy on Pain and Disability in Older Persons With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017 Sep; 40(7): 527–34;
134. Domingues L, Pimentel-Santos FM, Cruz EB, Sousa AC, Santos A, Cordovil A, et al. Is a combined programme of manual therapy and exercise more effective than usual care in patients with non-specific chronic neck pain? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2019 Dec; 33(12):1908–18;
135. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013;
136. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2018 May; 19(5): 455–74;
137. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica . Vol. 18, *Psicologia: Reflexão e Crítica* . scielo ; 2005. p. 47–54;
138. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica . Vol. 18, *Psicologia: Reflexão e Crítica* . scielo ; 2005. p. 47–54;
139. Pimenta CA de M, Cruz D de ALM da. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa . Vol. 40, *Revista da Escola de Enfermagem da USP* . scielo ; 2006. p. 365–73;
140. Pimenta C. Dor cronica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 2001; 28(6): 288–94;
141. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers, and managers. WHO. 2018;

142. World Health Organization. Why Palliative Care is an essential function of Primary Health Care. WHO. 2018;
143. Mehta A, Chan LS. Understanding of the Concept of “Total Pain”: A Prerequisite for Pain Control. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2008; 10(1);
144. Saunders C. The Management of Terminal Illness. London: Hospital Medicine Publications; 1967;
145. Roe M, Sehgal A. Pharmacology in the management of chronic pain. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2016 Nov; 17(11): 548–51;
146. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. PORTARIA SCTIE/MS No 45, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética. Diário Oficial da União; 2021. p. 76;
147. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 46, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica. Diário Oficial da União; 2021. p. 76;
148. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 59, DE 7 DE SETEMBRO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o tramadol para o tratamento da dor crônica. Diário Oficial da União; 2021. p. 76;
149. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 48, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os antiinflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite. Diário Oficial da União; 2021. p. 76;
150. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 50, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a lidocaína para dor neuropática localizada. Diário Oficial da União; 2021. p. 169;
151. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 51, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único

- de Saúde - SUS, a pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. Diário Oficial da União; 2021. p. 169;
- 152.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS No 52, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. Diário Oficial da União; 2021. p. 169;
- 153.** Enthoven WTM, Roelofs PD, Koes BW. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. JAMA. 2017 Jun; 317(22): 2327–8;
- 154.** Myers J, Wielage RC, Han B, Price K, Gahn J, Paget MA, et al. The efficacy of duloxetine, non-steroidal anti-inflammatory drugs, and opioids in osteoarthritis: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2014; 15(1): 76;
- 155.** The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr; 112(4): 810–33;
- 156.** Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2018 Dec;320(23):2448–60;
- 157.** Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan; 100(1): 65–79;
- 158.** Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan;100(1):55–64;
- 159.** Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar; (3): CD007938;
- 160.** Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan; 100(1): 65–79;
- 161.** Xu L, Zhang Y, Huang Y. Advances in the Treatment of Neuropathic Pain. Adv Exp Med Biol. 2016; 904:117–29;
- 162.** Sommer C, Klose P, Welsch P, Petzke F, Häuser W. Opioids for chronic non-cancer neuropathic pain. An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability, and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks duration. Eur J Pain. 2020 Jan; 24(1): 3–18;
- 163.** Cooper TE, Chen J, Wiffen PJ, Derry S, Carr DB, Aldington D, et al. Morphine for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database

- Syst Rev. 2017 May;5(5):CD011669;
164. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA*. 2016 Apr; 315(15): 1624–45;
 165. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May;397(10289):2082–97;
 166. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*. 2021 May; 397(10289): 2098–110;
 167. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021 Jul 8;374: n1446;
 168. Chang WJ. Muscle Relaxants for Acute and Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2020;31(2):245–54;
 169. Rekatsina M, Paladini A, Piroli A, Zis P, Pergolizzi J V, Varrassi G. Pathophysiologic Approach to Pain Therapy for Complex Pain Entities: A Narrative Review. *Pain Ther*. 2020; 9(1): 7–21;
 170. Trouvin AP, Perrot S. New concepts of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2019; 33(3): 101415;
 171. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019 Jun;35(6):1011–8;
 172. Ritchie M. Mixed Pain. *Gerimed*. 2011;
 173. World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2019. 142p p;
 174. World Health Organization. Cancer Pain Relief. WHO. 1987;
 175. World Health Organization. Cancer Pain Relief. WHO. 1987;
 176. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul;7(7):CD012638;
 177. Jara C, Del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107;
 178. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct;29(Suppl 4): iv166–91.
 179. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al.

- Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Aug;17(8):977–1007;
180. Jara C, Del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107;
181. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct;29(Suppl 4): iv166–91;
182. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Aug;17(8):977–1007;
183. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA*. 2016 Apr; 315(15): 1624–45;
184. Busse JW, Douglas J, Chauhan TS, Kobeissi B, Blackmer J. Perceptions and Impact of the 2017 Canadian Guideline for Opioid Therapy and Chronic Noncancer Pain: A Cross-Sectional Study of Canadian Physicians. Enax-Krumova EK, editor. *Pain Res Manag*. 2020; 2020:8380171;
185. Kobayashi R, Fim M, Liu I. Dor: o que o ortopedista precisa saber? In: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Comissão de Educação Continuada, Tratamento C de E, editors. PROATO Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia: Ciclo 18. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 9–58;
186. Devan H, Hale L, Hempel D, Saipe B, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2018 May; 98(5): 381–97;
187. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002; 48(2): 177–87;
188. https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html;
189. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin BC, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 19;4:CD007587. doi: 10.1002/14651858. CD007587.pub2. PMID: 27092807; PMCID: PMC4955729.) e dor cervical (Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID, Forget M. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 4;(5):CD004870. doi:10.1002/14651858. CD004870. pub4;
190. Referência: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/>

mod_resource/content/1/un5/top4_1.html;

191. Este documento tem como base a versão preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (PCDT) da Conitec de outubro 2022 – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde; Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; e poderá sofrer adequações necessárias visando à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada pelos centros de referência em dor crônica da Cidade de São Paulo. Este PCDT apresenta informações sobre o diagnóstico, a classificação, o tratamento e o monitoramento da dor crônica, considerando o sujeito em sua integralidade; encontra-se ainda sob consulta pública; portanto, é versão preliminar;
192. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin BC, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 19; 4: CD007587. doi: 10.1002/14651858. CD007587);
193. Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID, Forget M. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 4; (5): CD004870. doi: 10.1002/14651858);
194. Yuan QL, Wang P, Liu L, Sun F, Cai YS, Wu WT, Ye ML, Ma JT, Xu BB, Zhang YG. Acupuncture for musculoskeletal pain: A meta-analysis and meta-regression of sham-controlled randomized clinical trials. *Sci Rep.* 2016 Jul 29; 6:30675. doi: 10.1038/srep30675. Griswold D, Wilhelm M, Donaldson M, Learman K, Cleland J. The effectiveness of superficial versus deep dry needling or acupuncture for reducing pain and disability in individuals with spine-related painful conditions: a systematic review with meta-analysis. *J Man Manip Ther.* 2019 Jul; 27(3): 128-140. doi: 10.1080/10669817.2019.1589030. Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Mar; 47(3): 133-149;
195. Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, Winham SJ. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med.* 16(10): 1097-1108, 2010. doi: 10.1089/acm.2009.0451;
196. Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, Wang XQ. Efficacy of Auricular Acupressure for Chronic Low Back Pain: A Systematic

- Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017; 2017: 6383649. doi: 10.1155/2017/6383649;
- 197.** Moura CC, Chaves ECL, Cardoso ACLR, Nogueira DA, Azevedo C, Chianca TCM. Auricular acupuncture for chronic back pain in adults: a systematic review and metanalysis. *Rev Esc Enferm USP.* 19; 53: e03461, 2019. doi: 10.1590/S1980-220X2018021703461;
- 198.** Murakami M, Fox L, Dijkers MP. Ear Acupuncture for Immediate Pain Relief-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Med.* 18(3): 551-564, 2017. doi: 10.1093/pm/pnw215. Yeh CH, Chiang YC, Hoffman SL, Liang Z, Klem ML, Tam WW, Chien LC, Suen LK. Efficacy of auricular therapy for pain management: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014; 2014: 934670. doi: 10.1155/2014/934670. Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, Wang XQ. Efficacy of Auricular Acupressure for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017; 2017: 6383649. doi: 10.1155/2017/6383649;
- 199.** Chen, Feng-Qin; Ge, Jian-Feng; Leng, Yu-Fei; Li, Cheng; Chen, Bin; Sun, Zhi-Ling. Efficacy, and safety of moxibustion for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract* ; 39: 101130, 2020;
- 200.** Amatya B, Young J, Khan F. Non-pharmacological interventions for chronic pain in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Dec 19; 12(12):CD012622. doi: 10.1002/14651858. CD012622.pub2;
- 201.** Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Tai chi for osteoarthritis: a systematic review. *Clin Rheumatol.* Fevereiro de 2008; 27 (2): 211-8. Hall A, Maher C, Latimer J, Ferreira M. The effectiveness of Tai Chi for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Artrite Rheum.* 15 de junho de 2009; 61 (6): 717-24. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Tai chi for osteoarthritis: a systematic review. *Clin Rheumatol.* Fevereiro de 2008; 27 (2): 211-8. Chen YW, Hunt MA, Campbell KL, Peill K, Reid WD. The effect of Tai Chi on four chronic conditions-cancer, osteoarthritis, heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analyses. *Br J Sports Med.* Abr 2016; 50 (7): 397-407. Kong, L. J., Lauche, R., Klose, P., Bu, J. H., Yang, X. C., Guo, C. Q., Dobos, G., & Cheng, Y. W. (2016). Tai Chi for Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Scientific reports*, 6, 25325. <https://doi.org/10.1038/srep25325>;
- 202.** Cramer H, Klose P, Teut M, Rotter G, Ortiz M, Anheyer D, et al. Cupping

- for Patients With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 21, *Journal of Pain*. Elsevier Inc.; 2020. p. 943-56;
- 203.** Yuan QL, Guo TM, Liu L, Sun F, Zhang YG. Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015; 10 (2):e0117146;
- 204.** Al-Maweri SA, Ashraf S, Lingam AS, Alqutaibi A, Abdulrab S, Alaizari N, Halboub E. Aloe vera in treatment of oral submucous fibrosis: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med*. 2019 Feb; 48(2):99-107. doi: 10.1111/jop.12789. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30329174;
- 205.** Del Grossi Moura M, Lopes LC, Biavatti MW, Kennedy SA, de Oliveira E Silva MC, Silva MT, de Cássia Bergamaschi C. Oral herbal medicines marketed in Brazil for the treatment of osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Phytother Res*. 2017 Nov; 31(11):1676-1685. doi: 10.1002/ptr.5910. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28872719;
- 206.** Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(1):5-31. doi: 10.1080/16506073.2015.1098724. McClintock AS, McCarrick SM, Garland EL, Zeidan F, Zgierska AE. Brief Mindfulness-Based Interventions for Acute and Chronic Pain: A Systematic Review. *J Altern Complement Med*. 2019 Mar; 25 (3): 265-278. doi: 10.1089/acm.2018.0351. Ball EF, Nur Shafina Muhammad Sharizan E, Franklin G, Rogozińska E. Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017 Dec. 29 (6): 359-366;
- 207.** Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan JR, Choy EH, Chalder T, Pollock J, Christensen R. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 23;(8):CD008322. doi: 10.1002/14651858), outra revisão de alto nível identificou a efetividade da yoga para osteoartrite (Lauche R, Hunter DJ, Adams J, Cramer H. Yoga for Osteoarthritis: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Rheumatol Rep*. 2019 Jul 23; 21(9): 47;
- 208.** Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan JR, Choy EH, Chalder T, Pollock J, Christensen R. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 23;(8):CD008322. doi: 10.1002/14651858. Posadzki, Paul; Ernst, Edzard. Yoga for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Clin Rheumatol* ; 30(9): 1257-62, 2011. Cramer, Holger; Lauche, Romy; Haller, Heidemarie; Dobos, Gustav. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*; 29(5): 450-60,

- 2013;
209. Posadzki, Paul; Ernst, Edzard. Yoga for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Clin Rheumatol* ; 30(9): 1257-62, 2011;
 210. Referência do Glossário: Brasil. Glossário Temático - Práticas Integrativas e Complementares Em Saúde. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf;
 211. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*. 2008 Jun; 62(6): 947-54. doi: 10.1111/j. 1742-1241.2008.01729;
 212. Kim SD. Effects of Yoga on Chronic Neck Pain: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Phys Ther Sci*, 28 (7), 2171-4 Jul 2016;
 213. Ward L, Stebbings S, Cherkin D, Baxter GD. Yoga for functional ability, pain and psychosocial outcomes in musculoskeletal conditions: a systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal Care*. 2013 Dec; 11(4): 203-17. McCall MC, Ward A, Roberts NW, Heneghan C. Overview of systematic reviews: yoga as a therapeutic intervention for adults with acute and chronic health conditions. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013:945895. doi: 10.1155/2013/945895. Posadzki P, Ernst E, Terry R, Lee MS. Is yoga effective for pain? A systematic review of randomized clinical trials;
 214. Lee, J., Han, M., Chung, Y., Kim, J., & Choi, J. Effects of Foot Reflexology on Fatigue, Sleep and Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(6), 821-833. 2011.
 215. Nakamura. The "Achilles heel" of meditation. *NeuroQuantology*, June 2016, Volume 14, Issue 2, Page 432-437.
 216. Mind-Body and Relaxation Research Focus. ISBN 978-1-60021-819-4. Editor: Bernardo N. DeLuca, Cap. X, pp. 213-224, 2008; Nova Science Publishers, Inc.