Contribuições da Consulta Pública - PCDT da Dor Crônica - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
22/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
22/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Proposta ótima
22/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	...	...
23/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
23/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Nao	Nao
23/09/2026	Profissional de saúde	Ruim	Considero que o acréscimo de Estimulador Espinal implantável é uma avanço significativo, assim como seria a introdução de bombas implantáveis para serem empregadas em casos de tratamento de dor em pacientes portadores de câncer de grande intensidade e refratária aos tratamentos sistêmicos. Entretanto, antes da introdução dessas tecnologias, mais importante seria ampliar as opções de analgésicos opioides para uso sistêmico. Entre eles considero de primordial importância o tapentadol e a buprinorfina transdérmica - ambos para uso em casos de dor oncológica grave e refratárias aos uso dos demais opioides disponíveis na lista atual. No caso da buprenorfina trasndérmica, apenas deveria estar disponibilizada para pacientes que apresentam dificuldades de deglutição ou impedimento outro para usa da via oral. , Outro ponto a considerar é a introdução de AINE seletivo para COX-2, como o celecoxibe, o que permitira o uso mais seguro em pacientes com risco de sangramento digestivo alto e que não apresentem contra-indicações específicas para o uso dos mesmos.	Sou favorável ao texto atualmente apresentado, mas entendo que a introdução de novas tecnologias deveria se basear na farmacoeconomia. Entendo que a introdução da buprenorfina transdérmica, do tramadol e de um AINE seletivo COX-2 me parece mais adequada. Também não concordo especificamente com a inclusão do naproxeno, que apresenta risco cardiovascular relativamente mais favorável entre os AINEs não seletivos, mas mantém risco gastrointestinal elevado — um dos mais altos entre os AINEs tradicionais — além de risco renal dose-dependente que se soma ao de qualquer AINE.
23/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Gostaria de sugerir um bom treinamento dos profissionais da atenção primeira para identificar dor crônica, pois facilitaria o manejo do paciente. , Hoje nós temos um paciente que roda muito tempo no sistema para conseguir consulta com especialista e exames de imagem. ,	Tratamento multidisciplinar na atenção primária.
25/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nada a acrescentar	Viver com dores não deveria ser uma condição
25/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
25/09/2026	Paciente	Muito boa	Não.	Só quem passa pelo tratamento sabe o quanto perder o cabelo meche com o emocional e consequentemente prejudica o tratamento
25/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	De estrema importância	De extrema importância a inclusão da touca

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
25/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Dor crônica mata, o sus precisa melhorar	Não
25/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Parabéns
25/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Acho muito justo as mulheres que estão enfrentando o câncer poder ter o benefício de poder usufruir da toca , porque além de passar pelo processo difícil que é o câncer , ainda perder o cabelo é pior ainda . E a nossa identidade visual, é com o apoio da toca é uma forma mais leve de passar pelo processo sem destruir a sua autoestima.	Não
25/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Eu acho que o tratamento pra dor crônica, ajuda muito as pessoas, que sofrem com fibromialgia por exemplo, ou qualquer outro tipo de dor crônica, só que pagar no particular as vezes é inviável pra muitas pessoas.
26/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A demanda de mulheres, principalmente, com diagnóstico de fibromialgia só vem aumentando em meu local de trabalho, essas pacientes apresentam grande sofrimento, impacto em rotina, limitações físicas, dificuldades de renda, pois muitas vezes não conseguem realizar qualquer atividade laborativa.
26/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	.	.
26/09/2026	Interessado no tema	Boa	Não.	Não.
26/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
26/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Sugiro que o protocolo valorize ainda mais o impacto da dor crônica na rotina, no trabalho, no sono e na saúde emocional, além de prever acompanhamento individualizado e contínuo.	Como pessoa que convive com enxaqueca, sei o quanto uma condição dolorosa recorrente pode afetar a qualidade de vida. Considero fundamental ampliar o acesso no SUS a diagnóstico adequado, acompanhamento especializado e diferentes opções de tratamento para o controle da dor crônica.
28/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Acho a iniciativa muito boa para a saúde das mulheres

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
28/09/2026	Paciente	Muito boa	Gostaria de reforçar a importância de conseguir uma avaliação especializada, considerando a frequência e a intensidade das crises de enxaqueca e o impacto que elas causam em minha rotina e na qualidade de vida.	Tenho crises recorrentes de enxaqueca e dores de cabeça que interferem na minha rotina. Gostaria muito de ter a oportunidade de passar por uma avaliação e receber orientação adequada para investigação e tratamento da dor crônica.
28/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Importante avaliar também a inclusão do PET scan nos diagnósticos e a vacinação contra herpes de pacientes oncológicos gratuitamente.	Nao
28/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não! A proposta é essencial.	Conheço pessoas que sofrem com dores crônicas e vi como essa proposta é essencial para muitas pessoas que realizam o tratamento pelo sus.
29/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não.	Conviver com dor crônica deve ser levado a sério principalmente visto que costumam ser condições ocultas a maioria das pessoas, acabam por naturalizar o sofrimento alheio, o que de forma alguma deveria ser assim.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
01/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Contribuição do GARE à Consulta Pública nº 95/2026 — Proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica , , O GARE reconhece a importância da atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica para estabelecer critérios de utilização do estimulador de medula espinhal (EME) no SUS. , , Considerando o escopo desta atualização, apresentamos propostas voltadas à precisão da seleção dos pacientes, à caracterização dos mecanismos de dor e à organização do tratamento conservador. , , 1. Diferenciação dos mecanismos de dor na avaliação de elegibilidade ao EME: A proposta estabelece como requisito para o EME a presença de dor crônica refratária predominantemente neuropática. Recomendamos explicitar que a intensidade e a persistência da dor, isoladamente, não caracterizam elegibilidade. , , A avaliação deve documentar a condição clínica elegível, a distribuição dos sintomas, os achados compatíveis com o mecanismo predominante e os exames complementares pertinentes. Deve também investigar condições tratáveis e a coexistência de componentes nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos. , , Em pacientes com doenças reumáticas, essa diferenciação é especialmente importante para evitar que dor persistente seja automaticamente interpretada como atividade inflamatória, assim como para impedir que manifestações de doença ativa sejam indevidamente atribuídas à fibromialgia. , , Sugerimos acrescentar ao texto: “A avaliação para EME deve caracterizar a condição clínica elegível e o mecanismo predominante da dor. A presença de dor puramente nociplástica não constitui indicação para o procedimento. A coexistência de fibromialgia ou de componente nociplástico não determina, isoladamente, elegibilidade ou exclusão: exige avaliação individualizada de uma eventual condição neuropática concomitante e do benefício esperado sobre o componente doloroso a ser tratado.” , , Solicitamos também esclarecer a relação entre a exigência de mecanismo predominantemente neuropático e as diferentes condições incluídas no protocolo, especialmente a síndrome de dor regional complexa, cuja classificação não corresponde uniformemente à definição estrita de dor neuropática. , , 2. Caracterização do tratamento conservador multimodal e da refratariedade: O requisito de tratamento conservador multimodal otimizado é uma salvaguarda relevante para a indicação do EME. Para sua aplicação uniforme, recomendamos definir os elementos mínimos de documentação: , , a) intervenções realizadas e respectivos objetivos, , b) medicamentos utilizados, doses, duração, adesão e resposta, , c) intolerâncias e contraindicações, , d) intervenções não medicamentosas realizadas e seus resultados, , e) impacto funcional persistente e metas pactuadas com o paciente. , , É necessário distinguir ausência de benefício após tratamento adequadamente realizado, impossibilidade de uso por contraindicação ou intolerância e ausência de tratamento por indisponibilidade na rede. , , Sugerimos acrescentar: “A indisponibilidade de uma intervenção não deve ser registrada como falha terapêutica. Deve ser documentada como barreira de acesso e orientar a organização da continuidade assistencial. Contraindicações e intolerâncias devem ser	Aprimoramento da seção de dor nociplástica e fibromialgia: Embora a atualização tenha sido motivada pelo EME, o documento mantém recomendações para dor nociplástica e fibromialgia na seção 7.2.3. Solicitamos revisar essa seção para preservar coerência entre a diferenciação dos mecanismos de dor, a seleção para neuromodulação e o percurso assistencial das pessoas sem indicação para o procedimento. , , A ausência de indicação de EME para dor puramente nociplástica deve ser acompanhada de orientação clara sobre o cuidado apropriado a esses pacientes. , , Recomendamos: , , a) distinguir evidências específicas para fibromialgia daquelas provenientes de dor neuropática ou de outras condições, , b) qualificar a certeza das evidências de cada intervenção, , c) diferenciar eficácia clínica, recomendação terapêutica e disponibilidade para a indicação no SUS, , d) descrever condutas após resposta insuficiente, intolerância ou contraindicação às opções disponíveis, , e) estabelecer acompanhamento de dor, funcionalidade, sono, fadiga, qualidade de vida e eventos adversos. , , A apresentação da gabapentina entre as opções com maior evidência na seção de dor nociplástica merece qualificação. A revisão Cochrane específica para fibromialgia identificou evidência insuficiente para apoiar ou refutar seu benefício. Essa incerteza não demonstra ineficácia, mas recomenda evitar extrapolação automática dos resultados obtidos em dor neuropática. , , Reafirmamos a centralidade da educação, do exercício adaptado, das intervenções psicológicas indicadas e da avaliação das comorbidades. A farmacoterapia deve integrar esse plano, com metas individualizadas e continuidade condicionada ao balanço entre benefício e segurança. , , Sugerimos acrescentar: “Na fibromialgia, o plano terapêutico deve ser multimodal e individualizado. Diante de resposta insuficiente, devem ser reavaliados diagnóstico, comorbidades, adesão, acesso às intervenções propostas e tolerabilidade. O protocolo deve orientar alternativas disponíveis e encaminhamento conforme a complexidade, evitando a manutenção de tratamentos sem benefício clínico relevante.” , , Encaminhamento complementar para avaliação de duloxetina e pregabalina: Reconhecemos que esta consulta pública não substitui um processo formal de avaliação de incorporação. Assim, este pedido é complementar e independente das alterações propostas anteriormente. Solicitamos encaminhar às áreas competentes a avaliação da pertinência de reanalisar duloxetina e pregabalina para fibromialgia, separadamente, com populações e comparadores claramente definidos. , , As avaliações de 2021 consideraram evidências comparativas de certeza muito baixa e empregaram

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			registradas e consideradas na avaliação individualizada, sem exigência de exposição a tratamentos inadequados ao paciente.” , , Solicitamos explicitar fluxos entre atenção primária, reabilitação, serviços especializados em dor e centros responsáveis pelo EME, incluindo responsabilidades pelo acompanhamento. A indicação de uma tecnologia invasiva deve estar articulada à oferta das etapas anteriores e posteriores do cuidado. , , Adicionalmente, solicitamos ajustes na seção de dor nociplástica e fibromialgia, que integra o documento submetido à consulta, e o encaminhamento de uma proposta de reavaliação de tecnologias às instâncias competentes (incluídas no item 12 dessa contribuição). As propostas buscam apoiar a aplicação segura do EME e a coerência do protocolo como um todo, sem ampliar sua indicação para dor puramente nociplástica. A diferenciação dos mecanismos precisa resultar em percursos assistenciais definidos tanto para pacientes elegíveis à neuromodulação quanto para aqueles que necessitam de outras abordagens.	análises de custo-minimização sob premissa de equivalência terapêutica. Propomos reexaminar a robustez dessa premissa, pois ausência de diferença estatisticamente significativa não demonstra, por si só, equivalência clínica, entretanto, sínteses posteriores justificam atualizar a busca e a avaliação das evidências. A revisão de revisões Cochrane publicada em 2025 identificou benefício analgésico substancial de duloxetina e pregabalina para uma parcela dos pacientes no curto prazo, com limitações importantes sobre a duração do benefício e a identificação prévia de respondedores. Esses resultados não demonstram superioridade universal nem comprovam custo-efetividade no SUS. , , Uma eventual reavaliação deve considerar: , , a) aplicabilidade das evidências a pacientes com resposta insuficiente, intolerância ou contraindicação às alternativas disponíveis, , b) benefícios clinicamente relevantes e segurança, , c) preços representativos de aquisição pública, com conferência de unidades e apresentações, , d) cenário assistencial de referência e gastos efetivamente existentes, , e) população elegível e cenários de oferta delimitada, , f) critérios de continuidade e suspensão segundo resposta e eventos adversos. , , Não afirmamos que os preços atuais sejam menores nem que a incorporação gere economia. Solicitamos verificar essas questões com dados atualizados. Caso este encaminhamento seja considerado externo ao escopo da atualização, solicitamos sua apreciação como proposta de agenda futura, preservando a análise dos ajustes diretamente relacionados ao texto do PCDT. , , Referências bibliográficas: , , Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Versão preliminar submetida à Consulta Pública nº 95/2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. , , Brasil. Ministério da Saúde. Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. Relatório de Recomendação nº 647. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. , , Brasil. Ministério da Saúde. Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. Relatório de Recomendação nº 648. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. , , Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017, 1. doi:10.1002/14651858.CD012188.pub2. , , Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017, 76(2):318-328. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724. , , Moore A, Bidonde J, Fisher E, et al. Effectiveness of pharmacological therapies for fibromyalgia syndrome in adults: an overview of Cochrane Reviews. Rheumatology (Oxford). 2025, 64(5):2385-2394. doi:10.1093/rheumatology/keae707.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
01/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Regular	Gostaria de ter visto algo sobre dor oncológica nessa nova Consulta Pública do PCDT dor crônica , Como farmacêutica da SUS, vivencio no dia a dia a falta de acesso dos pacientes oncológicos a opoides e adjuvantes para o manejo da dor e seu consequente sofrimento, ao longo da jornada do tratamento e no seu fim de vida. , A dor oncológica é muito diferente da dor não oncológica! A prevalência dor crônica oncológica é extremamente alta e tem caráter misto (nociceptivo e neuropático). , É inadmissível que os pacientes com câncer morram com dor, mesmo tendo tratamento dispon´vel, por falhas no acesso. , Barreiras burocéticas precisam existir mas não podem se transformar em barreiras ao cuidado! , Sugiro que os pacientes com câncer tenham acesso diferenciado aos medicamentos para dor, fazendo parte de uma es´pécie de Cadastro Nacional para terem um acesso diferenciado, seguro, racional e menos burocratizado, capaz de promover dignidade do cuidado e qualidade de vida , Outra sugestão seria um Programa Nacional de Pacientes em Cuidados Paliativos, outro público que, apesar da recente Política Nacional de Cuidados Paliativos, ainda sofrem sem acesso a medicamentos essenciais. , Estar na REANAME, no PCDT da dor crônica, não tem sido suficiente.	Recomendo usar as Recomendações OMS para o tratamento da dor. , Recomendo associar à Política Nacional de Cuidados Paliativos , Recomendo associar à Nota Técnica elaborada pelo Núcleo Nacional de Cuidados Paliativos/MS, que falat sobre a lista mínima recomendada a estados e municípios para controle da dor e demais sintomas de pacientes em Cuidados Paliativos
02/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	O medicamento é importante para pessoas com a doença, muitas vezes os pacientes são adolescentes e jovens em inicio de idade laboral. O medicamento traria melhor qualidade de vida, e permitiria que os acometidos com a doença participem da sociedade, inclusive trabalhando. Os pais também ficariam aliviados de verem seus filhos com uma esperança para o tratamento de uma doença rara.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/10/2026	Paciente	Muito boa	Sim. Sugiro que a versão definitiva do PCDT: , , 1. inclua expressamente a fibromialgia (CID-10 M79.7) no escopo classificatório, , , 2. realize nova avaliação formal de duloxetina e pregabalina para fibromialgia, com busca bibliográfica atualizada até 2026 e atualização das análises econômicas e de impacto orçamentário, , , 3. explicite o papel das eMulti na APS e o acesso ao cuidado multiprofissional sem condicionamento prévio à regulação da Atenção Especializada, , , 4. fortaleça as PICS como cuidado complementar, inclusive durante períodos de espera ou reorganização terapêutica, sem substituir tratamentos necessários, , , 5. considere limitações funcionais, mobilidade reduzida e outras barreiras para adaptar o plano de cuidado, , , 6. evite que uma falta isolada produza desligamento automático ou nova barreira sem avaliação do motivo, , , 7. incorpore instrumentos de monitoramento funcional específicos, como FIQR-Br, e , , 8. alinhe o documento às Leis nº 14.705/2023, 15.176/2025 e 15.422/2026. , , Os fundamentos técnicos e científicos dessas propostas estão detalhados no documento anexado.	Gostaria de destacar especialmente a necessidade de atualização da avaliação farmacológica referente à duloxetina e à pregabalina para fibromialgia. O PCDT preliminar de 2026 mantém as deliberações de não incorporação fundamentadas nos Relatórios de Recomendação nº 647 e nº 648, de 2021, e informa que não foi realizada busca adicional da literatura para essas questões. , , Desde aquela avaliação foram publicadas novas revisões sistemáticas e meta-análises e, em 2026, novas Diretrizes Brasileiras da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da fibromialgia. Por esse motivo, solicita-se uma nova avaliação formal, com evidências científicas atualizadas, análise de eficácia e segurança, nova avaliação econômica e de impacto orçamentário com preços e condições atuais e consideração dos efeitos sobre equidade e acesso. , , Essa solicitação não pressupõe incorporação automática da duloxetina ou da pregabalina. O objetivo é que uma decisão nacional atualizada em 2026 seja sustentada por evidências científicas e econômicas contemporâneas e considere a individualização do tratamento. , , Também se considera essencial que a implementação do PCDT preserve a continuidade do cuidado, a articulação entre APS, eMulti, PICS, reabilitação, assistência farmacêutica e Atenção Especializada, considerando limitações funcionais e barreiras reais de acesso das pessoas com dor crônica.
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Gostaria de solicitar a inclusão e o acesso ampliado a alternativas terapêuticas modernas e integrativas para o maneio da dor crónica no SUS. É essencial que o protocolo contemple não apenas opções farmacológicas atualizadas, mas também um acompanhamento multidisciplinar ágil, de forma a garantir maior eficácia no controlo da dor e redução de efeitos colaterais.	Minha mãe teve fibromialgia e vivenciamos na pele o quão difícil e doloroso é ver a minha mãe com dores intensas sem ter recursos e tratamentos adequados disponíveis. A dor crónica impacta gravemente a qualidade de vida do doente e de toda a família. É fundamental que o SUS ofereça um protocolo humanizado, com acesso a tratamentos modernos, acompanhamento multidisciplinar e opções eficientes para aliviar o sofrimento de quem enfrenta essa condição.
03/10/2026	Interessado no tema	Boa	A dor crônica precisa ser tratada no sus com máxima atenção dos profissionais, a doença nào gera só dor fisica, mas afeta a saude mental e dificulta o acesso a diversas coisas. Por isso pedimos atenção ao atendimento e cuidados com essa doença.	Nao
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não!	Não
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
04/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Tenho outro tipo de ataxia e estou lutando para pesquisem mais sobre e que possam implementar mais medidas no sus sobre isso. E desejo que esse remédio que já foi lançado seja incorporado no sus.
05/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	A Associação Sergipana de Fibromialgia e Doenças Correlatas – ASFIBRO solicita o aperfeiçoamento do PCDT da Dor Crônica quanto à abordagem da fibromialgia e da dor nociplástica. Consideramos um avanço o reconhecimento, no próprio documento, da fibromialgia como condição clínica em que o componente nociplástico se manifesta, contudo, entendemos necessária maior operacionalização dessa abordagem no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização do cuidado no SUS. , , Propomos a inclusão expressa da classificação contemporânea da dor crônica segundo a CID-11, particularmente das categorias relacionadas à dor crônica primária e à dor crônica generalizada, estabelecendo sua adequada correlação clínica com a fibromialgia e com o conceito de dor nociplástica, sem prejuízo dos códigos classificatórios atualmente utilizados nos sistemas nacionais. , , Solicitamos também que a avaliação clínica não se limite à intensidade da dor, incorporando sistematicamente funcionalidade, limitações de atividades, restrições de participação, impacto laboral e social, qualidade de vida e fatores biopsicossociais. Essa abordagem é particularmente importante para pessoas com fibromialgia e está em consonância com o modelo biopsicossocial adotado pela legislação brasileira. , , Quanto ao tratamento, recomendamos que o PCDT estabeleça de maneira mais objetiva um percurso assistencial multiprofissional, com coordenação pela Atenção Primária à Saúde, critérios de encaminhamento para atenção especializada e serviços de dor e mecanismos de referência e contrarreferência. A assistência deve contemplar, conforme a necessidade individual, medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, educação física, farmácia, nutrição e demais áreas pertinentes. , , A ASFIBRO solicita ainda atualização da busca e análise das evidências científicas referentes às opções farmacológicas para fibromialgia, particularmente duloxetina e pregabalina, considerando evidências posteriores às avaliações utilizadas na elaboração do documento. Não se propõe incorporação automática dessas tecnologias, mas sua reavaliação com base em evidências atualizadas de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade. , , Em relação às intervenções não farmacológicas, recomendamos que exercício e atividade física para pessoas com fibromialgia sejam prescritos de maneira individualizada, progressiva e compatível com capacidade funcional, tolerância, comorbidades e resposta clínica, evitando a aplicação automática de metas populacionais gerais às pessoas com limitações funcionais. , , Solicitamos ainda que o PCDT estabeleça ações de educação permanente dos profissionais do SUS sobre fibromialgia, dor crônica e mecanismos nociplásticos, incluindo comunicação clínica adequada e enfrentamento do estigma, da deslegitimação da dor e de práticas discriminatórias. , , Por fim, recomendamos harmonização explícita do PCDT com a legislação federal vigente relacionada à atenção às pessoas com fibromialgia e dor crônica, fortalecendo integralidade, longitudinalidade, cuidado multiprofissional, educação em saúde e participação do paciente nas decisões terapêuticas.	A ASFIBRO apresenta esta contribuição na condição de organização da sociedade civil representativa de pessoas com fibromialgia e doenças correlatas, a partir da experiência cotidiana de acolhimento, educação em saúde, defesa de direitos e interlocução com usuários, familiares, profissionais e gestores do SUS. , , Consideramos fundamental que a atualização do PCDT da Dor Crônica resulte não apenas em recomendações tecnicamente adequadas, mas em capacidade concreta de produzir cuidado na rede pública. Para pessoas com fibromialgia, ainda existe distância significativa entre a recomendação de cuidado multiprofissional e o acesso efetivo e contínuo a esse cuidado. , , A fragmentação da assistência, a dificuldade de acesso à atenção especializada e à reabilitação, a ausência de fluxos assistenciais claros e a insuficiente capacitação sobre dor nociplástica podem prolongar o percurso até o diagnóstico e tratamento adequados e contribuir para sofrimento, perda funcional e impacto social e laboral. , , Por essa razão, solicitamos que a implementação do PCDT seja acompanhada de estratégias de educação permanente, organização dos fluxos assistenciais, monitoramento de acesso e resultados e fortalecimento da atuação multiprofissional, especialmente na Atenção Primária à Saúde. , , Ressaltamos também a importância da participação social. Pessoas que vivem com dor crônica e as organizações que as representam devem ser consideradas não apenas durante a consulta pública, mas também nos processos de implementação, monitoramento e futuras revisões das políticas e protocolos relacionados à dor crônica e à fibromialgia. , , A ASFIBRO reconhece os avanços presentes na proposta, especialmente a abordagem biopsicossocial, o reconhecimento dos mecanismos nociplásticos e a valorização do cuidado multimodal. Nossa contribuição busca fortalecer esses avanços e contribuir para que o PCDT se traduza em assistência integral, humanizada, baseada em evidências, centrada na pessoa e efetivamente acessível no SUS

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Fazer-se aplicar a lei 15.176/25, referente a politica de tratamento para pessoas Fibromiálgicas (com fibromialgia).	Foco na avaliação Biopsicosocial que garanta os direitos a quem precisa, além da capacitação dos profisssionais do Sus e Caps, já que a saúde mental tem sido um desafio.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Paciente	Regular	Consideramos um avanço o reconhecimento, no próprio PCDT da Dor Crônica, da fibromialgia como uma condição clínica em que o componente nociplástico se manifesta. Entretanto, entendemos que essa abordagem ainda precisa ser melhor operacionalizada no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização do cuidado no SUS. , A CID-11 representa um marco importante nessa evolução, ao incorporar a dor crônica como uma categoria própria — MG30 — e estabelecer uma classificação que contempla diferentes mecanismos e apresentações da dor, incluindo a dor crônica primária. A própria Organização Mundial da Saúde destaca que a nova classificação foi desenvolvida em colaboração com especialistas da IASP e permite uma abordagem mais adequada da dor crônica nos diferentes níveis de atenção. , Essa mudança contribui para que a dor crônica seja reconhecida como uma condição clínica que necessita de avaliação e manejo próprios, permitindo melhor comunicação entre profissionais, qualificação dos registros, organização da assistência e produção de dados epidemiológicos. , Nesse contexto, é fundamental que o PCDT avance também na compreensão e operacionalização da dor nociplástica. A IASP reconhece a dor nociplástica como um descritor mecanístico distinto da dor nociceptiva e neuropática, relacionado à alteração da nocicepção. Ela pode estar associada a manifestações como dor difusa, hiperalgesia, alodinia, fadiga, alterações do sono e dificuldades cognitivas, sendo a fibromialgia um dos exemplos clínicos mais relevantes. , Portanto, não se trata de classificar a dor como “psicológica” ou de atribuí-la simplesmente a fatores emocionais. Dor nociplástica é uma forma de descrever um mecanismo da dor, que pode coexistir com mecanismos nociceptivos e neuropáticos. Essa compreensão é essencial para reduzir o estigma, evitar abordagens inadequadas e direcionar o paciente para estratégias terapêuticas compatíveis com sua condição. , Outro ponto que consideramos indispensável é o reconhecimento do exercício físico direcionado como componente do tratamento, mas não de maneira genérica ou prescritiva. Pessoas com fibromialgia e outros quadros de dor crônica podem apresentar diferentes níveis de dor, fadiga, intolerância ao esforço, descondicionamento, alterações do sono e limitações funcionais. Por isso, a atividade física precisa ser individualizada, progressiva, monitorada e adaptada à capacidade funcional de cada pessoa. , Nesse sentido, defendemos a participação do profissional de Educação Física devidamente capacitado em exercício e dor crônica na equipe multiprofissional. Não se trata simplesmente de recomendar que o paciente “faça exercício”, mas de oferecer uma intervenção planejada, segura e individualizada, considerando intensidade, volume, frequência, recuperação, capacidade funcional e resposta aos sintomas. , A IASP reconhece a atividade física e o exercício como componentes importantes da prevenção, manejo e reabilitação de diversas condições crônicas, reforçando que o exercício estruturado é diferente da simples atividade física cotidiana. , Para pessoas com fibromialgia, portanto, “faça exercício” não pode ser considerado uma orientação terapêutica suficiente. É necessário definir qual exercício, em qual	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			intensidade, com qual progressão, com que frequência e sob qual acompanhamento profissional. Em pacientes com baixa tolerância ao esforço, a progressão também precisa respeitar os limites individuais e a resposta pós-esforço. , Dessa forma, propomos que o aperfeiçoamento do PCDT contemple expressamente: , a utilização da CID-11 e de sua classificação contemporânea da dor crônica, , a melhor operacionalização da avaliação da dor nociplástica, , a diferenciação entre mecanismos nociceptivo, neuropático e nociplástico, reconhecendo também a possibilidade de mecanismos mistos, , critérios para avaliação da dor, sintomas associados e impacto funcional, , estratégias não farmacológicas baseadas em evidências, , exercício físico individualizado e progressivo, integrado ao plano terapêutico, , inserção e capacitação de profissionais de Educação Física para atuação em programas de exercício voltados às pessoas com dor crônica, , acompanhamento longitudinal e avaliação dos resultados funcionais, e não apenas da intensidade da dor, , organização da linha de cuidado entre Atenção Primária, atenção especializada e serviços de referência em dor. , O avanço necessário, portanto, não é apenas reconhecer que fibromialgia envolve dor nociplástica. É fazer com que esse conhecimento científico mude a forma como o paciente é avaliado, tratado e acompanhado dentro do SUS. , A CID-11 atualizou a linguagem da dor. O PCDT precisa agora atualizar a prática clínica.	
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Regular	Precisamos de apoio psicológico, estamos enlouquecendo com tantas dores.	Quando vão ofertar medicação e tratamento pelo SUS?
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Gostaria de saber se a dor presente na Hanseníase também poderia ser incluída nesta proposta de protocolo.	No momento não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Sim. Solicito que o PCDT da Dor Crônica inclua um eixo específico e mais detalhado para a fibromialgia, considerando suas características como condição de dor crônica nociplástica e sua repercussão multidimensional sobre dor, fadiga, sono, funcionalidade, saúde mental e qualidade de vida. , , É importante que o protocolo estabeleça de forma mais clara que o tratamento da fibromialgia deve ser multimodal, individualizado e centrado na pessoa, contemplando educação em saúde, exercício terapêutico e atividade física graduada e adaptada à capacidade funcional, fisioterapia, acompanhamento psicológico/terapia cognitivo-comportamental, reabilitação multiprofissional e outras intervenções não farmacológicas conforme avaliação clínica. , , Também solicito que sejam estabelecidos critérios objetivos para avaliação e acompanhamento dos resultados terapêuticos, considerando não apenas a intensidade da dor, mas também funcionalidade, fadiga, sono, participação social e qualidade de vida. , , Quanto ao tratamento medicamentoso, solicito que o protocolo assegure opções adequadas para diferentes perfis de pacientes e que sejam continuamente reavaliadas as evidências científicas disponíveis sobre medicamentos específicos para fibromialgia, inclusive duloxetina e pregabalina, considerando que essas tecnologias foram avaliadas pela Conitec em 2021, mas que novas evidências científicas continuam sendo produzidas. , , A proposta deve ainda considerar que a recomendação de exercício precisa ser acompanhada e individualizada. Para muitas pessoas com fibromialgia, a progressão deve ser gradual, respeitando a tolerância e a capacidade funcional, com acompanhamento profissional, evitando orientações genéricas que possam levar à piora dos sintomas ou ao abandono do tratamento. , , Por fim, solicito que o PCDT estabeleça mecanismos para garantir que as intervenções recomendadas estejam efetivamente disponíveis na rede do SUS, com acesso à equipe multiprofissional e continuidade do cuidado. ,	Sim. Gostaria de destacar a necessidade de que a atualização do PCDT considere a realidade das pessoas que vivem com fibromialgia no SUS. , , O reconhecimento da fibromialgia como condição de dor nociplástica é importante, porém o acesso ao tratamento não pode permanecer apenas como uma recomendação no protocolo. É necessário garantir uma linha de cuidado organizada, com diagnóstico adequado, acompanhamento contínuo e acesso efetivo às diferentes modalidades terapêuticas. , , A fibromialgia não se manifesta apenas como dor. Fadiga, alterações do sono, dificuldades cognitivas, sofrimento emocional e redução da capacidade funcional podem comprometer profundamente a vida cotidiana, o trabalho, a autonomia e a participação social. Por isso, o resultado do tratamento deve ser avaliado de maneira integral. , , Também considero fundamental que o protocolo reconheça as diferenças individuais. Não existe uma única intervenção que funcione da mesma forma para todas as pessoas com fibromialgia. O cuidado deve permitir a combinação e o ajuste das estratégias conforme as características, limitações, comorbidades, preferências e resposta de cada paciente. , , Solicito, portanto, que a versão final do PCDT fortaleça a perspectiva do cuidado integral, multiprofissional, humanizado e baseado em evidências, garantindo que as pessoas com fibromialgia tenham acesso não apenas ao diagnóstico, mas a um tratamento contínuo, adequado e efetivamente disponível no SUS. , , A participação dos pacientes e das organizações da sociedade civil neste processo é fundamental para que o protocolo contemple também as barreiras encontradas na vida real para acessar e manter o tratamento. ,
05/10/2026	Paciente	Boa	Incluir a fibromialgia no pcdt como dor crônica	Temos uma lei que dá direito a tratamentos não estamos incluidos
05/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Sugerir a aplicação de ácido hialuronico nas articulações com artrose reduz significativamente os picos de crise e aumenta a condição de adesão a exercícios físicos de mobilidade com regularidade. , Oferecer os medicamentos mais comuns no SUS, como venlafaxina, pregabalina etc.
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Sempre lembrar das dores crônicas como devem ser tratada	Sempre lembrar das dores crônicas como devem ser tratada

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Adicionaria os benefícios da Hidroterapia no tratamento da dor crônica. Inclusive é uma aliada forte para os pacientes que não conseguem praticar atividades físicas. , Adicionaria a Ciclobenzaprina como aliado na melhora do sono e relaxamento muscular no tratamento.	Além dos fatores mencionados no texto, acredito que a Terapia Ocupacional é um forte aliado na prevenção e tratamento desses pacientes, que muitas vezes desenvolvem ansiedade e depressão, devido suas condições físicas serem limitadas.
05/10/2026	Paciente	Muito boa	atenção a dor crônica fibromialgia	fibromialgia
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Fibromialgia e transtorno afetivo bipolar
05/10/2026	Paciente	Regular	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nada a incluir.	Não.
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Quem sentir dor crônica precisa de atenção atendimento médico na saúde pública
05/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Regular	Precisamos de um tratamento adequado. Solicito que pcdt da dor crônica inclua um eixo específico. Mais detalhado para fibromialgia.	É fundamental que a atualização do pcdt considerem a realidade das pessoas com fibromialgia no SUS
05/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	Sim. A ANFIBRO endossa o documento em anexo escrito pela ASFIBRO.	A necessidade do uso da classificação Internacional de Doenças em sua edição 11 é fundamental, pois insere o conceito de dor nociplástica a qual a Fibromialgia pertence. Sem esta, nãao se há de falar em tratamento e acompanhamento, bem como assistencia.
05/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	"1. O informações para tratamento do paciente no SUS precisa estar integrado para que os médicos possam encaminhar as pessoas portadoras de dor crônica para um tratamento até que o paciente tenha condições de manter sua situação de saúde de controle. Normalmente tem alta após 10 sessões de fisioterapia oude alguma outra terapia que esteja fazendo. Tudo isso para tentar zerar a fila de espera por PICS. Só que acabam dando alta pra pacientes que ainda precisam bem mais do que 1 mês de tratamento. , , 2. Remédios como a duloxetina e pregabalina deveriam ser distribuídos pelo SUS, uma vez que o documento preliminar menciona esses medicamentos como os mais indicados para a fibromialgia , , 3. As UBS deveriam dispor de uma equipe de acolhimento para pessoas com dor crônica e não médicos e residentes despreparados para receber e atender esses pacientes, classificando-nos como ""CID PROIBIDO"" ou tratando com escarnio os sintomas dos pacientes , , 4. Exigir currículo em ""dor crônica"" dos profissionais da saúde para que seja considerados apropriados para o atendimento em dor crônica , , 5. Expandir o número de profissionais para atendimento não só em consultas como em terapias integrativas para tratamento desse público , , 6. Por fim, que representantes de associações e instituições dedicadas à população dor crônica, participem da comissão para decisão sobre o assunto."	Que as associação e instituições como.o Instituto Fibro Com Fibra possa ter um espaço físico que represente uma extensao das UBSs para os tratamentos integrativos tão necessários à dignidade e qualidade de vida dos pacientes com dor cronica
05/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A FEHOSP - Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, por meio do NIFIPO - Núcleo de Inteligência Filantrópica em Políticas Oncológicas, apresenta a integra de sua contribuição no link a seguir: https://drive.google.com/file/d/1N7h8lkg3dHN7CRjVdud3D2hVbxCTLTg7/view?usp=drivesdk	A FEHOSP - Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, por meio do NIFIPO - Núcleo de Inteligência Filantrópica em Políticas Oncológicas, apresenta a integra de sua contribuição no link a seguir: https://drive.google.com/file/d/1N7h8lkg3dHN7CRjVdud3D2hVbxCTLTg7/view?usp=drivesdk
06/10/2026	Paciente	Muito boa	não	Não
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Paciente	Boa	Melhor preparo de profissionais de saúde pra tratamento da Dor Crônica, incluindo fibromialgia e Doenças Co-relacionadas.	Gostaria que houvesse uso de Cannabis e Canetas emagrecedoras no tratamento de fibromialgia
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Sim	Sim
06/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Profissional de saúde	Ruim	"Declaração de interesse: sou médico com atuação em dor, anestesiologia e procedimentos intervencionistas, incluindo implante de estimulador de medula espinhal (EME). Todas as referências citadas são de acesso público. As páginas indicadas são as do relatório preliminar da CP 95/2026. Solicito resposta fundamentada a cada item. , , 1. ESTIMULAÇÃO-TESTE: LEITURA EQUIVOCADA DA BASE DE INCORPORAÇÃO (item 7.1.8.1, p. 29) - PRIORITÁRIO , O texto afirma que o Protocolo ""não preconiza a realização de teste prévio com estimulação temporária como obrigatória"". Essa afirmação contraria os documentos que fundamentaram a incorporação: , a) o Relatório de Recomendação Conitec nº 1045/2025 transcreve a instrução de uso do sistema avaliado, segundo a qual o sistema permanente é contraindicado para pacientes que não obtiveram alívio efetivo da dor durante a estimulação teste. Dispensar o teste leva o SUS a indicar o dispositivo em desacordo com a própria instrução de uso registrada, , b) o mesmo Relatório descreve o teste prévio de 3 a 14 dias, com exigência de redução mínima de 50% da dor para o implante definitivo, e incluiu no preço aprovado o kit de implante percutâneo temporário (R$ 9.062,80). O SUS precificou o teste e o PCDT o torna dispensável, , c) a diretriz de Shanthanna et al., listada pelo próprio PCDT no Quadro E (p. 98), recomenda a estimulação-teste antes do implante definitivo, exceto na dor anginosa (grau B), com avaliação funcional por atividade específica do paciente (Reg Anesth Pain Med 2023, 48:273-287, doi:10.1136/rapm-2022-104097). O Apêndice afirma que essa diretriz não alterou as recomendações, mas o texto contraria justamente sua principal recomendação, sem justificativa. , Redação proposta: ""O implante definitivo deve ser precedido de estimulação-teste com duração de até 10 dias, salvo exceção clínica justificada em prontuário. Considera-se teste bem-sucedido a redução igual ou superior a 50% na intensidade da dor, associada ao alcance de ao menos uma meta funcional individual definida antes do teste, sem aumento do consumo de analgésicos."" , , 2. INCLUSÃO PARA EME: EXIGÊNCIA DE DOR NEUROPÁTICA ANULA O TIPO I (item 5, p. 20) , A exigência de ""dor crônica refratária predominantemente neuropática"" esvazia a inclusão da síndrome de dor espinhal persistente tipo I, em que a dor axial raramente é neuropática. A indicação avaliada no Relatório nº 1045 abrangia dor crônica intratável do tronco e dos membros, e a população de dor crônica não cirúrgica teve a menor razão de custo-utilidade entre os grupos avaliados (R$ 38.189,60 por QALY). , Redação proposta: ""dor crônica refratária do tronco e/ou dos membros, incluindo a síndrome de dor espinhal persistente dos tipos I e II, com dor axial e/ou radicular, a síndrome de dor regional complexa, a neuropatia diabética dolorosa e a neuropatia pós-cirúrgica. O rol é exemplificativo."" , , 3. DEFINIÇÃO DE REFRATARIEDADE (Nota do item 5, p. 20) , Substituir ""intensidade ? 6/10"" por ""intensidade ? 5/10, com impacto funcional relevante"". Nos ensaios que fundamentaram a incorporação, a intensidade basal média variou de 5,9 a 9,2 (Relatório nº 1045), o corte em 6 exclui parte da população em que houve benefício. Acrescentar às terapias não medicamentosas exigidas: ""quando disponíveis	"1. OMISSÃO DOS PROCEDIMENTOS INTERVENCIONISTAS , O Apêndice metodológico (p. 91-92) declara que a busca de diretrizes incluiu intervenções intervencionistas (bloqueios, neuromodulação, procedimentos minimamente invasivos) e recomendações sobre indicação, contraindicação e escalonamento dessas estratégias. Apesar disso, o texto não traz uma linha sobre bloqueios anestésicos, infiltrações, procedimentos epidurais, radiofrequência ou terapia intratecal, procedimentos já constantes da Tabela SIGTAP e realizados no SUS. O silêncio tem sido interpretado por gestores, auditorias e operadoras como ausência de recomendação, com efeito prático de restrição de acesso sem qualquer avaliação. Solicita-se: (a) seção que reconheça os procedimentos intervencionistas já financiados pelo SUS e sua posição no escalonamento terapêutico, com encaminhamento à atenção especializada, (b) fluxograma de tratamento que indique o ponto de entrada dos procedimentos e do EME, que o próprio comitê discutiu como quarta linha terapêutica, (c) declaração expressa de que a ausência de menção não constitui recomendação contrária. , , 2. DIRETRIZ BUSSE ET AL., BMJ 2025: NÃO PODE FUNDAMENTAR RESTRIÇÃO (Apêndice 1, Quadro D, p. 97) , O Quadro D lista entre as diretrizes consideradas a de Busse et al. (BMJ 2025, 388:e079970, doi:10.1136/bmj-2024-079970), que emitiu recomendações fortes contra radiofrequência articular, injeções epidurais e injeções articulares na dor crônica da coluna. Essa diretriz não é base válida para restringir procedimentos no SUS: , a) trinta e quatro sociedades médicas, entre elas a Latin American Pain Society, a American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, a North American Spine Society e a North American Neuromodulation Society, publicaram resposta conjunta apontando falhas metodológicas graves e pedindo a retratação (Multisociety response to The BMJ publications on interventional spine procedures for chronic back and neck pain, PubMed PMID 40264745), , b) a meta-análise que a embasa agrupou procedimentos distintos, tratando radiofrequência pulsada intra-articular como equivalente à neurotomia por radiofrequência de ramo medial, e misturou regiões da coluna, diagnósticos e técnicas, diluindo o efeito das técnicas padronizadas, , c) omitiu o ensaio mais robusto sobre bloqueio epidural transforaminal lombar (Ghahreman et al., Pain Med 2010, 11:1149-68, doi:10.1111/j.1526-4637.2010.00908.x) e extraiu de forma incorreta os dados do principal ensaio de radiofrequência cervical (Lord et al., N Engl J Med 1996, 335:1721-6, doi:10.1056/NEJM199612053352302), , d) não avaliou a fidelidade técnica dos estudos (guia por imagem,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			na rede, a indisponibilidade documentada não impede a indicação"", para que a escassez de terapia cognitivo-comportamental no SUS não vire critério de exclusão. , , 4. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL CONTRADITÓRIA (p. 21 e 28) , A triagem é ""obrigatória"" no item 6 (p. 21) e ""sempre que possível"" no item 7.1.8.1 (p. 28). Propõe-se uniformizar: ""Triagem psicossocial obrigatória, com instrumento validado que inclua rastreio de depressão (HADS ou BDI) e de catastrofização (PCS), o MMPI pode ser utilizado quando disponível."" O MMPI é extenso, depende de psicólogo e tem baixa disponibilidade na rede, a diretriz de Shanthanna et al. (2023) exige instrumento objetivo validado, sem exigir instrumento específico. , , 5. CONTINUIDADE DO TRATAMENTO (itens 7.1.8.2, p. 30, e 9, p. 50) , Incluir: ""Fica assegurada ao paciente implantado a troca do gerador por esgotamento da bateria, a revisão cirúrgica do sistema, o explante quando indicado e a reprogramação ambulatorial, com códigos próprios na Tabela SIGTAP, inclusive para a estimulação-teste. Considera-se benefício para continuidade a manutenção de redução igual ou superior a 30% da dor associada a melhora funcional."" O Relatório nº 1045 precificou o kit de troca de gerador (R$ 81.889,00 recarregável, R$ 61.657,00 não recarregável) e registrou, na Perspectiva do Paciente, retorno da dor e dos medicamentos após o fim da bateria. Sem previsão expressa, o paciente implantado fica sem cobertura para manter o próprio dispositivo. , , 6. ÁREA DE ATUAÇÃO EM MEDICINA DA DOR (Quadro 5, p. 48, item 7.1.8.2, p. 30, item 9, p. 50) , a) O Quadro 5 lista ortopedista, fisiatra, reumatologista e paliativista e omite a área de atuação em Medicina da Dor, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, com registro de qualificação (RQE). Propõe-se incluí-la. , b) O item 7.1.8.2 (p. 30) já remete o paciente com piora ao ""especialista em dor"" para reprogramação, sem definir quem é. O item 9 exige ""profissionais com experiência em neuromodulação"", critério vago e não auditável. Redação proposta: ""A indicação e o acompanhamento da EME devem estar sob responsabilidade de médico com área de atuação em Medicina da Dor (RQE), em equipe multiprofissional com avaliação neurocirúrgica ou de cirurgia de coluna para exclusão de compressão estrutural passível de tratamento cirúrgico (item 7.1.8.4). O implante e a programação devem ser realizados por médico com treinamento comprovado em neuromodulação."" , , 7. NOVA SUBSEÇÃO: PACIENTE COM DOR CRÔNICA NO PERIOPERATÓRIO E PREVENÇÃO DA DOR CRÔNICA PÓS-CIRÚRGICA , O PCDT inclui a neuropatia pós-cirúrgica entre as indicações do EME (p. 20), mas não trata de sua prevenção nem do paciente com dor crônica que será operado, o de maior risco de dor aguda descontrolada e de cronificação. Redação proposta: ""Pessoas com dor crônica, em especial em uso regular de opioides, quando submetidas a cirurgia devem ter plano analgésico perioperatório definido previamente, com manutenção do opioide de base, analgesia multimodal e, quando indicado, anestesia regional, incluindo bloqueios de nervos periféricos e analgesia contínua por cateter peridural ou perineural, já constantes da Tabela SIGTAP. Em cirurgias de maior risco de dor crônica pós-cirúrgica, como toracotomia, cirurgia oncológica de mama e cesariana, recomenda-se	contraste, bloqueio diagnóstico prévio, parâmetros de lesão), fator determinante do resultado de procedimentos intervencionistas, , e) emitiu recomendações fortes embora os próprios autores reconheçam não haver evidência de alta certeza para nenhum procedimento, o que é incompatível com o uso habitual do GRADE, , f) o mesmo Quadro D lista a diretriz da ASIPP sobre intervenções facetárias (2020), de conclusões opostas, sem explicitar como diretrizes conflitantes foram ponderadas, , g) não avaliou a estimulação medular e não pode ser extrapolada para o EME. , Solicita-se registro expresso no texto final de que a diretriz Busse et al. não fundamenta recomendação sobre procedimentos intervencionistas e de que qualquer restrição a procedimentos já disponíveis no SUS dependerá de pergunta PICO própria, com participação de especialistas em dor intervencionista. , , 3. DECISÕES DE 2021 NÃO REAVALIADAS E PERDA DE TRANSPARÊNCIA , As decisões sobre pregabalina, duloxetina e lidocaína seguem com a justificativa de busca ""considerada recente"", embora tenha cinco anos. Os limiares de 50 e 90 mg/dia de equivalente de morfina (p. 44) entraram sem pergunta estruturada no Apêndice. O PCDT de 2024 trazia as tabelas de evidência completas das perguntas PICO, a proposta substitui por remissões a relatórios de 2021, o que reduz a rastreabilidade das recomendações. Solicita-se a reinclusão das tabelas de evidência e a reavaliação das decisões com mais de cinco anos. , , 4. AGENDA PARA A PRÓXIMA ATUALIZAÇÃO , Solicita-se que a próxima atualização inclua perguntas PICO sobre: bloqueios diagnósticos e terapêuticos, radiofrequência de ramo medial e de articulação sacroilíaca, injeções epidurais, infiltrações intra-articulares, analgesia regional perioperatória no paciente com dor crônica e terapia intratecal, com seleção de pacientes por critérios diagnósticos padronizados e participação de médicos com área de atuação em Medicina da Dor e anestesiologistas no grupo elaborador. , , 5. MOTIVAÇÃO , Considerando que o PCDT orienta a oferta do SUS, a regulação, as decisões judiciais e a auditoria na saúde suplementar, solicita-se que a Conitec responda de forma motivada a cada ponto desta contribuição, em especial aos itens sobre estimulação-teste, omissão dos procedimentos intervencionistas e diretriz Busse et al., nos termos do dever de motivação dos atos administrativos (Lei nº 9.784/1999, art. 50)."

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			considerar anestesia regional como estratégia de prevenção."" Revisão Cochrane (Weinstein et al., 2018, CD007105) mostrou menor chance de dor persistente com peridural na toracotomia (OR 0,52, evidência moderada), anestesia regional na cirurgia oncológica de mama (OR 0,43, evidência baixa) e na cesariana (OR 0,46, evidência moderada). , , 8. INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR (item 7.2.1, p. 33) , O texto declara que injeções intra-articulares de corticosteroide ""não são recomendadas"" na osteoartrite de joelho e quadril, sem referência no trecho e sem pergunta estruturada no Apêndice 1. A diretriz do American College of Rheumatology/Arthritis Foundation recomenda a injeção intra-articular de corticosteroide no joelho e no quadril para melhora de dor e função a curto prazo (Kolasinski et al., Arthritis Care Res 2020, 72:149-162, doi:10.1002/acr.24131). Propõe-se suprimir a recomendação negativa quanto ao corticosteroide intra-articular ou substituí-la por: ""pode ser considerada para controle da dor a curto prazo, em especial em exacerbações, como parte de plano terapêutico multimodal"". , , 9. CORREÇÕES NECESSÁRIAS (registro sucinto) , a) Item 9 (p. 50): remete à consulta do SIGTAP ""por código da CID-10 para a respectiva neoplasia maligna"", texto oriundo de outro protocolo, sem relação com dor crônica. , b) Fibromialgia (p. 34): pregabalina e duloxetina passaram de ""não incorporadas"" (PCDT 2024) a ""não recomendadas"". Uma decisão de não incorporação por custo, de 2021, foi convertida em recomendação clínica negativa sem nova avaliação. Propõe-se retornar à redação de 2024. , c) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (p. 67): afirma que opiáceos ""não causam dependência facilmente"", o que contradiz a seção de riscos do próprio PCDT (p. 44) e o dever de informar riscos (art. 34 do Código de Ética Médica). Na p. 51, ""deve-se informar"" passou a ""recomenda-se informar"". Propõe-se corrigir o termo e restaurar ""deve-se"". , d) Metadona: a p. 36 mantém razão de conversão fixa ""1:5 a 1:12"", o Quadro 4 (p. 45) adota o método de Ayonrinde e afirma que a conversão não deve usar razão fixa. Harmonizar. , e) Decisões de não incorporação (p. 32): o texto descreve codeína e morfina em baixa dose como não incorporadas, mas ambas constam da lista de medicamentos do Protocolo, a pergunta avaliada em 2021 foi apenas sobre tramadol (Apêndice 1, Questão 6). , f) Datas de portarias de 2021 divergem entre o texto principal e o Apêndice 1 (Portarias 45, 46, 48, 50, 51, 52 e 59). Na Questão 5 (lidocaína), o Apêndice cita o Relatório 643, quando as referências do próprio documento indicam o Relatório 649. Conferir e corrigir. , g) Não há CID para as condições elegíveis ao EME (o Protocolo usa apenas R52.1 e R52.2) nem termo de esclarecimento específico para o EME. Incluir ambos."	
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Paciente	Boa	Solicito que a pcdt da dor crônica inclua um eixo específico e mais detalhes para fibromialgia	É fundamental que a atualização do pcdt considere , , A realidade das pessoas que vive com fibromialgia no sus
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Profissional de saúde	Regular	Consideramos um avanço o reconhecimento, no próprio PCDT da Dor Crônica, da fibromialgia como uma condição clínica em que o componente nociplástico se manifesta. Entretanto, entendemos que essa abordagem ainda precisa ser melhor operacionalizada no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização do cuidado no SUS. , A CID-11 representa um marco importante nessa evolução, ao incorporar a dor crônica como uma categoria própria — MG30 — e estabelecer uma classificação que contempla diferentes mecanismos e apresentações da dor, incluindo a dor crônica primária. A própria Organização Mundial da Saúde destaca que a nova classificação foi desenvolvida em colaboração com especialistas da IASP e permite uma abordagem mais adequada da dor crônica nos diferentes níveis de atenção. , Essa mudança contribui para que a dor crônica seja reconhecida como uma condição clínica que necessita de avaliação e manejo próprios, permitindo melhor comunicação entre profissionais, qualificação dos registros, organização da assistência e produção de dados epidemiológicos. , Nesse contexto, é fundamental que o PCDT avance também na compreensão e operacionalização da dor nociplástica. A IASP reconhece a dor nociplástica como um descritor mecanístico distinto da dor nociceptiva e neuropática, relacionado à alteração da nocicepção. Ela pode estar associada a manifestações como dor difusa, hiperalgesia, alodinia, fadiga, alterações do sono e dificuldades cognitivas, sendo a fibromialgia um dos exemplos clínicos mais relevantes. , Portanto, não se trata de classificar a dor como “psicológica” ou de atribuí-la simplesmente a fatores emocionais. Dor nociplástica é uma forma de descrever um mecanismo da dor, que pode coexistir com mecanismos nociceptivos e neuropáticos. Essa compreensão é essencial para reduzir o estigma, evitar abordagens inadequadas e direcionar o paciente para estratégias terapêuticas compatíveis com sua condição. , Outro ponto que consideramos indispensável é o reconhecimento do exercício físico direcionado como componente do tratamento, mas não de maneira genérica ou prescritiva. Pessoas com fibromialgia e outros quadros de dor crônica podem apresentar diferentes níveis de dor, fadiga, intolerância ao esforço, descondicionamento, alterações do sono e limitações funcionais. Por isso, a atividade física precisa ser individualizada, progressiva, monitorada e adaptada à capacidade funcional de cada pessoa. , Nesse sentido, defendemos a participação do profissional de Educação Física devidamente capacitado em exercício e dor crônica na equipe multiprofissional. Não se trata simplesmente de recomendar que o paciente “faça exercício”, mas de oferecer uma intervenção planejada, segura e individualizada, considerando intensidade, volume, frequência, recuperação, capacidade funcional e resposta aos sintomas. , A IASP reconhece a atividade física e o exercício como componentes importantes da prevenção, manejo e reabilitação de diversas condições crônicas, reforçando que o exercício estruturado é diferente da simples atividade física cotidiana. , Para pessoas com fibromialgia, portanto, “faça exercício” não pode ser considerado uma orientação terapêutica suficiente. É necessário definir qual exercício, em qual	Consideramos um avanço o reconhecimento, no próprio PCDT da Dor Crônica, da fibromialgia como uma condição clínica em que o componente nociplástico se manifesta. Entretanto, entendemos que essa abordagem ainda precisa ser melhor operacionalizada no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização do cuidado no SUS. , A CID-11 representa um marco importante nessa evolução, ao incorporar a dor crônica como uma categoria própria — MG30 — e estabelecer uma classificação que contempla diferentes mecanismos e apresentações da dor, incluindo a dor crônica primária. A própria Organização Mundial da Saúde destaca que a nova classificação foi desenvolvida em colaboração com especialistas da IASP e permite uma abordagem mais adequada da dor crônica nos diferentes níveis de atenção. , Essa mudança contribui para que a dor crônica seja reconhecida como uma condição clínica que necessita de avaliação e manejo próprios, permitindo melhor comunicação entre profissionais, qualificação dos registros, organização da assistência e produção de dados epidemiológicos. , Nesse contexto, é fundamental que o PCDT avance também na compreensão e operacionalização da dor nociplástica. A IASP reconhece a dor nociplástica como um descritor mecanístico distinto da dor nociceptiva e neuropática, relacionado à alteração da nocicepção. Ela pode estar associada a manifestações como dor difusa, hiperalgesia, alodinia, fadiga, alterações do sono e dificuldades cognitivas, sendo a fibromialgia um dos exemplos clínicos mais relevantes. , Portanto, não se trata de classificar a dor como “psicológica” ou de atribuí-la simplesmente a fatores emocionais. Dor nociplástica é uma forma de descrever um mecanismo da dor, que pode coexistir com mecanismos nociceptivos e neuropáticos. Essa compreensão é essencial para reduzir o estigma, evitar abordagens inadequadas e direcionar o paciente para estratégias terapêuticas compatíveis com sua condição. , Outro ponto que consideramos indispensável é o reconhecimento do exercício físico direcionado como componente do tratamento, mas não de maneira genérica ou prescritiva. Pessoas com fibromialgia e outros quadros de dor crônica podem apresentar diferentes níveis de dor, fadiga, intolerância ao esforço, descondicionamento, alterações do sono e limitações funcionais. Por isso, a atividade física precisa ser individualizada, progressiva, monitorada e adaptada à capacidade funcional de cada pessoa. , Nesse sentido, defendemos a participação do profissional de Educação Física devidamente capacitado em exercício e dor crônica na equipe multiprofissional. Não se trata simplesmente de recomendar

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			intensidade, com qual progressão, com que frequência e sob qual acompanhamento profissional. Em pacientes com baixa tolerância ao esforço, a progressão também precisa respeitar os limites individuais e a resposta pós-esforço. , Dessa forma, propomos que o aperfeiçoamento do PCDT contemple expressamente: , a utilização da CID-11 e de sua classificação contemporânea da dor crônica, , a melhor operacionalização da avaliação da dor nociplástica, , a diferenciação entre mecanismos nociceptivo, neuropático e nociplástico, reconhecendo também a possibilidade de mecanismos mistos, , critérios para avaliação da dor, sintomas associados e impacto funcional, , estratégias não farmacológicas baseadas em evidências, , exercício físico individualizado e progressivo, integrado ao plano terapêutico, , inserção e capacitação de profissionais de Educação Física para atuação em programas de exercício voltados às pessoas com dor crônica, , acompanhamento longitudinal e avaliação dos resultados funcionais, e não apenas da intensidade da dor, , organização da linha de cuidado entre Atenção Primária, atenção especializada e serviços de referência em dor. , O avanço necessário, portanto, não é apenas reconhecer que fibromialgia envolve dor nociplástica. É fazer com que esse conhecimento científico mude a forma como o paciente é avaliado, tratado e acompanhado dentro do SUS. , A CID-11 atualizou a linguagem da dor. O PCDT precisa agora atualizar a prática clínica.	que o paciente “faça exercício”, mas de oferecer uma intervenção planejada, segura e individualizada, considerando intensidade, volume, frequência, recuperação, capacidade funcional e resposta aos sintomas. , A IASP reconhece a atividade física e o exercício como componentes importantes da prevenção, manejo e reabilitação de diversas condições crônicas, reforçando que o exercício estruturado é diferente da simples atividade física cotidiana. , Para pessoas com fibromialgia, portanto, “faça exercício” não pode ser considerado uma orientação terapêutica suficiente. É necessário definir qual exercício, em qual intensidade, com qual progressão, com que frequência e sob qual acompanhamento profissional. Em pacientes com baixa tolerância ao esforço, a progressão também precisa respeitar os limites individuais e a resposta pós-esforço. , Dessa forma, propomos que o aperfeiçoamento do PCDT contemple expressamente: , a utilização da CID-11 e de sua classificação contemporânea da dor crônica, , a melhor operacionalização da avaliação da dor nociplástica, , a diferenciação entre mecanismos nociceptivo, neuropático e nociplástico, reconhecendo também a possibilidade de mecanismos mistos, , critérios para avaliação da dor, sintomas associados e impacto funcional, , estratégias não farmacológicas baseadas em evidências, , exercício físico individualizado e progressivo, integrado ao plano terapêutico, , inserção e capacitação de profissionais de Educação Física para atuação em programas de exercício voltados às pessoas com dor crônica, , acompanhamento longitudinal e avaliação dos resultados funcionais, e não apenas da intensidade da dor, , organização da linha de cuidado entre Atenção Primária, atenção especializada e serviços de referência em dor. , O avanço necessário, portanto, não é apenas reconhecer que fibromialgia envolve dor nociplástica. É fazer com que esse conhecimento científico mude a forma como o paciente é avaliado, tratado e acompanhado dentro do SUS. , A CID-11 atualizou a linguagem da dor. O PCDT precisa agora atualizar a prática clínica.
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não ,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Gostaria que fossem incluídas medidas que garantam acesso efetivo aos medicamentos utilizados no tratamento da dor crônica, dor neuropática e fibromialgia, incluindo pregabalina e duloxetina quando houver indicação médica e preenchimento dos critérios clínicos. , , Também considero importante que o SUS forneça os medicamentos prescritos independentemente de o paciente ter realizado a consulta pelo próprio SUS, por plano de saúde, como a Unimed, ou de forma particular. Se existe uma receita válida, emitida por médico habilitado, e o paciente atende aos critérios clínicos estabelecidos pelo protocolo, o local onde ocorreu a consulta não deveria ser motivo para impedir o acesso ao medicamento. , , Muitas vezes o paciente procura atendimento particular ou utiliza seu plano de saúde justamente porque não consegue esperar meses por uma consulta no SUS. Não considero justo que essa pessoa seja penalizada posteriormente e tenha seu acesso ao medicamento negado. , , Também solicito que o protocolo estabeleça prioridade e prazo adequado para o início da fisioterapia de pacientes com dor crônica. Esperar meses ou mais de um ano para iniciar fisioterapia pode significar piora da dor, perda de força, mobilidade e capacidade funcional. , , É necessário garantir também psicoterapia individual, além dos atendimentos em grupo, conforme a necessidade de cada paciente, bem como ampliar o acesso à acupuntura e ao Pilates terapêutico. , , Outro ponto que considero importante é o tratamento do sobrepeso e da obesidade dentro do cuidado integral da pessoa com dor crônica. Para alguns pacientes, a redução de peso pode auxiliar na mobilidade, na realização de exercícios e na redução da sobrecarga musculoesquelética. , , Por isso, sugiro que o SUS amplie o tratamento da obesidade e avalie a disponibilização de medicamentos modernos para controle do peso, inclusive a tirzepatida (Mounjaro), quando houver indicação médica e o paciente preencher os critérios clínicos estabelecidos. , , O paciente com dor crônica precisa ser tratado como um todo, e não apenas receber medicação para suportar a dor.	Como pessoa que convive com dor crônica, peço que quem estiver avaliando este protocolo considere principalmente a realidade de quem depende desses tratamentos. , , Conviver todos os dias com dor interfere no sono, no humor, na disposição, na mobilidade, no trabalho, na convivência familiar e nas atividades mais simples do dia a dia. Por isso, é muito difícil aceitar que, depois de receber uma indicação médica de fisioterapia, psicoterapia, acupuntura ou outro tratamento, o paciente ainda tenha que esperar meses ou até mais de um ano para conseguir atendimento. , , Precisamos de fisioterapia com início rápido e continuidade, psicólogo com possibilidade de atendimento individual, acupuntura, Pilates terapêutico e acompanhamento multidisciplinar de verdade. , , Também precisamos ter acesso aos medicamentos prescritos quando existe indicação médica. Uma pessoa que precisou consultar pela Unimed ou pagar uma consulta particular porque não conseguiu atendimento rápido no SUS não deveria ser obrigada a procurar outro médico somente para repetir a mesma receita. O SUS deveria aceitar a prescrição de profissional habilitado, independentemente de onde ocorreu a consulta, observados os critérios clínicos necessários. , , Outro aspecto que merece atenção é o controle do peso. Para pacientes que possuem sobrepeso ou obesidade e precisam emagrecer como parte do tratamento, deveria existir acompanhamento adequado pelo SUS, com nutricionista, atividade física orientada, apoio psicológico e, quando indicado pelo médico, tratamento medicamentoso. , , Peço que seja considerada inclusive a disponibilização pelo SUS da tirzepatida (Mounjaro) para pacientes que preencham os critérios médicos para tratamento da obesidade. O custo desse tipo de medicamento torna o tratamento inacessível para muitas famílias. , , Não se trata de buscar um medicamento por estética. Trata-se de permitir que pessoas que realmente precisam perder peso por questões de saúde tenham acesso a um tratamento completo, acompanhado por profissionais, que possa contribuir para melhorar mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida. , , Dor crônica exige cuidado contínuo. O paciente precisa ter acesso ao tratamento no momento em que necessita, e não somente meses ou anos depois.
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Nós pacientes precisamos muito desse olhar a nosso favor	Não
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Nao
06/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não, o texto está bem completo.	A dor é incapacitante e não espera.
06/10/2026	Paciente	Boa	Cuidar e divulgar mais sobre a fibromialgia para mitigar os comentários nocivos e as críticas	Os pacientes com Fibromialgia sobrem muito coma desconfiança sobre nossas dores e incapacidade labirativa, até mesmo os peritos do INSS, que precisam de mais empatia, conhecimento e escuta ativa
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Posto em prática a mais rápido possível.
06/10/2026	Paciente	Boa	Que os pacientes qualquer órgão seja respeitados .ex INSS.	Muito mau atendinda pedido de Blumenau ainda fez piadinha .
06/10/2026	Paciente	Regular	, , , , Solicito que o PCDT da Dor Crônica inclua um eixo específico e mais detalhado para a fibromialgia, considerando suas características como condição de dor nociplástica e sua repercussão sobre dor, fadiga, sono, funcionalidade, saúde mental e qualidade de vida. , , É importante que o tratamento seja multimodal, individualizado e centrado na pessoa, contemplando educação em saúde, exercício terapêutico e atividade física graduada e adaptada à capacidade funcional, fisioterapia, acompanhamento psicológico, reabilitação multiprofissional e outras intervenções não farmacológicas conforme avaliação clínica. , , Também é necessário considerar a avaliação da funcionalidade, fadiga, sono e qualidade de vida, e não somente a intensidade da dor. , , Solicito ainda que as opções farmacológicas e as evidências científicas disponíveis para o tratamento da fibromialgia sejam continuamente reavaliadas, garantindo alternativas adequadas aos diferentes perfis de pacientes. , , As recomendações precisam ser acompanhadas de condições reais de acesso aos tratamentos na rede do SUS, garantindo continuidade do cuidado. , , , , , , ,	É fundamental que a atualização do PCDT considere a realidade das pessoas que vivem com fibromialgia no SUS. , , A fibromialgia não se manifesta apenas como dor. Fadiga, alterações do sono, dificuldades cognitivas, sofrimento emocional e redução da capacidade funcional podem comprometer profundamente a vida cotidiana, o trabalho, a autonomia e a participação social. , , Por isso, é necessário um cuidado integral, multiprofissional, individualizado e baseado em evidências, com acesso efetivo às diferentes modalidades de tratamento. , , O reconhecimento da fibromialgia como condição de dor nociplástica precisa estar acompanhado de uma linha de cuidado organizada e acessível, para que o tratamento não permaneça apenas como uma recomendação no papel. , Solicitamos que a versão final do PCDT fortaleça o cuidado integral e humanizado e garanta que as pessoas com fibromialgia tenham acesso a tratamento contínuo, adequado e efetivamente disponível no SUS.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Considero importante que o PCDT explicite de forma mais clara a abordagem terapêutica da fibromialgia, especialmente para pacientes que não apresentam resposta adequada, não toleram ou possuem contraindicação às opções farmacológicas atualmente disponíveis no SUS. , O próprio relatório reconhece a fibromialgia como uma importante condição associada à dor nociplástica e reconhece evidências para diferentes classes farmacológicas. Entretanto, as alternativas terapêuticas efetivamente disponíveis no SUS permanecem limitadas, enquanto duloxetina e pregabalina não foram incorporadas. Sugiro que o protocolo estabeleça de forma mais clara quais são as alternativas e os critérios de manejo para pacientes que falham, apresentam intolerância ou contraindicação ao tratamento de primeira escolha, evitando que esses pacientes permaneçam sem uma alternativa terapêutica adequada. Também considero importante que o PCDT enfatize que o tratamento da fibromialgia deve ser multimodal, contemplando não apenas medicamentos, mas também exercício terapêutico, fisioterapia, abordagem psicológica/TCC e outras intervenções não farmacológicas quando indicadas, garantindo que essas estratégias estejam efetivamente disponíveis na rede pública. Também sugiro que o protocolo preveja critérios para reavaliação periódica das tecnologias terapêuticas não incorporadas, considerando a evolução das evidências científicas, especialmente para pacientes que não obtêm resposta satisfatória ou não toleram as alternativas atualmente disponíveis no SUS.	Como filha de pessoa com fibromialgia, considero especialmente importante que o PCDT reconheça a heterogeneidade da fibromialgia e da dor crônica. Pacientes com o mesmo diagnóstico podem apresentar diferentes combinações de dor, alterações do sono, fadiga, sintomas cognitivos e comprometimento funcional, além de respostas muito diferentes aos tratamentos. Por isso, considero inadequado que o acesso ao tratamento fique excessivamente concentrado em poucas opções, especialmente quando há falha terapêutica ou intolerância. Também considero fundamental que o SUS ofereça acesso real e não apenas teórico às medidas não farmacológicas recomendadas pelo próprio protocolo. Exercício terapêutico, fisioterapia e intervenções psicológicas direcionadas à dor exigem disponibilidade de profissionais capacitados, acompanhamento e continuidade do cuidado. , Sugiro que a versão final do PCDT seja acompanhada estratégias que favoreçam a efetiva implementação dessas recomendações na rede pública e que estabeleça um caminho assistencial claro para os pacientes que não respondem às opções iniciais.
06/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Que houvesse capacitação sobre o assunto para os PERITOS do INSS, visto que os mesmo usam um único critério para as PERÍCIAS M[EDICAS: INDEFERIR benefícios Sociais sem o devido conhecimento desse importante documento cientifico - PCDT.	Que fosse regulamentada a Lei nº 15.176/2025, a qual institui um programa nacional de proteção aos direitos de pessoas com fibromialgia, fadiga crônica ou síndromes de dor complexa, permitindo sua equiparação a pessoa com deficiência mediante avaliação biopsicossocial.
06/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	, , Ter acesso ao tratamento pelo SUS pode representar uma oportunidade de melhorar a qualidade de vida, preservar a autonomia pelo maior tempo possível e diminuir os impactos que a doença causa no dia a dia.	Sim, considero necessário que esse tratamento seja disponibilizado pelo SUS. Conviver com uma doença degenerativa traz muitas dificuldades para o paciente e para toda a família, tanto físicas quanto emocionais e financeiras. ,
06/10/2026	Paciente	Boa	Nós pacientes de dor crônica temos que ter reconhecimento ,mais empatia e mais cuidado em todos os âmbitos .	Não
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Para os locais onde ainda não tem médico especialista, no caso o Reumatologista, formar os médicos da clínica da família para atendimento especializado.	Os remédios são caros e não tem disponíveis no SUS. Pilates e hidroginástica também ajudariam muito . Sem falar na carência de psicólogos. Eu mesma estou há dois anos aguardando atendimento, se não fosse Deus na minha vida eu já teria me matado, porque essa doença mexe muito com o psicológico.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Paciente	Regular	Solicito que o PCDT da Dor Crônica inclua um eixo específico e mais detalhado para a fibromialgia, considerando suas características como condição de dor nociplástica e sua repercussão sobre dor, fadiga, sono, funcionalidade, saúde mental e qualidade de vida. , , É importante que o tratamento seja multimodal, individualizado e centrado na pessoa, contemplando educação em saúde, exercício terapêutico e atividade física graduada e adaptada à capacidade funcional, fisioterapia, acompanhamento psicológico, reabilitação multiprofissional e outras intervenções não farmacológicas conforme avaliação clínica. , , Também é necessário considerar a avaliação da funcionalidade, fadiga, sono e qualidade de vida, e não somente a intensidade da dor. , , Solicito ainda que as opções farmacológicas e as evidências científicas disponíveis para o tratamento da fibromialgia sejam continuamente reavaliadas, garantindo alternativas adequadas aos diferentes perfis de pacientes. , , As recomendações precisam ser acompanhadas de condições reais de acesso aos tratamentos na rede do SUS, garantindo continuidade do cuidado.	É fundamental que a atualização do PCDT considere a realidade das pessoas que vivem com fibromialgia no SUS. , , A fibromialgia não se manifesta apenas como dor. Fadiga, alterações do sono, dificuldades cognitivas, sofrimento emocional e redução da capacidade funcional podem comprometer profundamente a vida cotidiana, o trabalho, a autonomia e a participação social. , , Por isso, é necessário um cuidado integral, multiprofissional, individualizado e baseado em evidências, com acesso efetivo às diferentes modalidades de tratamento. , , O reconhecimento da fibromialgia como condição de dor nociplástica precisa estar acompanhado de uma linha de cuidado organizada e acessível, para que o tratamento não permaneça apenas como uma recomendação no papel. , , Solicitamos que a versão final do PCDT fortaleça o cuidado integral e humanizado e garanta que as pessoas com fibromialgia tenham acesso a tratamento contínuo, adequado e efetivamente disponível no SUS.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	O Instituto Oncoguia, Associação Brasileira de Defesa dos Pacientes com Câncer, respaldado por seu Comitê Científico, vem contribuir com a Consulta Pública do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica. , Reconhecemos a importância da atualização deste Protocolo e parabenizamos a equipe elaboradora. Nossas considerações trazem o olhar da pessoa com câncer, que convive com a dor em diferentes momentos da jornada: sinais e sintomas antes do diagnóstico, durante o tratamento, na doença avançada e também depois de concluído o tratamento oncológico, por conta de possíveis efeitos colaterais de longo prazo. , 1. Inclusão da pessoa com dor oncológica, independentemente da duração da dor (capítulos 3 e 5) , O capítulo 5 inclui no Protocolo pacientes com dor de duração igual ou superior a três meses, e o capítulo 3 lista apenas os códigos R52.1 e R52.2. Na pessoa com câncer, porém, a dor frequentemente surge de forma intensa, como no diagnóstico de uma metástase óssea, e precisa de tratamento imediato, inclusive com opioides. Como a dispensação desses medicamentos segue os critérios deste Protocolo (capítulo 9), entendemos que o texto se beneficiaria de deixar claro que a dor oncológica, tratada na seção 7.2.5, está contemplada independentemente do tempo de sua duração. , Recomendamos: , explicitar, no capítulo 5, que pessoas com dor oncológica são incluídas no Protocolo independentemente da duração da dor, , orientar, no capítulo 3, a codificação aplicável a esses casos, de modo que o registro não se torne barreira à dispensação. , 2. Reavaliação e titulação do tratamento na dor oncológica (seções 7.2.5 e 7.2.10) , A seção 7.2.5 orienta que, sem benefício após duas a quatro semanas em doses adequadas, o tratamento seja interrompido. O critério é adequado ao contexto da dor crônica não oncológica, que fundamenta a referência citada, mas a dor oncológica intensa costuma exigir titulação de opioides em intervalos de dias, com ajustes frequentes e doses de resgate. Para o paciente, a demora no ajuste significa dias e noites com dor não controlada, com impacto sobre o sono, a alimentação e a capacidade de seguir o próprio tratamento oncológico. , Reconhecemos que a seção 7.2.10 já ressalva que as referências de 50 e 90 mg/dia de equivalente de morfina não são doses máximas. Consideramos importante explicitar que essa ressalva vale especialmente para a dor oncológica e para os cuidados paliativos, para que esses valores não sejam lidos como teto na prescrição e na dispensação. , Recomendamos: , estabelecer, na seção 7.2.5, intervalo de reavaliação próprio para a titulação de opioides na dor oncológica, distinto do previsto para a dor crônica não oncológica, , explicitar, na seção 7.2.10, que as referências de dose diária de equivalente de morfina não se aplicam como limite à dor oncológica e aos cuidados paliativos. , 3. Abordagem multimodal da dor oncológica (seção 7.2.5) , A seção 7.2.5 afirma que o tratamento da pessoa com câncer deve combinar intervenções medicamentosas e não medicamentosas, mas as medidas não medicamentosas descritas na seção 7.1 são voltadas principalmente às condições musculoesqueléticas. Para a dor oncológica, recursos já disponíveis no SUS, como a radioterapia com finalidade analgésica nas metástases ósseas e os procedimentos	"Acesso aos opioides ao longo da jornada (capítulo 9) , O capítulo 9 prevê a dispensação de opioides em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde, em UNACON, CACON e Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. O parágrafo seguinte, que trata da dispensa da Notificação de Receita ""A"", menciona apenas CACON e Centros de Referência. Grande parte das pessoas com câncer é tratada em UNACONs e, na fase avançada da doença, muitas estão em cuidado domiciliar ou distantes dos centros de referência, dependendo de familiares para retirar a medicação. , Sugerimos esclarecer se a dispensa da Notificação de Receita ""A"" se estende aos pacientes atendidos em UNACON e definir o fluxo de acesso aos opioides para pacientes em cuidados paliativos domiciliares, articulado com as Secretarias de Saúde, de modo que a distância e as exigências administrativas não interrompam o controle da dor. , Articulação com os PCDTs oncológicos , A dor está entre os sintomas mais frequentes e mais temidos pelas pessoas com câncer. Sugerimos que este Protocolo e os PCDTs dos diferentes tipos de câncer remetam um ao outro no manejo da dor, e que a versão final conte com a contribuição de especialistas em oncologia e em cuidados paliativos, áreas que não estiveram representadas na reunião de escopo (Apêndice 1). , Considerações finais , Entendemos que a atualização do PCDT da Dor Crônica é uma oportunidade importante para garantir que a pessoa com câncer tenha sua dor reconhecida e tratada de forma oportuna em todas as fases da jornada: no diagnóstico, durante o tratamento, na doença avançada e fases terminais e também, para muitos, após o término do tratamento oncológico. Esperamos que esta contribuição some ao aprimoramento do documento e colocamo-nos à disposição para colaborar. , , "

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			intervencionistas para dor refratária, não são mencionados, nem o encaminhamento para eles. Também não há orientação sobre a prevenção da constipação induzida por opioides, evento adverso frequente que leva muitos pacientes a reduzir ou abandonar a medicação. , Recomendamos: , incluir, na seção 7.2.5, a radioterapia antálgica e os procedimentos intervencionistas entre as estratégias da abordagem multimodal da dor oncológica, com indicação do encaminhamento aos serviços de referência, , endereçar a prevenção e o manejo da constipação induzida por opioides desde o início do tratamento. , 4. Dor crônica após o tratamento oncológico (Quadro 1 e seção 7.2.2) , O Quadro 1 menciona a quimioterapia entre as causas de dor neuropática, mas o Protocolo não trata da dor crônica que muitas pessoas carregam depois do tratamento do câncer: a neuropatia periférica induzida por quimioterapia, a dor persistente após mastectomia ou toracotomia e a dor associada ao linfedema. São pessoas que concluíram o tratamento oncológico e convivem, às vezes por anos, com uma dor que compromete o trabalho, o sono e as atividades do dia a dia, muitas vezes sem saber a quem recorrer. , Recomendamos: , nomear essas condições no Quadro 1 e na seção 7.2.2, como situações a serem identificadas e tratadas conforme o Protocolo, , orientar o encaminhamento à reabilitação, incluindo fisioterapia e terapia ocupacional, e o acompanhamento na rede, com articulação entre o serviço de oncologia e a Atenção Primária à Saúde. ,	
07/10/2026	Paciente	Muito boa	Sim! a dor não pode esperar . Se fosse tratada no início tudo fluir melhor, agradecida pelo olhar humano as pessoas que sofrem com dor crônica.	Que a comissão tenha o entendimento e acolhimento a está causa.