

Brasília, DF | Setembro de 2026

Relatório de Recomendação

PROTOCOLOS e DIRETRIZES

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
Dor Crônica

2026 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Conitec.

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - SCTIE

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS

Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2848

Site: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>

E-mail: conitec@saude.gov.br

Elaboração

COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS

Marco Legal

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que alterou a Lei nº 8.080 de 1990, dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

As diretrizes clínicas são documentos baseados em evidências científicas, que visam a garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS, tais como protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, protocolo de uso e diretrizes brasileiras ou nacionais. Podem ser utilizadas como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

As diretrizes clínicas devem incluir recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que se tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A lei reforçou a análise baseada em evidências científicas para a elaboração desses documentos, destacando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde.

O Anexo XVI Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, instituiu na Conitec uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as competências de analisar os critérios para priorização da atualização de diretrizes clínicas vigentes, contribuir para o aprimoramento das diretrizes metodológicas que norteiam a elaboração de diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, acompanhar, em conjunto com as áreas competentes do Ministério da Saúde, a elaboração de diretrizes clínicas, indicar especialistas para elaboração e revisão de diretrizes clínicas, dentre outras.

A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT é composta por representantes de Secretarias do Ministério da Saúde interessadas na elaboração de diretrizes clínicas: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Saúde Indígena e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE).

Após concluídas as etapas de definição do tema e escopo das diretrizes clínicas, de busca, seleção e análise de evidências científicas e consequente definição das recomendações, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Comitê de PCDT, com posterior disponibilização deste documento para contribuição de sociedade, por meio de consulta pública (CP) pelo prazo de 20 dias antes da deliberação final e publicação. Esse prazo pode ser reduzido a 10 dias em casos de urgência. A consulta pública é uma importante etapa de revisão externa das diretrizes clínicas.

O Comitê de PCDT é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de diretrizes clínicas. É composto por dezessete membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo presidido pelo representante da SCTIE – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Núcleos de Avaliação de

Tecnologias em Saúde – NATS, pertencente à Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - Rebrats e organização da sociedade civil, constituída há mais de 2 (dois) anos e atuante na área da respectiva especialidade ou patologia. Cabe à Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), a gestão e a coordenação das atividades da Conitec.

Conforme o Decreto nº 7.646/2011, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deverá submeter as diretrizes clínicas à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação a ele relacionado antes da sua publicação e disponibilização à sociedade

Relatório preliminar

Apresentação

A proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica é uma demanda proveniente da Portaria SECTICS/MS nº 82, de 7 de outubro de 2025, que incorporou o estimulador da medula espinhal para o tratamento de dor crônica, conforme PCDT do Ministério da Saúde. Esta versão do PCDT apresenta recomendações do Ministério da Saúde para diagnóstico, avaliação, tratamento e acompanhamento de pessoas com dor crônica, incluindo recomendações sobre critérios de elegibilidade e orientações para o uso do estimulador da medula espinhal.

Deliberação inicial

Os membros do Comitê de PCDT presentes na 155ª Reunião Ordinária da Conitec, realizada no dia 04 de setembro de 2026, deliberaram para que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à publicação deste Protocolo.

Relatório preliminar

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

DOR CRÔNICA

1. INTRODUÇÃO

A dor pode ser definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, relacionada ou semelhante a sensação causada por uma lesão tecidual real ou potencial¹. A percepção da dor é construída por cada indivíduo, influenciada por fatores biopsicossociais e baseada em experiências dolorosas prévias. Assim, as queixas álgicas devem ser sempre consideradas pelos profissionais de saúde. A incapacidade de comunicação dos indivíduos pode não significar ausência de dor¹.

A dor possui função de proteção e a aversão à sensação de dolorosa faz com que o indivíduo evite situações em que será exposto a dano físico. Na dor aguda, esse mecanismo pode evitar o agravamento de uma lesão recente. No entanto, na dor crônica, esse mecanismo pode resultar em uma progressiva restrição das atividades cotidianas e do convívio social, influenciando negativamente a qualidade de vida, com consequências prejudiciais para a saúde dos indivíduos². Do ponto de vista biológico, a dor pode envolver três mecanismos principais: o nociceptivo, o neuropático e o nociplástico. Esses mecanismos frequentemente coexistem, caracterizando o que se denomina de “dor mista”³⁻⁵.

Nociceção, do latim “ferir”, é o processo neural de codificação de um estímulo que lesiona ou ameaça causar lesão tecidual¹. A dor pelo mecanismo nociceptivo é a mais frequente e ocorre principalmente nas terminações livres dos nervos nociceptivos, dispostas como uma rede de fibras finas presentes em diversos tecidos do corpo. Quando existe lesão celular, são liberados mediadores inflamatórios como bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos e substância P, que estimulam vasodilatação, edema e dor. Estímulos repetidos levam a alterações no nociceptor e a sua sensibilização, o que diminui o limiar de dor da pessoa⁶. A sensibilização facilita o aumento da responsividade de neurônios nociceptivos aos estímulos, que podem ocorrer na forma de hiperalgesia e alodinia. Hiperalgesia é um aumento da resposta a um estímulo normalmente doloroso. Alodinia é a dor ocasionada por um estímulo que normalmente não causa dor¹. A sensibilização pode ser periférica ou central, podendo a central ser medular (segmentar) ou supramedular (suprasegmentar), conforme o trecho do sistema nociceptivo acometido. Uma série de alterações mal adaptativas perpetuam este ciclo inflamatório¹.

Dor neuropática é aquela decorrente de “lesão ou doença” do sistema nervoso somatossensitivo. Para que a dor seja classificada como neuropática, é necessário que haja manifestações clínicas neurológicas compatíveis e a sua comprovação por meio de exames complementares¹.

Dor nociplástica (de “plasticidade”, ou adaptação) é definida em termos de uma “nociceção alterada”, em que os tecidos envolvidos se encontram sensibilizados. Essa dor ocorre mesmo que não haja evidência de lesão real ou ameaça que ative nociceptores periféricos, bem como sem a presença de doença ou lesão do sistema somatossensório. A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta³. Também é possível apresentar uma combinação de dor nociplástica e nociceptiva¹.

A dor crônica pode ser primária, quando não se conhece a causa, ou secundária, quando é consequência de alguma doença conhecida⁷. Embora existam controvérsias quanto ao ponto de corte e à associação com outros parâmetros para definir dor crônica⁸⁻¹⁰, o presente PCDT opta pela definição de dor crônica como aquela superior a três meses, independentemente do grau de recorrência, intensidade, e implicações funcionais ou psicossociais. Porém, recomenda a avaliação destes fatores nos cuidados à pessoa com dor crônica.

Estudos populacionais em adultos no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5%¹¹⁻¹⁴. Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas ou membros inferiores. Um estudo realizado em capitais brasileiras mostrou prevalências de 77% para dor na coluna, 50% no joelho, 36% no ombro, 28% no tornozelo, 23% nas mãos e 21% na cervical¹⁵.

Os custos econômicos e sociais da dor crônica musculoesquelética são altos^{16,17}, possivelmente ultrapassando os custos dispendidos a pessoas com diabetes, cardiopatias e câncer^{18,19}. Dores musculoesqueléticas são o problema de saúde mais frequente na população entre 15 anos e 64 anos^{20,21}, constituindo a principal causa de aposentadoria precoce^{21,22}, a segunda causa de tratamento de longo prazo²³ e a principal causa de incapacidade em grupos dessa faixa etária²⁴.

Em 2017, a lombalgia foi a principal causa de anos perdidos por incapacidade entre adultos de 50 anos a 69 anos de idade; cefaleia, a segunda; e outras desordens musculoesqueléticas, a décima²⁵. Em 2019, dor lombar e cefaleia se mostraram bastante prevalentes entre as causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (respectivamente, a sétima e nona causas)²⁶. Resultados semelhantes são vistos em todo o mundo^{27,28}. O estigma e a negligência relacionados à dor crônica também a destacam entre as demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)²⁹⁻³¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, exerce papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na identificação de fatores de risco e na detecção precoce, oportunizando, desta forma, a promoção de intervenções oportunas e o encaminhamento adequado para o nível especializado de atenção à saúde quando necessário. O vínculo contínuo com os usuários e a atuação direta no território, princípios e diretrizes basilares da APS, possibilitam uma abordagem longitudinal e integral, favorecendo, por conseguinte, melhores desfechos terapêuticos e o prognóstico dos casos, além de fortalecer a coordenação do cuidado ao longo do tempo. Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da dor crônica.

2. METODOLOGIA

O processo de desenvolvimento desse PCDT seguiu recomendações das Diretrizes Metodológicas de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde. Uma descrição mais detalhada da metodologia está disponível no **Apêndice 1**. Além disso, o histórico de alterações deste Protocolo encontra-se descrito no **Apêndice 2**.

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

- R52.1 Dor crônica intratável
- R52.2 Outra dor crônica

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

- M16 Coxartrose [artrose do quadril]
- M16.0 Coxartrose primária bilateral
- M16.1 Outras coxartroses primárias
- M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática
- M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas
- M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais
- M16.7 Outras coxartroses secundárias
- M16.9 Coxartrose não especificada
- M17 Gonartrose (artrose do joelho)
- M17.0 Gonartrose primária bilateral
- M17.1 Outras gonartroses primárias
- M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral
- M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas
- M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais
- M17.5 Outras gonartroses secundárias
- M17.9 Gonartrose não especificada

4. DIAGNÓSTICO

Por meio da anamnese e do exame físico, é possível entender e classificar o tipo de dor que a pessoa apresenta, tornando viável elencar as possíveis condições clínicas que a levaram à dor crônica.

Quando necessário, deve-se proceder com os exames complementares indicados para a confirmação diagnóstica^{32,33}.

É fundamental que o profissional possa identificar e reconhecer marcadores de determinantes sociais como identidade de gênero, de raça, orientação sexual, etnia, questões laborais e iniquidades sociais e econômicas como os indicadores de saúde que podem contribuir ou desenvolver situações de agravos e condições de adoecimento. Sempre que possível, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) deve ser aplicado, para que se possa entender, além do contexto, a doença em si e a experiência de adoecimento vivenciada pela pessoa. Essa abordagem permite reconhecer como a dor crônica pode afetar a vida da pessoa e determinados impactos e limitações podem, inclusive, constituir diagnósticos em si mesmos³⁴. Por isso, é imprescindível que o cuidado integral inclua a abordagem dos determinantes sociais, por meio de um acolhimento que ultrapasse o olhar clínico e contextualize histórias de vida, especialmente considerando as vulnerabilidades individuais e coletivas fruto das desigualdades sociais do país.

4.1. Anamnese

A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na melhora ou piora, bem como a análise dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para a formulação de um diagnóstico adequado^{35,36}. A abordagem centrada na pessoa desempenha um papel fundamental para a compreensão do quadro clínico e do contexto do paciente. Nas diversas etapas da avaliação, sentimentos, ideias, funções e expectativas do indivíduo devem ser consideradas³⁷.

A dor crônica pode ter como causa processos de discriminação racial, de gênero, de orientação sexual e iniquidades sociais que se somatizam e se expressam nos corpos biológicos, como cefaleia de repetição, dores musculares e até taquicardia. De modo semelhante, há manifestações físicas e psicossociais decorrentes, por exemplo, de violências doméstica ou sexuais invisibilizadas, muitas vezes, por ausência de um acolhimento que ultrapasse o olhar clínico e contextualize histórias de vida. Por isso, é imprescindível que o diagnóstico possa incluir a abordagem dos determinantes sociais, considerando especialmente as vulnerabilidades individuais e coletivas fruto das desigualdades sociais do país.

4.1.1. Duração da dor

O tempo de duração da dor é uma informação importante para avaliar se está ocorrendo um processo de adaptação inadequado do organismo ao estímulo doloroso. A dor aguda fisiológica deve melhorar espontaneamente quando a lesão tecidual estiver cicatrizada. Entretanto, a dor que permanece após a cicatrização do tecido é considerada uma doença, e o tempo para a resolução da dor varia dependendo da gravidade da lesão. Há outras situações, nas quais a causa da dor não está relacionada à cicatrização do tecido, mas ao funcionamento do sistema fisiológico. Considera-se dor crônica aquela que ultrapassa três meses de duração³⁸⁻⁴¹.

4.1.2. Localização da dor

A adequada localização da dor auxilia na compreensão da fisiopatologia e na identificação das estruturas comprometidas. Por exemplo, as dores nociceptivas podem ser localizadas ou referidas a distância, enquanto as dores neuropáticas comumente irradiam pelo trajeto de um nervo. Já a dor nociplástica se manifesta de forma difusa na fibromialgia. Diagramas corporais podem ser utilizados para documentar o local e a magnitude da dor (**Material Suplementar A**)⁴²⁻⁴⁴.

4.1.3. Histórico da dor

Avaliar a história pregressa e atual do paciente é importante para conhecer os possíveis fatores desencadeantes e perpetuantes da dor, como⁴⁵⁻⁴⁷:

- traumatismos e cirurgias;
- ergonomia das atividades diárias, trabalho, atividades esportivas e de lazer;
- qualidade e duração do sono, frequência de despertares noturnos, bruxismo, posição ao dormir, materiais e tempo de uso do colchão e do travesseiro;
- dependência química, como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas ilícitas;
- resultados de tratamentos prévios;
- estressores psicossociais como dinâmica familiar difícil, sobrecarga de tarefas domésticas, situações de violência, pobreza, vulnerabilidade na comunicação, condições precárias de moradia, transporte, alimentação e saneamento; e
- ganhos secundários e litígios.

Além da identificação dos fatores desencadeantes e perpetuantes da dor, recomenda-se avaliar as expectativas do paciente em relação ao tratamento e suas crenças sobre a dor, por sua influência na adesão terapêutica e nos resultados do tratamento.

4.1.4. Intensidade da dor

A avaliação da intensidade da dor pode ser feita por meio de escalas que auxiliam o registro da evolução da doença e o planejamento do tratamento^{48,49}. Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos⁵⁰ comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA). Os descritores verbais da dor permitem que o paciente forneça e indique as características da dor (nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, maior dor) e são de extrema importância para o diagnóstico e acompanhamento do quadro clínico^{41,51,52}. Instrumentos validados estão disponíveis para indivíduos de todas as idades e com diferentes habilidades mentais, como as escalas de faces⁵³⁻⁵⁵. Entretanto, nenhuma ferramenta é considerada padrão-ouro para avaliação da dor, devendo-se utilizar aquela ferramenta que melhor se adequa ao paciente. Essas escalas estão disponíveis no **Material Suplementar A**.

4.1.5. Características da dor

A forma como o paciente descreve verbalmente a dor indica suas características e é de extrema importância para o diagnóstico⁵⁶⁻⁵⁸. Queixas de queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada sugerem dor neuropática. Sensação frequente de peso, tensão e dolorimento pode decorrer de afecções de origem nociceptiva. Descrições de queimação, pressão, peso e tensão podem sugerir dor nociplástica. As principais características avaliadas da dor estão descritas no **Quadro 1**.

Relatório preliminar

Quadro 1. Tipos de dor e características da dor.

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

Inicialmente, recomenda-se diferenciar a dor nociceptiva da dor neuropática por meio da aplicação do questionário *Douleur Neuropathique* em 4 Questões (DN4) e da escala de *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS), que estão descritos no **Material Suplementar A**. Para o diagnóstico definitivo da dor neuropática, é necessário que o paciente tenha histórico de lesão do sistema nervoso, uma distribuição neuroanatomicamente plausível da dor e demonstração da lesão ou doença envolvendo o sistema nervoso por exames de imagem, biópsia ou exames neurofisiológicos¹¹.

Muitas vezes, os mecanismos nociplástico e nociceptivo coexistem e se retroalimentam, podendo mascarar o diagnóstico principal. Assim, as características da dor e seus mecanismos de ação devem ser avaliados a fim de determinar as estruturas acometidas, formular as hipóteses diagnósticas e orientar a conduta terapêutica.

A inflamação neurogênica é aquela causada pela liberação de neuropeptídeos pelas terminações livres de nervos nociceptivos, a partir de estímulos a caminho da periferia, disparando potenciais de ação a todo o dermatomo, miótomo e esclerótomo de sua abrangência (reflexo de raiz dorsal / dorsal root reflex)⁵⁹. São liberados mastócitos e neuropeptídeos que estimulam vasodilatação, com surgimento de calor, rubor e edema na região. Além disso, estimulam as placas motoras e, portanto, a contração nocidefensiva e a dor miofascial⁶⁰.

Dor miofascial, por sua vez, é aquela relacionada ao ponto-gatilho miofascial, definido como “um foco hiperirritável de um músculo estriado, associado a uma nodulação palpável hipersensível em uma banda tensa muscular”, capaz de gerar dor ou outros sintomas à distância, caracterizando a síndrome de dor miofascial. O ponto-gatilho corresponde a um foco de intensa contração muscular de

alguns grupos de fibras, e a banda tensa, às fibras tensionadas. A percepção da dor e de outros sintomas à distância, em regiões relativamente bem mapeadas para cada ponto-gatilho, parece ocorrer por conexões medulares facilitadas⁶⁰⁻⁶².

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

A osteoartrite, uma doença de caráter inflamatório e degenerativo das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, causa dor, incapacidade física e redução da qualidade de vida, levando a limitação funcional e comprometendo a capacidade laboral. A osteoartrite é a forma mais comum de doença articular e afeta principalmente quadris, joelhos, mãos e pés^{63,64}. Sugere-se diagnosticar osteoartrite de joelho clinicamente, por meio de anamnese e exame físico, se o paciente tiver dor relacionada à atividade habitual ou rigidez no joelho. Para osteoartrite de quadril sugere-se coletar histórico e realizar exame físico em todos os indivíduos que relatem dor ou rigidez matinal da articulação do quadril com ênfase no exame musculoesquelético. Alguns estudos sugerem que a dor causada pela osteoartrite apresenta, além do componente nocicetivo, também o componente neuropático, principalmente nos quadros com sinovite; e a cronificação do quadro pode gerar uma sensibilização do segmento, com componentes nociplásticos.

4.1.6. Padrão da dor

Classicamente, a dor pode ser diferenciada em dois padrões: mecânico ou inflamatório. A dor mecânica intensifica-se ao longo do dia com a realização de atividades de sobrecarga articular e melhora com repouso e pode ser observada nos quadros de dor causada pela deterioração dos discos intervertebrais (espondilose), nas lombalgias mecânicas, na osteoartrite fora do período de agudização e na dor miofascial, entre outras⁶⁵. Já pessoas com dor inflamatória relatam dor mais intensa pela manhã, com rigidez articular matinal de uma hora ou mais, que diminui durante o dia com as atividades. Essa dor piora novamente à noite, com o repouso, podendo afetar o sono da pessoa. A articulação pode apresentar edema com hipertrofia da membrana sinovial. A dor inflamatória ocorre em doenças como artrite reumatoide, artrite séptica, espondilite, gota, osteoartrite em períodos de crise, neuropatia diabética ou infecciosa⁶⁶⁻⁶⁹.

4.1.7. Periodicidade da dor

A avaliação da periodicidade da dor é importante para identificar padrões de comportamento ou atividades que possam estar relacionados à sua ocorrência^{47,70}.

A dor pela manhã, logo ao acordar, tem como uma das principais causas o modo como a pessoa dorme. Por isso, é importante avaliar a posição ao dormir, o travesseiro de corpo e o colchão. A posição ideal é o decúbito lateral do lado contrário da dor, utilizando um travesseiro de corpo e um travesseiro do pescoço que tenham consistência mais firme para não ocorrer a inclinação cervical durante o sono⁷⁰.

A dor ao fim da tarde muitas vezes têm correlação com a sobrecarga mecânica durante o dia. Longos períodos na mesma posição, fazendo a mesma atividade, acabam sobrecarregando a musculatura utilizada e costumam ser uma importante fonte de dor⁷⁰.

A dor noturna é motivo de maior preocupação. Quando a pessoa acorda com frequência devido à dor e necessita levantar-se para obter melhora, deve-se suspeitar de dor inflamatória ou dor oncológica. Entretanto, relatos de despertar devido à dor ao mudar de posição ou ao deitar-se sobre lado acometido por dor não caracterizam essa suspeita⁷⁰.

4.1.8. Fatores de melhora e piora da dor

Fatores atenuantes ou agravantes da dor não se restringem aos aspectos fisiológicos, abrangendo também componentes socioeconômicos, genéticos, psicológicos, culturais, entre outros. Os mecanismos responsáveis pela melhora ou piora da dor ainda não são completamente elucidados⁷¹⁻⁷³. Entretanto, a avaliação desses fatores de forma individualizada pode auxiliar tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Portanto, o relato da pessoa deve ser valorizado^{47,49,70}.

4.1.9. Antecedentes pessoais

A avaliação dos antecedentes pessoais pode auxiliar para a detecção de fatores etiológicos e perpetuantes da dor, assim como para o reconhecimento de possíveis restrições ao tratamento devido ao uso de medicamentos e à presença de doenças pré-existentes. Devem ser investigados de forma rotineira os seguintes hábitos, históricos, sinais ou atividades do paciente^{47,70}:

- atividades diárias: é primordial questionar sobre as atividades domésticas, profissionais e esportivas que desencadeiam dor, a fim de identificar e corrigir movimentos e posturas inadequados ou desarmônicos. Além disso, o sedentarismo e a inatividade física podem comprometer o condicionamento físico e agravar a sensação de dor;
- hábitos alimentares: a alimentação inadequada pode contribuir para quadros de fadiga, mialgia e dor difusa, além de favorecer o desenvolvimento de condições infecciosas e metabólicas. Deficiências nutricionais podem levar ao surgimento de neuropatias centrais e periféricas, fadiga e até alterações cognitivas. Dietas muito restritivas, desnutrição e anorexia podem estar relacionadas a quadros de osteoporose, disfunções digestivas, enzimáticas e hormonais. A dieta também interfere na produção de mediadores inflamatórios envolvidos na sensibilização central⁷⁴⁻⁷⁶. A obesidade gera um estado inflamatório que contribui para a degeneração articular e está ligada a diversas alterações metabólicas e psicossociais que perpetuam o ciclo de dor;
- hábitos intestinais: muitos estudos demonstram que a microbiota intestinal sintetiza diferentes mediadores envolvidos na sensibilização central e periférica, o que pode propiciar o desenvolvimento da dor crônica⁷⁷. A diarreia e a dor abdominal crônica podem caracterizar doenças inflamatórias ou infecciosas intestinais, assim como constipação ou mudança recente no hábito intestinal podem indicar doença subjacente, como câncer intestinal ou síndrome do intestino irritável;
- qualidade do sono: existe uma correlação importante entre distúrbios do sono e dor. Pessoas com dor crônica têm uma maior chance de apresentar sono de baixa qualidade, fragmentado, muitas vezes associado à insônia, apneia do sono e síndrome das pernas

inquietas^{78,79}. Por este motivo, é importante investigar a qualidade do sono da pessoa com dor crônica;

- histórico de transtornos do humor, como depressão e ansiedade, possuem uma relação intrínseca com a dor^{47,80}. Comumente, pessoas com dor crônica referem anedonia, diminuição do sono, perda de apetite, imobilismo, diminuição da energia, apatia, fadiga fácil, palpitações, sudorese, sentimentos de nervosismo, excitação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Pensamentos catastróficos podem ser recorrentes, intensificando a sensação de incapacidade e comprometendo a habilidade dos pacientes em lidar com a dor;
- histórico de dependência química: deve-se observar o perfil de adição em indivíduos que já abusaram de substâncias lícitas e ilícitas para que o controle da dor seja feito de modo adequado;
- histórico de intervenções e cirurgias pode acarretar neuropatias traumáticas, dor miofascial, além de frustrações quando a expectativa do doente não é alcançada com o procedimento realizado;
- sinais de alerta: febre, perda de peso e outros sintomas constitucionais devem ser valorizados e investigados, considerando as hipóteses de doenças metabólicas, neoplásicas, infecciosas, inflamatórias ou psiquiátricas.

4.1.10. Antecedentes familiares

O histórico familiar contribui para a suspeita de doenças desencadeantes ou perpetuantes das dores crônicas, além de auxiliar a equipe de saúde na proposição de ações para prevenir as condições que o indivíduo tem maior chance de desenvolver. As doenças mais importantes a serem investigadas são: fibromialgia, câncer, doenças genéticas, osteoporose com fraturas, distúrbios neurológicos, doenças musculoesqueléticas, doenças reumatológicas e síndrome metabólica⁷⁰.

4.2. Exame físico

O exame físico da pessoa com dor crônica deve seguir a rotina propedêutica, incluindo inspeção, palpação, avaliação da marcha, testes especiais e exame neurológico. O exame pode se tornar mais complexo quando há muito sofrimento e pode estar comprometido quando há ganho secundário ou na presença de psicopatias. O examinador deve buscar as reações espontâneas do paciente e evitar induzir respostas^{70,81}.

4.2.1. Exame físico musculoesquelético

A análise estática e dinâmica de estruturas axiais, dos membros superiores e inferiores, das articulações e dos movimentos articulares possibilita a identificação das assimetrias segmentares da

cintura pélvica, escapular, membros superiores (MMSS) ou membros inferiores (MMII) quanto às dimensões e deformidades. Diferença de mais de 1 cm de comprimento entre os membros são consideradas significativas e merecem avaliação cuidadosa⁷⁰.

É importante avaliar se a pessoa utiliza corretamente dispositivos de auxílio à marcha (como bengala, andador) ou necessita deles, uma vez que isto pode atuar como fator desencadeante ou perpetuante da dor^{70,82}. O exame funcional do aparelho locomotor se baseia na avaliação dos indivíduos em diferentes posições: em pé, durante a marcha, sentado, deitado e nas situações que aliviam ou pioram a dor^{70,83}.

O exame da marcha nas pontas dos pés e no calcâneo pode avaliar a ocorrência de déficits motores ou anormalidades osteoarticulares. Encurtamentos, contraturas e a instabilidade articular podem ser percebidas em diferentes manobras. A síndrome dolorosa miofascial pode ocasionar limitação dolorosa da amplitude articular. No entanto, o agravamento da dor durante a movimentação das articulações pode denotar artropatias⁷⁰.

No exame físico articular, voltado à investigação de doenças reumatológicas e de inflamação aguda, deve-se observar a presença de sinovite, com distensão da cápsula articular ou aumento da temperatura local. Durante a palpação articular à procura de sinovite, a pressão adequada corresponde àquela em que a ponta do dedo, logo abaixo da unha, fica esbraquiçada (aproximadamente 4 kg/cm²). Na avaliação dos movimentos ativos e passivos, a dor desencadeada por movimentação suave e passiva sugere origem articular, enquanto a dor referida durante a movimentação ativa e contra resistência sugere sintoma de origem extra-articular. A ocorrência de crepitação da articulação pode sugerir um processo degenerativo articular ou ósseo, como na osteoartrite. Além disso, é importante avaliar a presença de hiper mobilidade articular⁸⁴.

A palpação dos tendões e dos ligamentos pode revelar pontos dolorosos sugestivos de tendinopatias e entesopatias. Durante a palpação dos músculos, é fundamental observar os sinais e as queixas de dor localizada ou referida, os espasmos musculares, as bandas tensas, os pontos de gatilho, a presença de sinal do pulo e de reação contrátil da banda tensa miofascial. A palpação deve ser realizada não apenas na área em que a dor é referida, mas também comparativamente na área contralateral⁷⁰.

Os pontos de gatilho ativados geram dor referida em um outro local do corpo. A palpação e a digitopressão dos músculos tensionados podem gerar dor à distância, o que é uma característica da dor miofascial^{61,62}. Alguns exemplos estão descritos a seguir:

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

Se houver suspeita de dor miofascial, o exame físico deve incluir o teste de força e de flexibilidade dos músculos envolvidos, e a palpação muscular em busca de pontos de gatilho^{61,62}.

4.2.2. Exame físico neurológico

O exame neurológico deve contemplar a avaliação da força, da sensibilidade e dos reflexos. Para avaliar os déficits musculares, deve-se testar os grupos musculares de maneira individualizada, graduando a força muscular de zero (ausência de contração) até cinco (normal) ^{70,81,85}.

Na avaliação da sensibilidade tátil podem ser utilizados materiais como algodão, escova ou filetes de *Von Frey*. Para a análise da sensibilidade térmica podem ser utilizados tubos contendo água quente ou fria, bem como outros métodos com a mesma finalidade, como algodão embebido em álcool ou objetos metálicos frios. A sensibilidade vibratória deve ser testada com diapasão de 128 Hz. Já a avaliação da sensibilidade dolorosa pode ser realizada com agulhas de injeção ou alfinetes de segurança. Devem ser investigadas alterações de sensibilidade, como hiperestesia, hipoestesia, hiperalgesia, alodinia e hiperpatia ^{70,81}.

Os reflexos cutâneos superficiais e miotáticos podem ser avaliados por meio de percussão digital ou com o uso do martelo neurológico. A presença do reflexo cutâneo-plantar em extensão ou sinal de *Babinski*, assim como a abolição dos reflexos cutâneos abdominais indicam lesão do sistema nervoso central. Reflexos profundos, como bicipital (C5-C6), tricipital (C6-C8), estiloradial (C5-C6), costal-abdominais (T6-L1), patelar (L2-L4), e aquilieu (L5-S2), devem ser verificados rotineiramente para avaliar neuropatias centrais ou periféricas ⁷⁰.

As lesões do sistema nervoso periférico caracterizam-se pela perda de destreza, déficit da força muscular, amiotrofia, fasciculações, hipotonia muscular, hiporreflexia ou arreflexia (síndrome do neurônio motor inferior). As alterações motoras e sensitivas podem apresentar distribuição em padrões radicular, plexular, troncular ou polineuropático. Também é possível avaliar a presença do Sinal de Tinel, caracterizado pela sensação de choque ou parestesia desencadeada pela percussão ao longo de estrutura nervosa lesada ⁷⁰.

Afecções compressivas radiculares ou medulares costumam piorar durante tosse, espirro, manobra de Valsalva e ortostatismo, e tendem a apresentar melhora na posição de decúbito ⁷⁰.

4.3. Questionários e escalas

Além dos questionários para avaliação da qualidade e da intensidade da dor (**Material Suplementar A**), outras ferramentas podem ser utilizadas para avaliar o impacto do fenômeno algíco nos diferentes domínios da vida do indivíduo.

4.3.1. Questionários de incapacidade funcional

Os questionários de incapacidade funcional avaliam qual o grau de limitação funcional ocasionado pela dor nas tarefas diárias das pessoas. Existem questionários específicos para avaliação de determinados tipos de dor, como o *Oswestry Disability Questionnaire* ^{86,87} para a lombalgia, e o *Roland Morris Disability Questionnaire* ^{88,89} empregado para mensurar incapacidade funcional (**Material Suplementar A**).

4.3.2. Questionários de qualidade de vida

A dor crônica impacta negativamente diferentes dimensões da vida, resultando em pior qualidade de vida desses pacientes quando comparados à população geral^{90,91}. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida deve ser avaliada com base em oito grandes domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais. Para se avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), podem ser utilizados os instrumentos propostos pela OMS. Os instrumentos genéricos mais utilizados em todo o mundo, com tradução e adaptação cultural em vários países, são o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), o *20-Item Short Form Survey* (SF-20), o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *The World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100 e WHOQOL-bref)⁸¹. Os scores SF 6D, WOMAC, *Knee Society Score* (KSS) e *Harris Hip Score* (HHS) são sugeridos para avaliação do impacto das osteoartrites de joelho e quadril na vida cotidiana desses pacientes. Especificamente para o Brasil, foram conduzidos estudos de validação para o SF-36, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref (**Material Suplementar A**).

4.4. Exames complementares

Os exames complementares têm sido amplamente utilizados para investigar a dor crônica. Entretanto, muitas alterações em exames de imagem não têm relação direta com o mecanismo da dor. Dessa forma, esses exames devem ser indicados de acordo com critérios clínicos^{47,70}.

Os exames laboratoriais contribuem para a detecção de possíveis disfunções, como as condições inflamatórias, metabólicas ou infecciosas^{70,84}. O hemograma permite avaliar o estado global do paciente, indicando se há anemia, infecção ou inflamação. Alterações em exames de função renal e função hepática podem sugerir a necessidade de cautela no uso de determinados medicamentos. Além disso, marcadores inflamatórios e autoimunes podem estar alterados em quadros dolorosos associados a doenças reumatológicas.

Podem ser solicitados, quando clinicamente indicados, os seguintes exames: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, tiroxina T4 livre, hormônio estimulador da tireoide (TSH), função hepática, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase. Em alguns casos, as sorologias para hepatite B completa e hepatite C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis podem ser solicitadas. Se houver história pessoal de má absorção, alcoolismo crônico, desnutrição ou anemia, os exames séricos de hemograma, dosagem de ferro, ferritina, transferrina, ácido fólico e vitaminas B12 são necessários. O exame de eletroforese de proteínas pode ser realizado para avaliar o estado nutricional do paciente e sugerir condições inflamatórias (gamopatia policlonal) e neoplásicas (pico monoclonal)^{70,92}.

O exame de urina é importante para o diagnóstico de infecção urinária ou leucorreia. Proteinúria ou hematúria pode apontar para o diagnóstico de doenças sistêmicas, como síndrome nefrótica. O exame de fezes pode indicar presença de agentes parasitários ou infecciosos. Além disso, a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode ser útil com doentes que estejam usando cronicamente antiinflamatórios não esteroidais (AINE), corticosteroides ou em casos com afecções gastrointestinais⁷⁰.

O uso rotineiro de exames laboratoriais ou da análise do líquido sinovial não é recomendado para diagnosticar a osteoartrite de joelho. No entanto, esses exames podem ser considerados no contexto do diagnóstico diferencial da osteoartrite de joelho, especialmente diante de doenças reumáticas, lesões tumorais ou, eventualmente, em casos de trauma do joelho. De forma semelhante, os exames laboratoriais não são recomendados para o diagnóstico da osteoartrite de quadril, embora possam ser solicitados para fins de diagnóstico diferencial ou para investigação adicional de outras condições quando o paciente apresenta dor ou rigidez da articulação com rápida piora destes sintomas, associadas à presença de “sinais de alerta”.

A radiografia óssea auxilia tanto para a avaliação quanto para o acompanhamento de fraturas, artrites, desalinhamentos, deformidades ósseas, tumores, entre outras condições^{47,70}. Além disso, contribui para a exclusão de fatores de risco físicos importantes no cuidado dos indivíduos com dor crônica³³. Sugere-se o uso da radiografia antero-posterior e perfil em apoio bipodal para auxiliar o diagnóstico da osteoartrite de joelho e de quadril.

A ultrassonografia permite a avaliação dos tecidos moles e auxilia no diagnóstico de afecções musculoligamentares, tendinopatias, tenossinovites e sequelas de rupturas musculares, além de contribuir para a detecção de doença inflamatória em atividade. Os fisioterapeutas podem considerar o uso do ultrassom terapêutico, se disponível na rede local de saúde, para a redução da dor e melhora da funcionalidade em pessoas com osteoartrite de joelho. Entretanto, o ultrassom não é recomendado para confirmação diagnóstica nem para o tratamento da osteoartrite de quadril.

A tomografia computadorizada avalia especialmente o tecido ósseo. A ressonância magnética é um dos exames que melhor avalia estruturas ósseas e tecidos moles (encéfalo, medula espinal, articulações)^{47,70}. No entanto, não se recomenda o uso de ressonância magnética para a confirmação diagnóstica nem para o gerenciamento do tratamento da osteoartrite de joelho e de quadril.

A eletroneuromiografia (ENMG) possibilita diagnosticar neuropatias periféricas sensitivas e motoras, especialmente as decorrentes de acometimento de fibras grossas e as miopatias. Com esse recurso, é possível diagnosticar a localização e a natureza axonal ou desmielinizante da lesão⁷⁰.

A densitometria óssea avalia a massa óssea e é empregada no acompanhamento de casos de osteopenia e osteoporose⁷⁰. A cintilografia óssea é indicada para avaliar a condição geral do esqueleto e identificar tumores, doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas ou traumáticas. Baseia-se na distribuição e fixação de isótopos radioativos que se ligam aos sítios de atividade lítica ou reparadora óssea ou onde a perfusão vascular é elevada⁷⁰.

4.5. Avaliação diagnóstica para elegibilidade ao EME

Nos pacientes potencialmente elegíveis ao uso do estimulador de medula espinal (EME), deve-se confirmar a etiologia da dor e caracterizar seu mecanismo predominante, conforme a avaliação clínica, caracterizada pela presença de dor predominantemente neuropática associada à condição clínica elegível, e os exames complementares descritos neste Protocolo.

A avaliação deve também documentar os tratamentos previamente realizados e seus resultados, de modo a permitir a caracterização da refratariedade ao tratamento conservador multimodal otimizado.

4.6. Avaliação psicossocial

Deve ser realizada avaliação clínica e psicossocial individualizada, contemplando aspectos de saúde mental, expectativas e compreensão sobre o tratamento, funcionalidade, estratégias de enfrentamento, contexto familiar e social, rede de apoio e condições que possam interferir na participação e no seguimento do tratamento. Quando pertinente, podem ser utilizados instrumentos padronizados para avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e catastrofização. Nos pacientes potencialmente elegíveis ao uso do EME, os instrumentos de triagem psicológica mais preditivos para o sucesso a longo prazo da estimulação elétrica da medula espinhal (EME) para dor crônica, segundo revisões sistemáticas e diretrizes internacionais, são o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) e suas versões adaptadas, o *Beck Depression Inventory* (BDI), o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e o *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) ⁹³⁻⁹⁵. Estes instrumentos são recomendados para identificar fatores como depressão não controlada, ansiedade, catastrofização, baixa autoeficácia, apoio social insuficiente e presença de transtornos psiquiátricos graves, que estão associados a piores resultados da EME a longo prazo ⁹³⁻⁹⁵.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos nesse PCDT todos os pacientes com dor crônica com duração igual ou superior a três meses.

Especificamente para o uso de **naproxeno**, os pacientes devem possuir diagnóstico de osteoartrite de joelho ou de quadril.

Especificamente para o uso do **estimulador de medula espinhal**, serão incluídos pacientes adultos com diagnóstico confirmado de dor crônica refratária predominantemente neuropática, incluindo a síndrome de dor espinhal persistente do tipo I e tipo II (anteriormente denominada síndrome pós-laminectomia), a síndrome de dor regional complexa, a neuropatia diabética dolorosa e a neuropatia pós-cirúrgica, que apresentem refratariedade ao tratamento conservador multimodal otimizado.

Nota: Para fins de elegibilidade à EME, considera-se refratariedade a persistência de dor com intensidade $\geq 6/10$ na escala visual numérica e impacto funcional relevante (sono, mobilidade, atividades de vida diária ou trabalho), ou seja, a ausência de resposta clinicamente significativa, após tratamento conservador multimodal otimizado, instituído e monitorado por equipe multiprofissional, incluindo as medidas preconizadas por este Protocolo:

- Farmacoterapia adequada e escalonada, conforme orientações para dor neuropática, com uso correto, em doses terapêuticas e por tempo suficiente para observar ausência de benefício, e tentativa documentada de, pelo menos, duas classes de medicamentos, e;
- Terapias não medicamentosas realizadas de forma estruturada, incluindo fisioterapia baseada em exercícios, terapia cognitivo-comportamental ou abordagem psicológica focada em dor.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a qualquer um dos medicamentos ou demais tecnologias em saúde preconizadas neste Protocolo deverão ser excluídos do uso do respectivo tratamento.

Pacientes com expectativas irreais sobre o uso do EME, identificadas em triagem psicossocial obrigatória, ou pacientes com condições clínicas ou funcionais associadas à baixa probabilidade de benefício clínico ou a risco aumentado do procedimento serão excluídos do uso do EME. Adicionalmente, para uso desse dispositivo, são considerados critérios de exclusão:

- presença de infecção ativa sistêmica ou local (no sítio de implante); ou
- coagulopatias não corrigidas; ou
- deficiência cognitiva significativa, ou comorbidades psiquiátricas graves não controladas, especialmente psicose ativa e transtorno por uso de substâncias não tratado, que possam comprometer a segurança do procedimento, a adesão ao tratamento ou o uso adequado do dispositivo; ou
- condições neurológicas associadas à perda extensa da aferência sensitiva discriminativa (desaferentação maciça), ou lesões estruturais extensas do sistema nervoso central ou periférico, com baixa probabilidade de resposta à EME, incluindo dor decorrente de avulsão das raízes do plexo braquial ou lombossacral, lesões extensas da medula espinhal, da cauda equina ou de raízes nervosas (como síndrome pós-seção da cauda equina), bem como síndromes dolorosas centrais ou dor mista na qual o componente central da dor seja predominante e clinicamente relevante; ou
- dor decorrente da neuropatia periférica causada pelo vírus herpes zoster.

7. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento da dor crônica tem como objetivo reduzir o sofrimento do paciente e, ao mesmo tempo, promover melhorias na qualidade de vida e na funcionalidade do indivíduo. Um olhar realista que explore a doença e a experiência da pessoa com a doença, que incorpore a prevenção e a promoção em saúde, buscando um projeto comum de cuidado entre profissional de saúde e paciente, pode aumentar a satisfação das pessoas envolvidas, contribuir para a melhor adesão ao plano de tratamento e reduzir os sintomas de forma significativa.

Considerando a complexidade do fenômeno álgico, uma única modalidade terapêutica não é suficiente para alcançar todos os efeitos desejados. Evidências científicas mostram que múltiplas abordagens produzem efeitos mais significativos para a redução da dor e a melhora da capacidade funcional. Sendo assim, o plano de gerenciamento da dor deve contemplar intervenções medicamentosas e não medicamentosas, visando a maior efetividade do tratamento⁹⁶.

O planejamento do cuidado do indivíduo com dor crônica deve ser um processo participativo e colaborativo entre os profissionais da saúde e o paciente, priorizando o cuidado centrado na pessoa. É de fundamental importância que se conheçam as expectativas dos indivíduos em relação ao tratamento, e que se definam metas realistas, deixando evidente que, muitas vezes, não será possível eliminar a dor

completamente, mas sim reduzi-la a níveis aceitáveis que promovam o aumento de sua autonomia e funcionalidade⁹⁷.

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

7.1. Tratamento não medicamentoso

As estratégias para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, emocionais e comportamentais, que proporcionam ao paciente um maior senso de controle da situação e estimulam sua responsabilidade e participação ativa no tratamento.

Intervenções não medicamentosas são reconhecidamente uma abordagem relevante no tratamento da dor crônica. Além do cuidado centrado na pessoa, a indicação do tratamento não medicamentoso deve considerar: 1) utilização dessas intervenções em contexto multimodal, sempre que possível, em vez de protocolos baseados em qualquer uma delas de forma exclusiva; 2) ênfase à participação ativa do paciente no cuidado, usando a menor proporção possível de intervenções passivas e estimulando o autocuidado da condição; 3) estímulo às mudanças comportamentais que favorecem um modo de vida mais saudável; 4) respeito às necessidades, preferências e valores do paciente em questão⁹⁸.

7.1.1. Programas educativos como intervenção e fonte de informação

O programa educativo compreende as interações entre os profissionais de saúde e pacientes, bem como atividades destinadas a tranquilizar, informar e estimular comportamentos e condições de vida mais saudáveis⁹⁹. Essas ações, realizadas de forma individual ou coletiva, visam a construir e consolidar uma base de conhecimento que auxilie o paciente a compreender sua dor e a desenvolver um autogerenciamento contínuo e eficaz. Dessa forma, o processo educativo deve responder às dúvidas do indivíduo dentro de seu contexto, empregando escuta ativa e comunicação efetiva, evitando elementos que possam piorar a sensação de dor ou veicular informações conflitantes com as evidências científicas consolidadas, além de favorecer a tomada de decisão compartilhada. As ações de educação para pessoas com dor crônica devem, portanto, ser implementadas em todos os níveis de atenção à saúde⁹⁹.

O processo educativo do paciente com dor crônica deve conter elementos que: (1) o preparem e encorajem para o autocuidado, visto que a condição implica cuidado de longo prazo, e o autocuidado possibilita reduzir os custos sobre o sistema de saúde e (2) informem e tranquilizem o paciente sobre sua condição e o tratamento, incluindo elementos sobre o prognóstico e fatores psicossociais envolvidos, trazendo para o paciente a ótica de que o problema da dor crônica está em um contexto mais amplo e não exclusivamente biológico-estrutural⁹⁹.

Há um número considerável de estudos enfatizando a importância da educação individualizada. No entanto, também são encorajados os modelos coletivos, como aqueles ofertados na APS, em grupos de interesses relativamente homogêneos, nos quais se pactuam os compromissos, tópicos dos encontros,

e se partilham experiências pessoais no cuidado da dor crônica. Embora exista uma lista de conteúdos que podem ser abordados¹⁰⁰, usar um modelo de diálogo, com oportunidades para o paciente expor suas dúvidas, refletir sobre suas experiências prévias, expectativas, interpretações e novos conhecimentos, tem se estabelecido como uma tendência, em vez de conteúdos apresentados como aulas ou palestras. Dentre os aspectos a serem abordados com os pacientes estão: conceitos de dor e sua finalidade; fisiologia da dor; características e diferenças entre dores agudas e crônicas; diferença entre lesão e dor, e suas relações; atuação do sistema nervoso na percepção da dor; como controlar a dor¹⁰⁰.

7.1.2. Atividade física, condicionamento físico e exercícios terapêuticos

Atividade física é qualquer movimento que produza gasto de energia acima dos níveis de repouso. Quando é planejada, estruturada e realizada com o objetivo de melhorar ou manter os componentes físicos, como a estrutura muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, passa a ser denominada exercício físico. Dessa forma, todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico¹⁰¹.

Comportamento sedentário, por sua vez, refere-se a atividades realizadas quando se está acordado em posição sentado, reclinado ou deitado, e gastando pouca energia. Por exemplo, quando se está em uma dessas posições para usar celular, computador, *tablet*, videogame, assistir à televisão ou aulas, realizar trabalhos manuais, jogar cartas ou jogos de mesa, bem como permanecer sentado em meios de transporte como carro, ônibus ou metrô¹⁰².

As atividades físicas podem ser feitas, preferencialmente sob a supervisão de um profissional de educação física, em diferentes intensidades, a depender do grau do esforço físico necessário para sua execução. Atividade física leve é aquela que exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é de 1 a 4. Atividade física moderada é aquela que exige mais esforço físico, a respiração é mais rápida que o normal e os batimentos do coração aumentam moderadamente. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 5 e 6. Já a atividade física intensa é aquela que exige um grande esforço físico, a respiração é muito mais rápida que o normal e os batimentos do coração são intensos. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 7 e 8¹⁰².

Exercícios terapêuticos, também denominados cinesioterapia, são exercícios físicos que atendem a objetivos específicos, de acordo com o quadro clínico do paciente, e podem ser aplicados por fisioterapeutas. Em geral, os benefícios dos exercícios terapêuticos nos indivíduos com dor crônica vão além daqueles esperados para os sistemas osteomioarticular e cardiovascular, e incluem os efeitos neuroendócrinos e a plasticidade do sistema nervoso central¹⁰³. Estudos sugerem que a inclusão de exercícios terapêuticos e a prática regular de atividade física reduzem a dor e melhoram a qualidade de vida de pessoas com dor crônica, se comparado ao cuidado usual isolado¹⁰⁴.

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

Exercícios aeróbicos podem resultar em melhora da funcionalidade, da resistência física e do controle da neuropatia, especialmente quando há diabetes como comorbidade. Eles podem ser indicados

para pessoas com dor crônica persistente de intensidade moderada a grave, principalmente em indivíduos com dores em região de coluna, dor miofascial, fibromialgia ou osteoartrite de membros inferiores. Pessoas com doenças cardíacas ou com fatores de risco cardiovasculares devem ser previamente avaliadas por um profissional de saúde antes de iniciar um programa de atividades físicas de alta intensidade⁹⁷.

Cabe destacar que um grupo especial de pessoas com dor crônica pode experimentar dificuldades para se engajar nos programas mais tradicionais de exercícios terapêuticos ou atividade física. Isso ocorre, em geral, tanto pela redução dos mecanismos endógenos de controle da dor quanto pela presença de fatores psicossociais associados, como o medo da dor relacionada ao movimento. Nesses casos, recomendações mais recentes apontam para o uso de técnicas de exposição gradual a exercícios físicos e atividades funcionais. Portanto, a definição das modalidades de atividade física ou dos protocolos de exercícios terapêuticos deve considerar a integridade do controle inibitório endógeno, bem como as necessidades, habilidades e preferências do paciente, favorecendo uma tomada de decisão compartilhada¹⁰³.

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

Adultos a partir de 18 anos, sem limitações funcionais, devem reduzir o tempo dedicado a comportamentos sedentários, especialmente aqueles realizados por longos períodos em posição sentada ou deitada. Além disso, recomenda-se realizar, no mínimo, 150 minutos de atividade física moderada por semana. Se houver preferência por atividades físicas vigorosas, podem realizá-las por pelo menos 75 minutos, incluindo atividades de fortalecimento dos músculos e ossos, como musculação ou exercícios com sobrecarga para ganho de massa muscular, pelo menos duas vezes por semana. Para idosos, as recomendações de nível de atividade são as mesmas dos adultos, adicionando-se exercícios de equilíbrio para auxiliar na prevenção de quedas e na manutenção das capacidades para realização das atividades diárias. Crianças e adolescentes de 6 anos a 17 anos devem realizar, no mínimo, 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia para obter benefícios físicos, mentais e cognitivos. Recomenda-se, ainda, que todas as faixas etárias, em especial as crianças e adolescentes, reduzam o comportamento sedentário, principalmente o tempo gasto em frente à televisão ou com outros dispositivos eletrônicos, como celulares, *tablets* e computadores^{102,105}.

Os indivíduos com dor crônica também devem receber orientações quanto à postura e ergonomia. A ocorrência de dor em determinados períodos do dia pode estar relacionada com a sobrecarga mecânica na musculatura utilizada. Dessa forma, é essencial orientar os usuários a realizar intervalos e alternar as atividades de forma rotineira, podendo-se sugerir o uso de um despertador para lembrar os intervalos de pausa, conforme a disponibilidade⁷⁰.

Por meio de uma abordagem interdisciplinar, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) proporcionam uma perspectiva direcionada para um cuidado continuado, humanizado e abrangente em saúde, instrumentalizando e sensibilizando os usuários para seu autocuidado^{106,107}.

A equipe de saúde deve se organizar junto aos profissionais especializados, como os componentes das equipes multiprofissionais, para mapear locais no território ou desenvolver ações e

programas relacionados às práticas corporais e atividades físicas dentro dos estabelecimentos de saúde e polos do Programa Academia da Saúde na APS, além de fortalecer algumas atividades, como as PICS.

As PICS, sempre que disponíveis nos serviços de saúde, devem compor o rol de ações e intervenções voltadas ao cuidado de indivíduos, complementando o tratamento da equipe multiprofissional. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o SUS práticas que atendam às necessidades regionais^{106,108}. As PICS podem ser consideradas de forma complementar ao tratamento, devido aos possíveis benefícios aos indivíduos com dor crônica¹⁰⁹⁻¹¹². Contudo, ressalta-se que as PICS não substituem os demais tratamentos preconizados pelo Protocolo e que o tratamento medicamentoso não pode ser interrompido sem orientação médica.

7.1.3. Agulhamento seco e compressão isquêmica de pontos gatilhos

Agulhamento seco é uma técnica invasiva que consiste na inserção de agulhas finas de monofilamento, sem o uso de medicamento, em músculos, ligamentos, tendões, fáscia subcutânea e tecido cicatricial. Nesse PDCT, o agulhamento seco se refere estritamente a um procedimento intramuscular envolvendo o tratamento isolado de pontos de gatilho miofasciais. Existem evidências de que o agulhamento seco é eficaz na redução de dor crônica em região lombar¹¹³⁻¹¹⁵ e em dores musculoesqueléticas¹¹⁶. Em região cervical e ombro, o agulhamento seco se mostrou eficaz na redução da dor quando comparado ao tratamento simulado (*sham*) ou ausência de tratamento em curto ou médio prazos¹¹⁷. Embora alguns estudos sejam de baixa qualidade, o agulhamento seco pode ser considerado como parte de um programa de controle da dor crônica.

A compressão isquêmica de pontos de gatilho miofasciais é outra opção terapêutica que pode ser considerada e envolve a digitopressão firme e sustentada no ponto com o músculo em uma posição totalmente alongada. A técnica de compressão isquêmica por 10 a 20 segundos está associada a uma melhora no limiar de dor por pressão sustentada na área ativa do ponto-gatilho. O profissional sente uma redução da tensão local e o paciente frequentemente refere um desconforto, porém com alívio da dor. A pressão gradualmente aumenta à medida que a dor diminui. A terapia deve ser repetida de duas a três vezes por semana e a duração total dependerá da cronicidade da condição e da evolução clínica do indivíduo¹¹⁸.

7.1.4. Recursos físicos

As modalidades de agente físico são geralmente entendidas como aquelas que produzem uma resposta terapêutica em tecidos moles por meio do uso de luz, água, som ou eletricidade. Elas podem incluir, mas não estão limitadas, o uso de fontes de aumento ou diminuição de temperatura (termoterapia), ondas de choque e ultrassom terapêutico, *laser* de baixa potência e dispositivos de estimulação elétrica transcutânea para alívio de dor ou geração de contração muscular^{114,119,120}.

Existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de modalidades físicas para o tratamento da dor crônica. A exceção é a laserterapia de baixa potência, que mostrou algum benefício em estudos maiores, como o alívio da dor e melhora da qualidade de vida¹²¹⁻

¹²³. Entretanto, como a efetividade em mais de três meses após o tratamento é incerta e não há estudos de custo efetividade, o uso da laserterapia de baixa potência não é recomendado neste PCDT¹¹⁴.

Revisões sistemáticas sobre técnicas como ultrassom terapêutico, ondas de choque, estimulação elétrica transcutânea, percutânea e transcranial, e corrente interferencial indicam quantidade limitada de evidência para suas aplicações em pessoas com dor crônica primária, com resultados incertos após três meses de tratamento. Portanto, nesse momento e diante da síntese da melhor evidência disponível, este Protocolo não recomenda essas técnicas para o tratamento de pessoas com dor crônica¹¹⁴.

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

7.1.5. Terapia manual

Terapia manual é definida como uma variedade de técnicas “*hands-on*” realizadas para melhorar a extensibilidade dos tecidos moles, aumentar a amplitude de movimento de complexos articulares, mobilizar ou manipular tecidos moles e articulações, induzir relaxamento, alterar a função muscular, modular a dor e reduzir edema dos tecidos moles, inflamação ou restrição de movimento. Essas técnicas podem incluir mover, passivamente ou associada à contração muscular, as articulações em direções específicas e em diferentes velocidades para recuperar o movimento (mobilização e manipulação das articulações), alongar a musculatura, realizar movimentos passivos da parte do corpo afetada ou fazer com que o paciente mova a parte do corpo contra a resistência do terapeuta para melhorar a ativação e controle muscular. Técnicas específicas aplicadas aos demais tecidos moles, como fáscias, também podem ser usadas para melhorar a mobilidade e a função de tecidos e músculos¹²⁴.

Em geral, existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de terapia manual para o tratamento da dor crônica. A maioria dos estudos se baseia em regiões específicas e avalia uma variedade de técnicas de diferentes intensidades de estresse mecânico aplicado aos tecidos (dor em pescoço ou lombar)¹²⁵⁻¹²⁸. Embora os estudos apresentem baixa qualidade da evidência para os desfechos em relação à redução da dor e melhora da funcionalidade, a terapia manual deve ser considerada como uma opção de tratamento em um contexto multimodal^{47,114,129}.

7.1.6. Acupuntura

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. Esta modalidade terapêutica tem sido utilizada para o tratamento da dor crônica, com resultados positivos em redução de dor e melhora da qualidade de vida em até três meses. A longo prazo, existem evidências de que os efeitos da acupuntura se mantêm por até um ano nos casos de cefaleia, osteoartrite e dor musculoesquelética¹³⁰. Deste modo, a acupuntura pode ser considerada uma opção viável para o tratamento da dor crônica.

Contudo, orienta-se que o procedimento seja descontinuado caso o paciente não experimente uma melhora significativa no primeiro mês de tratamento¹¹⁴. Há uma variedade considerável entre os tipos de técnicas de acupuntura empregadas e, por isso, a escolha da forma de administração da acupuntura depende das necessidades de alívio de dor dos pacientes e da sua disponibilidade nos serviços públicos de saúde¹¹⁴.

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

7.1.7. Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia comportamental e a educação em dor são estratégias que auxiliam o paciente a compreender que a dor não é apenas um fenômeno somático, mas que é também influenciada por fatores psicológicos, como percepção, atenção, pensamentos e sentimentos⁶. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) fundamenta-se no pressuposto de que emoções e comportamentos não são influenciados somente por eventos e acontecimentos, mas pela forma que se percebe e atribui significados a determinadas situações.

Neste modelo, a pessoa utiliza uma matriz de esquemas para se orientar em relação às suas vivências. Um esquema é uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido. Por meio da matriz de esquemas, o indivíduo consegue se orientar em relação ao tempo e ao espaço, além de categorizar e interpretar experiências de maneira significativa. Esquemas primitivos mal-adaptativos podem se tornar extremamente duradouros. A TCC propõe que o paciente aprenda a avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente e a gerar pensamentos alternativos mais adaptativos. A partir desse processo, crenças subjacentes aos pensamentos automáticos são identificadas e questionadas, assim como as distorções cognitivas¹³¹.

Alguns estudos demonstram que crenças disfuncionais e pensamentos catastróficos contribuem para o aumento da intensidade dolorosa e que a crença no sucesso terapêutico leva o indivíduo a tolerar melhor a sua dor¹³¹. Desse modo, fatores cognitivos e comportamentais podem exacerbar a dor e o sofrimento, além de contribuir para a incapacidade e mudanças nos estados de humor¹³². A utilização de técnicas da abordagem cognitiva-comportamental em pessoas com dor crônica advém do fato que as crenças, atitudes, valores e comportamentos relacionados à dor são culturalmente adquiridos e podem ser modificados¹³³.

A TCC tem se mostrado eficaz para redução da dor e melhora da funcionalidade nos domínios social e ocupacional, com redução das incapacidades. Existem evidências de que essa abordagem também pode facilitar o retorno do indivíduo às suas atividades laborais e no desmame de opioides. Deste modo, a TCC pode ser aplicada no tratamento da dor crônica^{47,97}. A frequência e duração do tratamento dependerá das necessidades do indivíduo e da avaliação do profissional responsável. Caso não haja adesão ao tratamento, melhora comportamental ou comprometimento cognitivo, sugere-se interromper esta terapia⁹⁷.

7.1.8. Estimulação elétrica da medula espinhal

A EME, também denominada estimulação medular ou *spinal cord stimulation* (SCS), é uma técnica de neuromodulação invasiva utilizada no tratamento da dor crônica refratária, particularmente de origem neuropática. O método baseia-se, classicamente, na teoria da comporta da dor, segundo a qual a ativação de fibras aferentes de grande calibre ($A\beta$) pode modular a transmissão nociceptiva no corno dorsal da medula espinhal, reduzindo a percepção dolorosa. Fibras aferentes nociceptivas carregam o sinal elétrico da dor e excitam interneurônios e vias ascendentes que transmitem o estímulo doloroso ao cérebro ¹³⁴. A neuromodulação elétrica desse sistema, realizada por meio da estimulação de fibras aferentes táteis com campos receptivos na mesma área em que a dor é percebida, contribui para o fechamento da “comporta” da dor na medula espinhal. Esse processo é caracterizado pela inibição pré-sináptica, gerada por potenciais pós-sinápticos inibitórios (PPSI) nos terminais centrais dos nociceptores, fenômeno denominado despolarização aferente primária (DAP) ¹³⁵⁻¹³⁹.

Contudo, sabe-se que os mecanismos envolvidos são mais complexos e incluem modulação de interneurônios do corno dorsal, ativação de vias inibitórias descendentes, efeitos em circuitos supraespinhais, incluindo redes tálamo-corticais, além de interações com sistemas neuroimunes ¹³⁴. Dessa forma, a EME atua em múltiplos níveis do neuroeixo, modulando a transmissão e a percepção da dor, com maior eficácia em síndromes de dor neuropática refratária. Estudos de neurofisiologia e de imagem funcional demonstraram modulação de circuitos tálamo-corticais e vias inibitórias descendentes ¹³⁵⁻¹³⁹.

O sistema da EME consiste em um gerador de pulso implantável (neuroestimulador contendo internamente a bateria e o gerador de pulso elétrico), que é posicionado no tecido subcutâneo e conectado a eletrodos implantados no espaço intrarraquidiano e extradural da coluna vertebral. Os eletrodos são capazes de gerar campos elétricos programáveis, que modulam a atividade neural ¹³⁴.

7.1.8.1. Recomendações pré-implante e orientações ao paciente

As recomendações pré-implante incluem avaliação multidisciplinar rigorosa do paciente, conforme critérios de inclusão deste protocolo, com atenção a fatores clínicos, funcionais, psicossociais e aos critérios de refratariedade ao tratamento conservador multimodal.

Dada a influência de fatores psicoemocionais nos desfechos terapêuticos, recomenda-se, sempre que possível, avaliação psicológica prévia ^{95,140,141}.

Como a EME envolve o implante de um dispositivo, os pacientes devem estar aptos e dispostos a participar ativamente de seus cuidados. Isso inclui o acompanhamento regular para reprogramação do sistema, o cuidado das feridas operatórias e, quando aplicável, a recarga do gerador implantável. O resultado em longo prazo depende não apenas dos aspectos técnicos do procedimento, mas também do engajamento do paciente, da adesão às orientações e do acompanhamento clínico ^{141,142}.

Deve-se assegurar que o paciente compreenda adequadamente a natureza do procedimento, seus potenciais benefícios, limitações e riscos, no contexto de decisão compartilhada. Os pacientes devem ser orientados quanto aos aspectos específicos relacionados ao uso do dispositivo, incluindo ¹⁴³⁻¹⁴⁵.

- Possibilidade de interferência com detectores de metais, sendo recomendado que o paciente porte identificação do dispositivo implantado.
- Realização de exames de ressonância magnética, que somente podem ser efetuados em dispositivos compatíveis e seguindo protocolos específicos. Em geral, os estimuladores medulares permitem a realização desses exames apenas após programação apropriada do dispositivo, devendo-se, quando necessário, realizar o ajuste prévio do aparelho ou solicitar suporte técnico do fabricante.
- O paciente deve ser orientado a informar aos profissionais de saúde que possui um estimulador de medula espinhal implantado, especialmente antes da realização de procedimentos cirúrgicos, exames ou outros procedimentos invasivos, para que sejam adotadas as medidas de segurança apropriadas.

Nos pacientes em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, deve ser realizada avaliação individualizada dos riscos trombotico e hemorrágico antes da implantação da EME. A necessidade de interrupção, o intervalo entre a suspensão do medicamento e o procedimento e o momento de reinício do tratamento devem considerar o medicamento utilizado, sua indicação, as características clínicas do paciente e as recomendações vigentes para procedimentos de neuroestimulação e neuraxiais ¹⁴⁶.

No período pré-operatório, também devem ser realizados exames laboratoriais para avaliação clínica, incluindo hemograma, provas metabólicas, testes de coagulação e exame de urina, com o objetivo de identificar infecções urinárias ou outras condições que possam aumentar o risco de complicações ^{146,147}.

Recomenda-se a adoção de medidas rigorosas de assepsia perioperatória, incluindo preparo da pele com soluções antissépticas à base de digliconato de clorexidina ou iodopovidona. Deve-se realizar triagem pré-operatória para identificação de infecção ativa, diabetes melito descompensado e estados de imunossupressão, condições que podem aumentar o risco de complicações infecciosas. Recomenda-se antibioticoprofilaxia perioperatória, conforme avaliação clínica e protocolos institucionais de prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Não há evidência que apoie o uso rotineiro de antibióticos por período superior a 24 horas após o procedimento ¹⁴⁷.

Outras medidas de precaução incluem evitar a manipulação ou a realização de procedimentos invasivos próximos ao sistema implantado, bem como monitorar a ocorrência de sinais de infecção ou de outras possíveis complicações.

Essas orientações devem ser fornecidas antes do implante e reforçadas no período pós-implante. Antes da realização do procedimento, deve ser obtido e documentado o consentimento informado do paciente, que deve contemplar informações sobre o procedimento de implante, potenciais benefícios e riscos associados, cuidados pré-operatório e pós-operatório, possibilidade de dor ou desconforto após o procedimento, precauções relacionadas ao uso do dispositivo e responsabilidades do paciente quanto ao autocuidado e ao acompanhamento.

Ainda, este Protocolo não preconiza a realização de teste prévio com estimulação temporária como obrigatoria.

7.1.8.2. Cuidados pós-implante e acompanhamento

Após o implante, que deverá ser realizado em ambiente hospitalar e em centros de saúde com experiência em neuromodulação, o dispositivo é programado em ambiente ambulatorial por profissional de saúde capacitado. Esse processo inclui ajustes de parâmetros como frequência, amplitude e modo de estimulação, de acordo com a resposta clínica do paciente. Após a programação inicial, o paciente pode controlar a estimulação em seu cotidiano, por meio de controle remoto portátil.

Concluído o processo da implantação do dispositivo, o acompanhamento deve ser contínuo e estruturado, com avaliação periódica da eficácia analgésica, da funcionalidade e da qualidade de vida. Recomenda-se a utilização de instrumentos padronizados para avaliação e acompanhamento dos desfechos clínicos, incluindo medidas de intensidade e características da dor, funcionalidade e impacto nas atividades diárias, conforme a condição clínica de base. Podem ser utilizados instrumentos validados em português, como o Questionário *McGill* reduzido, o Inventário Breve de Dor (BPI), o Questionário de *Roland-Morris* ¹⁴⁸, o Índice de Incapacidade de *Oswestry* ¹⁴⁹ e o Inventário de Sintomas de Dor Neuropática (NPSI) ¹⁵⁰. O acompanhamento estruturado deve também contemplar o desempenho do dispositivo implantado, de forma a subsidiar ajustes individualizados da terapia e apoiar estratégias de reabilitação física, funcional e psicossocial. Caso seja identificada piora no controle da dor, deve ser agendada consulta com especialista em dor, para avaliação clínica e reprogramação do estimulador, antes da indicação de novo procedimento intervencionista ou de uma nova cirurgia para dor ^{143,144,151}. A reprogramação do dispositivo, em nível ambulatorial por equipe especializada, é parte essencial do cuidado e pode ser necessária ao longo do tempo para otimização da analgesia ou mitigação de eventos adversos ¹⁵².

Avaliações periódicas do funcionamento do dispositivo são recomendadas e incluem a verificação do estado da bateria, com revisões anuais ou conforme necessidade clínica. A continuidade do uso da EME deve basear-se na manutenção de benefício clínico significativo, especialmente em termos de redução da dor e melhora funcional. A perda de eficácia ao longo do tempo pode ocorrer e deve ser inicialmente abordada por meio da reprogramação do dispositivo e reavaliação clínica. Na ausência de resposta adequada, deve-se considerar a retirada do sistema ^{143,144,151}.

Ainda, no período pós-operatório inicial, recomenda-se a limitação de atividades físicas intensas, especialmente nas primeiras semanas, como forma de reduzir o risco de deslocamento do sistema implantado.

7.1.8.3. Complicações e eventos adversos

A EME está associada a eventos adversos e complicações relacionadas ao procedimento, ao dispositivo implantado e à evolução clínica ao longo do acompanhamento. As complicações mais frequentes incluem infecção, dor ou desconforto no local do implante, falha, fratura, deslocamento ou migração dos eletrodos, perda de eficácia ao longo do tempo e necessidade de reprogramação, reoperação ou explante do sistema ^{143,144,151}. Cuidados operatórios destinados a prevenir a migração do eletrodo incluem a ancoragem e a tunelização apropriada, bem como a limitação de atividades físicas excessivas durante as primeiras semanas após o procedimento.

As complicações relacionadas ao procedimento incluem perfuração da dura-máter, cefaleia pós-punção, sangramento, hematoma, fístula líquórica, seroma, deiscência da ferida operatória, trombose,

contusão medular e, mais raramente, hematoma epidural com risco de compressão da medula espinhal ou da cauda equina e déficit neurológico. Na suspeita de hematoma neuraxial, deve-se realizar avaliação imediata com exame de imagem, preferencialmente ressonância magnética^{144,151}.

As complicações relacionadas ao dispositivo incluem falha mecânica, falha de conexão, quebra do eletrodo ou do cabo de extensão, extrusão do sistema, esgotamento da bateria e parestesias indesejáveis ou sensação desagradável associada à estimulação. Em muitos casos, essas complicações podem ser resolvidas por meio da reprogramação do sistema, embora algumas situações exijam revisão cirúrgica ou retirada do dispositivo^{144,151}.

A infecção é uma das complicações médicas mais relevantes, geralmente localizada no sítio de implante ou nas incisões cirúrgicas, podendo requerer antibioticoterapia e, em alguns casos, remoção parcial ou total do sistema implantado. Além disso, pode ocorrer diminuição progressiva do benefício analgésico ao longo do tempo, situação que deve ser inicialmente abordada por meio de reprogramação do dispositivo e reavaliação clínica^{143,144,151}.

Eventos adversos graves são incomuns, mas incluem lesão nervosa com déficit sensitivo ou motor, neuropatia autonômica e, excepcionalmente, paralisia. Pacientes em uso de anticoagulantes ou com maior risco de sangramento exigem atenção especial, inclusive no período pós-operatório^{144,151}.

7.1.8.4. Contraindicações

São contraindicações absolutas ao uso da EME: infecção ativa; coagulopatia não corrigida; barreiras anatômicas que impeçam o implante; incapacidade de controlar o gerador de pulsos; estenose acentuada do canal raquidiano; compressão estrutural persistente ou não reconhecida dos elementos neurais; lesão neurológica espinal passível de tratamento operatório; instabilidade significativa ou progressiva da coluna vertebral; imunossupressão ou outras condições que representem risco cirúrgico inaceitável^{143,153}.

São contraindicações relativas ao uso da EME: risco anestésico ou cirúrgico elevado; gravidez; comorbidades clínicas descompensadas; presença de um marcapasso sob demanda ou desfibrilador implantado^{143,153}.

7.2. Tratamento medicamentoso

Tratamentos medicamentosos, inseridos em uma abordagem multimodal, desempenham papel importante no controle da dor. A escolha do medicamento deve considerar a natureza da dor e, frequentemente, será necessário associar mais de uma classe medicamentosa para melhor controle algico. A combinação de diferentes medicamentos para o tratamento da dor permite que eles atuem de forma sinérgica, possibilitando a obtenção do maior benefício possível de cada medicamento, com doses mais baixas e menor perfil de eventos adversos¹⁵⁴. Como a abordagem difere de acordo com o tipo de dor, os tratamentos serão apresentados de acordo com as classificações (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica e mista).

O tratamento medicamentoso preconizado neste Protocolo inclui aqueles medicamentos disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, não são recomendados o uso de

medicamentos avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e cuja decisão do Ministério da Saúde foi pela sua não incorporação: diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética (Portaria SCTIE/MS nº 45, de 20 de julho de 2021)¹⁵⁵; opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 46, de 20 de julho de 2021)¹⁵⁶; opioides fracos (codeína e tramadol) e morfina em baixa dose para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 59, de 20 de julho de 2021)¹⁵⁷; anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou osteoartrite (Portaria SCTIE/MS nº 48, de 20 de julho de 2021)¹⁵⁸; lidocaína para dor neuropática localizada (Portaria SCTIE/MS nº 50, de 2 de agosto de 2021)¹⁵⁹; pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 51, de 2 de agosto de 2021)¹⁶⁰; e duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 52, de 2 de agosto de 2021)¹⁶¹.

Ainda, conforme a Portaria SCTIE/MS nº 53, de 23 de novembro de 2017, o naproxeno teve seu uso ampliado para osteoartrite de quadril e de joelho no âmbito do SUS. Nesse sentido, este Protocolo preconiza o uso desse medicamento apenas para o tratamento destas condições, em consonância com a recomendação da Conitec (Relatório de Recomendação nº 298, de agosto de 2017).

7.2.1. Dor nociceptiva

Dentre as alternativas medicamentosas, opioides e AINE constituem as principais estratégias no tratamento para dor crônica musculoesquelética. O uso de AINE, como ibuprofeno, está associado a melhoras modestas, porém consideráveis na intensidade da dor lombar e por osteoartrite quando comparado ao placebo^{129,162-164}, sendo recomendado para estas indicações. Deve-se, entretanto, levar em consideração o risco de eventos adversos gastrointestinais e cardiovasculares quando da prescrição desta classe medicamentosa¹²⁹.

O uso do paracetamol está associado à redução da dor e melhora da funcionalidade em pessoas com osteoartrite de joelho e de quadril. Seu uso pode ser associado a um AINE para que ocorra potencialização do efeito analgésico. Entretanto, devido ao aumento do risco de sangramento gastrointestinal, esta associação deve ser avaliada com cautela¹²⁹.

Opioides como fosfato de codeína, sulfato de morfina e cloridrato de metadona devem ser utilizados com parcimônia no tratamento da dor crônica não oncológica. Enquanto existem evidências robustas que suportem o uso desta classe medicamentosa a curto prazo em pessoas com dor crônica não oncológica, a eficácia e a segurança do uso prolongado são incertas¹⁶⁵⁻¹⁶⁷. Além disso, o uso de fosfato de codeína na população pediátrica deve ser realizado com cautela e restrição, em razão do maior risco de eventos adversos graves nessa faixa etária, devendo sua indicação, quando excepcional, ser criteriosamente avaliada e acompanhada conforme as recomendações de segurança vigentes¹⁶⁸.

Medicamentos adjuvantes, como antidepressivos e anticonvulsivantes, não foram superiores ao placebo para o tratamento de dores musculoesqueléticas e dor lombar. Entretanto, em contextos em que há um componente de dor neuropática associada ou em casos em que existem componentes de sensibilização segmentar, pode-se considerar seu uso¹²⁹.

7.2.1.1. Osteoartrite de joelho e quadril

Orienta-se que o tratamento medicamentoso da osteoartrite de joelho e de quadril se inicie com doses regulares de paracetamol de 500 mg, um a dois comprimidos de três a quatro vezes ao dia, não excedendo a 4 g de paracetamol diariamente (conforme a bula do medicamento). Ainda como alternativa de primeira linha para o tratamento da dor, sugere-se a prescrição de dipirona na dose de 500 mg, um a dois comprimidos até quatro vezes ao dia (conforme a bula do medicamento); de acordo com a resposta terapêutica e preferência de cada paciente.

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

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

Para pessoas com osteoartrite de joelho e de quadril que fazem uso contínuo de ácido acetilsalicílico em baixas doses, recomenda-se a prescrição de paracetamol ou dipirona, evitando AINE (seletivo ou não seletivo).

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

7.2.2. Dor neuropática

O tratamento da dor neuropática envolve o uso de medicamentos adjuvantes analgésicos. Dentre os anticonvulsivantes, destaca-se a gabapentina para o tratamento da dor neuropática pós-herpética, neuropatia diabética, dor neuropática mista, assim como em pessoas com hanseníase. Nestes pacientes, o tratamento com gabapentina se mostrou superior ao placebo para o alívio da dor^{129,169}. Além disso, a carbamazepina pode ser considerada para o tratamento de neuralgia do trigêmeo e de dor neuropática de outras origens¹⁷⁰.

Alguns antidepressivos têm ação analgésica, como os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina (ISRSN). As evidências existentes atualmente são mais robustas para os ADT. Os ADT são eficazes para o tratamento da dor neuropática decorrente de lesão de medula, neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética e dor pós acidente vascular encefálico^{129,170,171}.

A prescrição de opioides deve ser feita com cautela para pessoas com dor crônica, incluindo dor neuropática¹⁷⁰. Uma revisão sistemática evidenciou que o uso de opioides resulta em redução de dor em curto prazo (4 semanas a 12 semanas) em pessoas com neuralgia pós-herpética e neuropatias periféricas. Entretanto, os efeitos a longo prazo são desconhecidos¹⁷². Similarmente, uma revisão sistemática,

avaliando o uso do sulfato de morfina para tratamento de dor neuropática, mostrou que embora os pacientes tenham apresentado redução significativa da dor, a evidência era de muito baixa qualidade, sendo considerada insuficiente para apoiar o uso do sulfato de morfina para esta indicação¹⁷³. Portanto, quando necessário utilizar opioides, como em caso de exacerbações de dor ou dor intratável, recomenda-se prescrever a menor dose efetiva, com avaliação regular de riscos e benefícios¹⁷⁴.

7.2.3. Dor nociplástica

As classes de medicamentos com mais evidências de eficácia incluem os ADT (por exemplo, cloridrato de amitriptilina e cloridrato de nortriptilina), que se mostraram eficazes na melhora do sono e da dor; os ISRSN; e os gabapentinoides, como a gabapentina¹⁷⁵.

A fibromialgia é a principal condição associada a dor nociplástica. Neste caso, recomenda-se o uso de ADT, como o cloridrato de amitriptilina, que demonstrou reduções significativas da dor, melhora do sono e qualidade de vida relacionada à saúde. Uma vez que os tratamentos com pregabalina e duloxetina não foram incorporados ao SUS para o tratamento da fibromialgia, estes não são recomendados¹⁶⁰⁻¹⁶¹.

Os anti-inflamatórios não esteroidais, paracetamol e opioides são menos efetivos para o controle da dor nociplástica. Além disso, o uso de opioides para pacientes com esse tipo de dor é desencorajado¹⁷⁶. A evidência que justifica o uso de relaxantes musculares para o controle da dor é incerta e limitada. Uma revisão sistemática avaliou o uso de relaxantes musculares não benzodiazepínicos e demonstrou que embora essa classe de medicamentos seja capaz de promover redução de dor, os resultados foram clinicamente insignificantes¹⁷⁷. Dadas as incertezas, o uso de relaxantes musculares para o tratamento da dor crônica não está recomendado neste PCDT^{6,178}.

Quando o quadro é associado a outras condições clínicas que geram estímulos algícos contínuos, como na osteoartrose, pode ser útil a administração de AINE e opioides fracos por curtos períodos para controle da dor⁶. Frequentemente, muitos pacientes se beneficiam de duas ou três classes de medicamentos administrados em conjunto, enquanto outros pacientes necessitam de apenas uma classe medicamentosa⁶.

7.2.4. Dor mista

A dor mista pode envolver componentes de dor nociplástica, neuropática ou nociceptiva. Atualmente, não existem tratamentos definitivos para este tipo de dor e eles são brevemente abordados em estudos científicos¹⁷⁹⁻¹⁸¹. Entretanto, acredita-se que uma combinação de tratamentos seja necessária, considerando as diferentes características de dor apresentadas¹⁸².

7.2.5. Dor oncológica

Indivíduos com câncer podem apresentar dor nociceptiva, por compressão tumoral ou de outros estímulos aos nociceptores, bem como dor neuropática (dor neuropática oncológica), resultante de lesão

de sistema nervoso central ou periférico, decorrente de compressão de estruturas nervosas, infiltração tumoral ou toxicidade associada ao tratamento. Dessa forma, o tratamento do paciente com câncer deve basear-se em uma abordagem multimodal, combinando intervenções medicamentosas e não medicamentosas. Entre as medidas medicamentosas, os analgésicos não opioides e as terapias adjuvantes constituem a primeira linha de tratamento para a dor oncológica. Conforme intensificação ou persistência da dor, os opioides podem ser usados em monoterapia ou associados as terapias previamente preconizadas^{183,184}.

Para pacientes oncológicos, o tratamento da dor tem como objetivo reduzi-la a níveis que permitam uma qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente¹⁸⁵. O tratamento medicamentoso da dor oncológica frequentemente segue as recomendações da OMS, por meio da escada analgésica da dor¹⁸⁶. Ela considera a prescrição de medicamentos não opioides, adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes) e opioides, cuja seleção dependerá da intensidade da dor¹⁸⁶ (**Figura 1**).

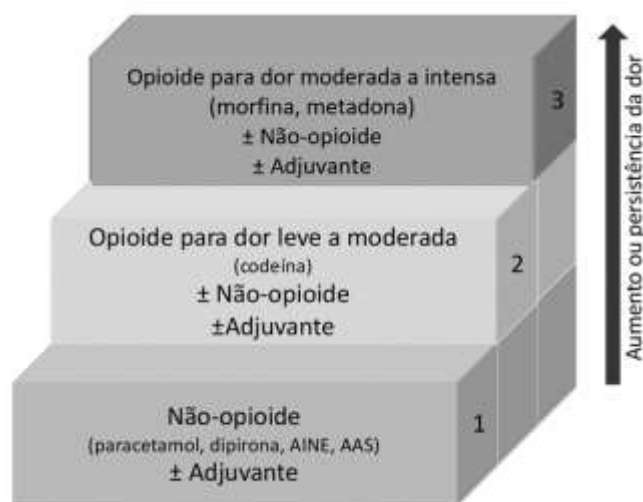


Figura 1 - Escada analgésica da dor adaptada.

Fonte: Adaptada de OMS, 1987.

O primeiro degrau da escada corresponde a indivíduos que apresentam dor leve. Nesse contexto, devem ser prescritos paracetamol ou AINE. Não há evidências conclusivas que favoreçam o uso de um AINE em detrimento de outro¹⁸⁷⁻¹⁹⁰. O segundo degrau corresponde a indivíduos que apresentam intensidade moderada de dor ou que não responderam ao tratamento proposto anteriormente. Deve-se priorizar o uso de opioides leves, como o fosfato de codeína, em monoterapia ou associado aos medicamentos elencados no primeiro degrau^{183,184,191}. Já o terceiro degrau corresponde ao tratamento recomendado àqueles indivíduos que apresentam dor de forte intensidade ou que não responderam ao tratamento indicado no segundo degrau. Nesse contexto, opioides fortes, como sulfato de morfina e cloridrato de metadona, são os pilares do tratamento. Eles podem ser prescritos isoladamente ou em combinação com não opioides^{183,184,191}. Em indivíduos com alto risco para sobredose, como aqueles com histórico de abuso de substâncias ou de *overdose*, deve-se considerar a coprescrição de naloxona¹⁹². O tratamento deve iniciar com a prescrição de opioides de liberação imediata e, uma vez identificada a dose ideal para o paciente, pode-se considerar a prescrição de opioides de liberação prolongada^{183,191}.

Todos os pacientes devem utilizar analgésicos em horários fixos, com prescrição de doses de resgate para o tratamento da dor episódica^{183,184,191}.

Em qualquer degrau da escada analgésica pode ser considerado o uso de medicamentos adjuvantes com o objetivo de potencializar a analgesia, permitindo a redução das doses de opioides e, consequentemente, a diminuição dos eventos adversos a eles relacionados¹⁸³.

Em caso de ausência de resposta adequada ou na ocorrência de eventos adversos intoleráveis, pode ser necessária a mudança (rotação) dos opioides. Embora essa estratégia não tenha sua eficácia comprovada por estudos clínicos, trata-se de uma prática amplamente empregada para melhorar o controle da dor. Nesses casos, é imprescindível realizar o cálculo de equivalência analgésica entre os opioides^{183,191}. Na conversão de sulfato de morfina para o cloridrato de metadona, a razão pode variar de 1:5 a 1:12, e deve-se considerar o tempo de meia-vida do cloridrato de metadona e as variações individuais (conforme item *Conversão de doses entre opioides*). Portanto, essa conversão só deve ser realizada por profissionais experientes¹⁹¹.

Independentemente do medicamento ou da combinação prescrita, é essencial a reavaliação regular, para verificar a manutenção do efeito analgésico e se o controle da dor está sendo adequado. Caso o paciente não esteja se beneficiando do tratamento proposto após duas a quatro semanas de uso dos medicamentos em doses adequadas, é pouco provável que apresente resposta posteriormente. Assim, deve-se interromper o tratamento e buscar alternativas terapêuticas¹²⁹.

7.2.6. Cuidado farmacêutico

Ressalta-se a importância do acompanhamento dos usuários em relação ao uso dos medicamentos preconizados neste PCDT para que alcancem os resultados positivos em relação à efetividade do tratamento e para monitorar o surgimento de problemas relacionados à segurança. Nesse aspecto, a prática do Cuidado Farmacêutico, por meio de orientação, educação em saúde e acompanhamento contínuo, contribui diretamente para o alcance dos melhores resultados em saúde, ao incentivar o uso apropriado dos medicamentos que sejam indicados, seguros e efetivos, ao estimular a adesão ao tratamento, ao fornecer apoio e informações que promovam a autonomia e o autocuidado dos pacientes. Como a adesão ao tratamento é essencial para que o usuário alcance os resultados esperados, é fundamental que sejam fornecidas, no momento da dispensação dos medicamentos, informações acerca do processo de uso do medicamento, interações medicamentosas e possíveis reações adversas. A integração do Cuidado Farmacêutico aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas é, portanto, fundamental para proporcionar uma assistência à saúde mais segura, efetiva e centrada na pessoa, abordando de forma abrangente as necessidades de cada indivíduo.

7.2.7. Medicamentos

- Ácido acetilsalicílico: comprimidos de 500 mg;
- Ácido valproico: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope 50 mg/mL;
- Carbamazepina: comprimidos de 200 ou 400 mg; suspensão oral 20 mg/mL;
- Cloridrato de amitriptilina: comprimidos de 25 ou 75 mg;

- Cloridrato de clomipramina: comprimidos de 10 ou 25 mg;
- Cloridrato de metadona: comprimidos de 5 ou 10 mg; solução injetável de 10 mg/mL;
- Cloridrato de nortriptilina: cápsulas de 10, 25, 50 ou 75 mg;
- Dipirona: comprimidos de 500 mg; solução oral de 500 mg/mL;
- Fenitoína: comprimidos de 100 mg; suspensão oral de 20 mg/mL;
- Fosfato de codeína: comprimidos de 30 ou 60 mg; solução oral de 3 mg/mL; solução injetável de 30 mg/mL;
- Gabapentina: cápsulas de 300 ou 400 mg;
- Ibuprofeno: comprimidos de 200, 300 ou 600 mg; suspensão oral de 50 mg/mL;
- Naproxeno: comprimidos de 250 e 500 mg;
- Omeprazol: comprimidos de 10 e 20 mg;
- Paracetamol: comprimidos de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL;
- Sulfato de morfina: comprimidos de 10 ou 30 mg; cápsulas de liberação prolongada de 30, 60 ou 100 mg; solução oral de 10 mg/mL; solução injetável de 10 mg/mL;
- Valproato de sódio: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope de 50 mg/mL.

7.2.8. Esquemas de administração

Os esquemas de administração dos medicamentos preconizados no presente PCDT estão descritos nos **Quadro 2**:

Quadro 2. Esquemas de administração dos medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Medicamento	Posologia
Ácido acetilsalicílico	Adultos: 1 a 2 comprimidos. Se necessário, repetir a cada 4 horas ou 8 horas, com máximo de 8 comprimidos/dia. Crianças a partir de 12 anos: 1 comprimido. Se necessário, repetir a cada 4 horas a 8 horas, até 3 vezes por dia. Tomar os comprimidos preferencialmente após as refeições, com bastante líquido.
Ácido valproico ou valproato de sódio	Adultos e crianças a partir de 12 anos: 250 mg/dia a 750 mg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia. Crianças até 12 anos: 10 mg/kg/dia a 60 mg/kg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia.

Medicamento	Posologia
	Se a dose total diária exceder 250 mg, ela deve ser administrada de forma fracionada em até três doses. Pacientes idosos e que apresentam efeitos adversos relacionados à dose: iniciar com doses mais baixas, a melhor dose terapêutica deverá ser alcançada com base na resposta clínica e na tolerabilidade.
Carbamazepina	Adultos e crianças acima de 12 anos: dose inicial de 200 mg/dia a 400 mg/dia, com elevação gradual até obtenção da melhora da dor (geralmente 200 mg, 3 a 4 vezes por dia) para neuralgia do trigêmeo; média de 200 mg; 2 a 4 vezes por dia para neuropatia diabética dolorosa; dose máxima de 1.200 mg/dia. Crianças de 6 meses a 12 meses: 5 mg/kg/dia a 20 mg/kg/dia; dose máxima de 35 mg/dia. Não existem dados disponíveis sobre a farmacocinética da carbamazepina em pacientes com insuficiência hepática ou renal. Idosos: é recomendada a dose inicial de 100 mg duas vezes por dia, que pode ser lentamente aumentada diariamente até a obtenção do alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes por dia). A dose deve ser gradualmente reduzida para o nível de manutenção mais baixo possível.
Cloridrato de amitriptilina	Adultos: 25 mg/dia a 100 mg/dia; dose máxima: 150 mg/dia. Crianças acima de 12 anos e adolescentes: 25 mg ou 0,1 mg/kg/dia a 2 mg/kg/dia. Idosos: doses de 10 mg a 50 mg diárias, administradas de forma fracionada ou em dose única diária, preferencialmente ao dormir.
Cloridrato de clomipramina	Adultos: 10 mg/dia a 150 mg/dia. Idosos: iniciar o tratamento com 10 mg/dia e aumentar gradualmente a posologia até uma dose ideal de 30 mg/dia - 50 mg/dia, sendo mantido até o final do tratamento. Adolescentes: deve ser utilizado com precaução em adolescentes e as doses devem ser aumentadas com cautela. Pacientes com insuficiência hepática e insuficiência renal: deve ser administrado com precaução.
Cloridrato de metadona	Adultos: 2,5 mg a 10 mg a cada 6 horas, 8 horas ou 12 horas. Para início do tratamento, a dose diária geralmente não deve exceder 30 a 40 mg/dia. Para uso crônico, a dose e o intervalo de administração devem ser individualizados conforme a resposta clínica e a tolerabilidade. A conversão de outros opioides para metadona deve seguir as recomendações descritas neste Protocolo. Idosos: utilizar a menor dose clínica eficaz.
Cloridrato de nortriptilina	Adultos: 25 mg; 3 ou 4 vezes por dia; dose máxima: 150 mg/dia. Idosos: 30 mg/dia a 50 mg/dia em 2 ou 3 administrações ou em uma única dose por dia. Manter a menor dose diária total efetiva.

Medicamento	Posologia
	Crianças de 6 anos a 12 anos: 1 mg/kg/dia a 3 mg/kg/dia. Crianças a partir de 12 anos: 30 mg/dia a 50 mg/dia; dose máxima de 50 mg/dia.
Dipirona	Adultos e adolescentes a partir de 15 anos: 1 a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia ou 10 mL a 20 mL em administração única ou até o máximo de 20 mL, 4 vezes ao dia. Crianças a partir de 3 meses e adolescentes até 15 anos: 10 mg/kg – 25 mg/kg a cada 6 horas. Crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg não devem utilizar esse medicamento. Pacientes com insuficiência renal ou doença hepática, idosos e debilitados: recomenda-se que o uso de altas doses seja evitado, entretanto, para tratamento em curto prazo não é necessária redução da dose.
Fenitoína	Adultos: 100 mg três vezes ao dia. Dose usual de manutenção de 300 mg/dia a 400 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia. Crianças a partir de 6 anos: 5 mg/kg/dia divididos igualmente em duas ou três administrações; a dose de manutenção usual é de 4 mg/kg/dia a 8 mg/kg/dia; dose máxima 300 mg/dia. Idosos: inicialmente 3 mg/kg/dia em doses divididas; a dose deve ser ajustada de acordo com as concentrações séricas de hidantoína e de acordo com a resposta do paciente. Pacientes com doença hepática ou insuficiência renal: pode haver um aumento da concentração de fenitoína livre; a análise das concentrações de fenitoína livre pode ser útil nestes pacientes.
Fosfato de codeína	Adultos: 30 mg a 60 mg, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 360 mg/dia. Idosos: dose inicial de 15 mg de 4/4 horas; dose máxima de 360 mg/dia. Crianças e adolescentes: 0,5 mg/kg a 1,0 mg/kg a cada 4 horas a 6 horas; dose máxima de 60 mg/dia. O uso de fosfato de codeína na população pediátrica deve ser realizado com cautela, criteriosamente avaliado e acompanhado. Pacientes com doença hepática ou insuficiência renal: iniciar com cautela o tratamento, com a menor dose eficaz e titular com cuidado.
Gabapentina	Adultos, adolescentes e crianças a partir de 12 anos: 900 mg/dias, dividida em três administrações diárias, podendo ser aumentada até a dose máxima de 3.600 mg/dia. Crianças entre 3 anos e 12 anos: 10 mg/kg/dia a 50 mg/kg/dia. Idosos: as mesmas doses recomendadas para adultos podem ser administradas em pacientes idosos. Para pacientes com função renal comprometida: as doses devem ser reduzidas em pacientes com insuficiência renal (depuração da creatinina < 79 mL/min).

Medicamento	Posologia
	Pacientes em hemodiálise: para aqueles que nunca receberam gabapentina, é recomendada uma dose de ataque de 300 mg a 400 mg e, posteriormente doses de 200 mg a 300 mg de gabapentina após cada 4 horas de hemodiálise.
Ibuprofeno	Adultos: 200 mg a 600 mg, 3 a 4 vezes/dia ou 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas; dose máxima de 3.200 mg/dia. Crianças a partir de 6 meses: 1 gota/kg a 2 gotas/kg, 3 a 4 vezes por dia, não excedendo 40 gotas/dose; dose máxima de 160 gotas/dia. Pacientes pediátricos, menores de 12 anos, não devem exceder a dose máxima de 40 gotas (200 mg) por dose e 160 gotas (800 mg) por um período de 24 horas.
Naproxeno	Adultos: 250 mg, 1 a 2 vezes/dia, ou 500 mg, 1 vez/dia. A dose diária de 500 mg não deve ser excedida, salvo se sob prescrição médica. Idosos: devem ser consideradas doses mais baixas. Crianças menores de 12 anos não devem tomar este medicamento, salvo sob prescrição médica. Pacientes com insuficiências hepática, renal ou cardíaca: pode haver necessidade de redução da dose.
Omeprazol	Adultos: profilaxia de úlceras duodenais e esofagite de refluxo: 10 mg ou 20 mg antes do café da manhã.
Paracetamol	Adultos e crianças a partir de 12 anos: 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 4.000 mg/dia. Crianças abaixo de 12 anos: 10 mg/kg a 15 mg/kg a cada 4 horas ou 6 horas; dose máxima de 75 mg/kg/dia.
Sulfato de morfina	<u>Sulfato de morfina oral: comprimido, solução oral e gotas – ação curta:</u> Adultos: iniciar com 5 mg a 30 mg a cada 4 horas; não há dose máxima, devendo ser estabelecida de acordo com tolerância individual. Para a maioria dos pacientes, esta dose é de cerca de 180 mg/dia. Idosos: dose inicial de 5 mg, a cada 4 horas (dose mínima, o tratamento não deve exceder o tempo necessário para melhora dos sintomas). Crianças e adolescentes: 0,1 mg/kg/dose a 0,4 mg/kg/dose, a cada 4 horas. <u>Cápsulas de liberação prolongada:</u> Iniciar após estabelecimento da dose ideal com o sulfato de morfina de liberação imediata. Adultos: 30 mg a 100 mg, a cada 12 horas. <u>Sulfato de morfina injetável:</u> Adultos: a conversão de dose deve considerar a proporção 1:3 (venosa:oral).

Medicamento	Posologia
	Crianças e adolescentes: 0,1 mg/kg, a cada 2 horas a 4 horas.

Fonte: elaboração própria.

7.2.9. Eventos adversos

Os principais eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados no presente PCDT estão descritos no **Quadro 3**.

Quadro 3. Principais eventos adversos associados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo.

Medicamento	-Reações adversas
Ácido acetilsalicílico	-Distúrbios do trato gastrointestinal superior e inferior como sinais e sintomas de dispepsia, dor gastrointestinal e abdominal. Por seu efeito antiagregante plaquetário, o uso do ácido acetilsalicílico pode resultar em aumento do risco de sangramento. Foram observadas hemorragias tais como hemorragia intra-operatória e pós-operatória, hematomas, epistaxe, hemorragias urogenitais e sangramento gengival. -Podem ocorrer reações de hipersensibilidade, que incluem doença respiratória exacerbada por ácido acetilsalicílico, reações leves a moderadas podendo ter manifestações como <i>rash</i> cutâneo, urticária, edema, prurido, rinite, congestão nasal, alterações cardiorrespiratórias e, muito raramente, reações graves, como choque anafilático. -Deve ser usado com cautela em pacientes com função hepática anormal e com função renal anormal.
Ácido valproico ou valproato de sódio	-Mais comumente, podem ocorrer trombocitopenia, aumento ou perda de peso, sonolência, tremores, amnésia, ataxia, tontura, disgeusia, cefaleia, nistagmo, parestesia, alteração da fala, tinido, náusea, dor abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, vômitos, alopecia, equimose, prurido, <i>rash</i> cutâneo, diminuição ou aumento do apetite, astenia, alteração da marcha, edema periférico, sonhos anormais, labilidade emocional, estado de confusão, depressão, insônia, nervosismo, pensamento anormal, ambliopia, diplopia e infecções; hepatotoxicidade e pancreatite.
Carbamazepina	-Mais frequentemente, pode ocorrer leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia, edema, retenção de líquido, aumento de peso, hiponatremia e redução de osmolaridade do sangue causada por um efeito semelhante ao do hormônio antidiurético, conduzindo em casos raros, à intoxicação hídrica acompanhada de letargia, vômito, cefaleia, confusão e distúrbios neurológicos, ataxia, vertigem, sonolência, diplopia, distúrbio de acomodação visual, visão borrada, náusea, boca seca, urticária que em alguns casos pode ser grave, dermatite alérgica, aumento da gama-glutamil transferase (devido à indução de enzima hepática), a qual geralmente não é clinicamente relevante, aumento da fosfatase alcalina do sangue e aumento das transaminases. -São eventos raros ou incomuns: aplasia de medula, com anemias graves, febre, síndrome de <i>Stevens-Johnson</i> e constipação intestinal.
Cloridrato de amitriptilina	-Podem ocorrer distúrbios do sono, acatisia, letargia, sedação, sonolência, aumento do apetite, ansiedade, cefaleia, tonturas, hipotensão ortostática, alongamento do PR e prolongamento do QRS do eletrocardiograma, alentecimento da condução atrioventricular, taquicardia sinusal, arritmia cardíaca complexa, xerostomia (boca seca), obstipação, náusea, vômitos, coriza, mal-estar, mialgia, tremor, sensação de fraqueza, retenção urinária, inibição da ejaculação, turvação visual, episódios de

Medicamento	-Reações adversas
	mania, indução do suicídio, sangramento gastrointestinal, estados confusionais, aumento e perda de peso, entre outros.
Cloridrato de clomipramina	-Mais comumente, podem ocorrer taquicardia sinusal, palpitações, hipotensão ortostática, alterações clinicamente irrelevantes do eletrocardiograma em pacientes sem doença cardíaca, zumbido, alterações da acomodação visual, visão borrada, midríase, náusea, boca seca, constipação, vômito, distúrbios gastrointestinais, diarreia, fadiga, aumento de peso, aumento de transaminases hepáticas, aumento ou diminuição do apetite, fraqueza muscular, tontura, tremores, cefaleia, mioclonia, distúrbio de atenção, inquietação, estado de confusão, desorientação, alucinações (particularmente em pacientes idosos e em pacientes com doença de <i>Parkinson</i>), ansiedade, agitação, distúrbios do sono, mania, hipomania, agressividade, despersonalização, agravamento da depressão, pesadelos, delírio, distúrbios da micção, distúrbios da libido, disfunção erétil, bocejos, hiperidrose, dermatites alérgicas, reação de fotossensibilidade, prurido, fogachos. -As reações adversas são geralmente leves e transitórias, desaparecendo com a continuidade do tratamento ou com a redução da dose do medicamento.
Cloridrato de Metadona	-Pode ocorrer depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque, tendo também ocorrido parada cardíaca. -Mais frequentemente, pode ocorrer dificuldade para respirar, delírio, tontura, sedação, náusea, vômitos e transpiração, sendo mais pronunciados em pacientes em uso ambulatorial do medicamento e naqueles que não estão sofrendo de dor grave. Para estes pacientes, recomendam-se doses menores. Algumas reações adversas, em pacientes em uso ambulatorial, podem ser diminuídas se o paciente estiver deitado. -Menos frequentemente pode ocorrer fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, taquicardia e dificuldade para urinar.
Cloridrato de nortriptilina	-Pode ocorrer alteração da pressão arterial, taquicardia, palpitação, infarto do miocárdio, arritmias, parada cardíaca, acidente vascular cerebral, confusão mental, desorientação, ansiedade, agitação, insônia, pânico, pesadelos, hipomania, exacerbação de psicoses, torpor, parestesia de extremidades, ataxia, tremores, neuropatia periférica, sintomas extrapiramidais, boca seca, visão turva, distúrbios da acomodação visual, constipação, retenção urinária, erupção cutânea, edema, agranulocitose, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia, náusea e vômito, anorexia, dor epigástrica, diarreia, alterações do paladar, estomatite, cólicas abdominais, glossite, cefaleia, alopecia, ganho ou perda de peso. -Em jovens ou crianças com distúrbio depressivo, pode aumentar o risco de suicídio.
Dipirona	-Pode causar choque anafilático, reações anafiláticas/anafilactóides que podem se tornar graves com risco à vida e, em alguns casos, serem fatais. -Pode raramente ocorrer anemia aplástica, agranulocitose e pancitopenia, leucopenia e trombocitopenia. Estas reações são consideradas imunológicas por natureza. Os sinais típicos de agranulocitose incluem lesões inflamatórias na mucosa, inflamação na garganta e febre. Os sinais típicos de trombocitopenia incluem uma maior tendência para sangramento e aparecimento de petéquias na pele e membranas mucosas. -Podem ocorrer ocasionalmente após a administração, reações hipotensivas transitórias isoladas (não acompanhadas por outros sinais de reações anafiláticas/anafilactóides).
Fenitoína	-Ocasionalmente, pode ocorrer trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, agranulocitose e pancitopenia com ou sem supressão da medula óssea, síndrome de hipersensibilidade, anormalidades de imunoglobulinas, comprometimento da memória, amnésia, distúrbios na atenção, afasia, coordenação reduzida, confusão mental, nistagmo, ataxia, dificuldade na fala, tontura, insônia, discinesias, neuropatia periférica, sonolência, náusea, vômitos, constipação, hepatite tóxica, dano hepático e hiperplasia gengival, erupções cutâneas, erupções morboformes e escarlatiniiformes, acentuação das características faciais, aumento dos lábios, hiperplasia gengival, hipertricose.

Medicamento	-Reações adversas
	-Em tratamentos de longo prazo, pode ocorrer osteopenia, osteoporose, fraturas e diminuição da densidade mineral óssea, polineuropatia periférica.
Fosfato de codeína	-Muito frequentemente, pode ocorrer sudorese, obstipação, náusea, vômitos, tontura e vertigem, sedação, desorientação, sonolência e dispneia, retenção urinária.
Gabapentina	-Pode ocorrer leucopenia e diminuição dos glóbulos brancos, constipação, boca seca, náusea e vômitos, tontura, sonolência, fadiga, cefaleia, depressão, confusão, nervosismo, ataxia, tremores, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, nistagmo, <i>rash</i> cutâneo, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre, dispepsia, infecções virais, diarreia, instabilidade emocional, nistagmo, hostilidade.
Ibuprofeno	-Pode ocorrer hipersensibilidade, reação anafilática (reação alérgica generalizada). -Foram relatados tontura, dor de cabeça, distúrbio da visão, náusea, vômito, dor abdominal, distensão abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, gastrite, sangramento gastrointestinal. -Distúrbios cardiovasculares: hipertensão. -Distúrbios urinários e renais: hematúria, nefrite intersticial, disfunção renal, síndrome nefrótica, proteinúria e necrose papilar renal. -Foram observados agranulocitose, anemia aplástica, anemia hemolítica, leucopenia e trombocitopenia.
Naproxeno	-Distúrbios cardiovasculares: edema, hipertensão e insuficiência cardíaca, eventos trombóticos arteriais (por exemplo: infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral), aumento do risco cardiovascular. -Distúrbios gastrointestinais: úlceras pépticas, sangramento ou perfuração gastrointestinal, algumas vezes fatal, especialmente em idosos; náusea, vômitos, diarreia, flatulência, obstipação, dispepsia, dor abdominal, melena, hematêmese, estomatite ulcerativa, exacerbação de colite e doença de Crohn. Menos frequentemente, observou-se gastrite. -Distúrbios urinários e renais: hematúria, nefrite intersticial, disfunção renal, síndrome nefrótica, proteinúria e necrose papilar renal. -Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo: muito raramente, ocorreram reações bolhosas, inclusive síndrome de <i>Stevens-Johnson</i> e necrólise epidérmica tóxica.
Paracetamol	-Muito raramente, foram observados reação anafilática e hipersensibilidade; e distúrbios da pele e tecidos subcutâneos: urticária, erupção cutânea pruriginosa, exantema e erupção fixa medicamentosa. -Podem ocorrer aumentos nos níveis de transaminases hepáticas em pacientes que estejam utilizando doses terapêuticas. Esses aumentos não são acompanhados de falência hepática e geralmente são resolvidos com terapia continuada ou descontinuação do uso de paracetamol. -Pode ocorrer necrose hepática aguda com progressão para insuficiência hepática fulminante mesmo com doses isoladas. Doses baixas podem tornar-se tóxicas em pessoas depletadas de glicogênio (abuso de bebidas alcoólicas, dieta, anorexia, disfunção hepática, uso de medicamentos ou substâncias hepatotóxicas).
Sulfato de Morfina	-Os maiores riscos com o sulfato de morfina incluem depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque e parada cardíaca. -Mais frequentemente, podem ocorrer tonturas, desorientação, agitação, vertigem, sedação, boca seca, náusea, vômito, transpiração, retenção urinária, constipação intestinal, prurido, urticária ou outras erupções cutâneas.

Fonte: elaboração própria.

7.2.10. Tempo de tratamento - critérios de interrupção

O tempo de tratamento varia de acordo com a necessidade de cada paciente. A ausência de efeito analgésico nas doses máximas toleradas ou a presença de efeitos colaterais incontroláveis são critérios para ajuste da dose ou troca do medicamento.

Uma melhora dos sintomas em 30% é considerada clinicamente significativa e 50% de melhora, um ótimo resultado. A dose ideal do medicamento é aquela que melhora a dor e a função do paciente em pelo menos 30%, com eventos adversos toleráveis¹⁹³. Entretanto, na prática clínica, muitos pacientes esperam que o tratamento resolva completamente a sua dor e, portanto, respostas inferiores à desejada não são consideradas relevantes. Assim, é importante alinhar às expectativas das pessoas com dor crônica e elucidar que o objetivo do tratamento é a melhora funcional, visto que muitas vezes não é possível eliminar completamente a dor crônica⁷⁰.

Em alguns casos de doença benigna, há possibilidade de suspensão total ou temporária do opioide, após analgesia satisfatória que permita reabilitação; em dor crônica não oncológica, o opioide deve ser usado dentro do contexto de tratamento multimodal na menor dose e tempo possíveis para permitir a reabilitação. O uso de opioides por tempo prolongado não é recomendado para indivíduos com dor crônica não oncológica. Além dos eventos adversos limitantes, não existem evidências de boa qualidade de seus benefícios nessa população, em longo prazo¹⁶⁵⁻¹⁶⁷.

O risco de eventos adversos graves relacionados aos opioides, incluindo depressão respiratória, e intoxicação e morte, aumenta progressivamente com o aumento da dose. Entretanto, não existe uma dose em que o risco seja eliminado, podendo ocorrer intoxicação mesmo com doses baixas, a depender de fatores individuais. Após redução ou interrupção do uso de opioides, pode ocorrer perda de tolerância, de modo que o retorno abrupto a doses previamente utilizadas pode resultar em intoxicação grave. A partir de 50 mg/dia de equivalente de morfina oral, recomenda-se maior cautela e reavaliação individualizada da relação entre benefícios e riscos, particularmente antes de aumentos adicionais da dose. Em doses superiores a 90 mg/dia de equivalente de morfina oral, a continuidade ou o aumento da dose requer avaliação cuidadosa e individualizada da relação benefício-risco, podendo ser considerada avaliação especializada conforme o contexto clínico. Esses valores constituem referências para avaliação do risco associado ao tratamento com opioides e não devem ser interpretados como doses máximas^{194,195}.

Quando indicada, a redução ou interrupção do tratamento com opioides, esta deve ser planejada em conjunto com o paciente e realizada de forma gradual e individualizada, evitando-se a interrupção abrupta. Podem ser consideradas reduções de aproximadamente 5% a 10% da dose a cada 2 a 6 semanas, com ajuste da velocidade conforme a duração do tratamento, a dose utilizada, a resposta clínica e a ocorrência de sintomas de abstinência^{194,195}.

7.2.11. Rotação de tratamento e conversão de doses entre opioides

A rotação de opioides é uma estratégia clínica individualizada, que compreende a substituição de um opioide por outro, para otimizar a analgesia ou a tolerabilidade, com o objetivo de minimizar o escalonamento ou a progressão para opioides de maior potência. A rotação pode ocorrer em diferentes direções, inclusive de um opioide de maior potência relativa para outro de menor potência, considerando a variabilidade individual da resposta e a tolerância cruzada incompleta.

Na substituição de um opioide por outro, deve-se inicialmente calcular a dose total diária do opioide em uso, incluindo as doses de resgate, e estimar a dose equianalgésica do novo opioide, utilizando como referência a equivalência com a morfina administrada por via oral. Após o cálculo da dose equivalente, a dose inicial do novo opioide deve, em geral, ser reduzida em 25% a 50% para considerar a tolerância cruzada incompleta, com titulação posterior, conforme resposta clínica e tolerabilidade. Ressalta-se que essa redução não deve ser aplicada de forma rígida ou universal, devendo ser individualizada, considerando o opioide utilizado, especialmente em conversões envolvendo metadona, a dose prévia, as características clínicas e os fatores de risco do paciente. Reduções maiores podem ser consideradas em pacientes que utilizam doses elevadas de opioides, idosos ou na presença de condições que aumentem o risco de eventos adversos. A definição da dose deve considerar também a intensidade da dor, as características clínicas do paciente e o risco de ocorrência de sintomas de abstinência¹⁹⁴⁻¹⁹⁶.

Assim, as tabelas de equivalência constituem estimativas e devem ser utilizadas com cautela, considerando a variabilidade individual da resposta e a tolerância cruzada incompleta entre opioides¹⁹⁴⁻¹⁹⁶.

A conversão de morfina para metadona ou de metadona para outros opioides requer cuidados adicionais, pois a relação de equivalência é complexa e não linear. A metadona apresenta meia-vida longa e variável, risco de acúmulo e potência relativa que depende, entre outros fatores, da dose e exposição prévia aos opioides e da direção da conversão. **Dessa forma, a conversão não deve ser realizada por uma razão fixa de equivalência entre morfina e metadona.** Diferentes métodos de conversão são descritos na literatura e podem resultar em doses substancialmente diferentes para um mesmo paciente¹⁹⁷⁻²⁰¹.

Entre os métodos descritos, o método de Ayonrinde utiliza razões progressivas entre morfina oral e metadona oral de acordo com a dose diária equivalente de morfina (**Quadro 4**). Essas razões refletem a necessidade de utilizar proporcionalmente menores doses de metadona à medida que aumenta a exposição prévia à morfina¹⁹⁷⁻²⁰¹.

Quadro 4. Conversão de morfina oral para metadona oral

Morfina por via oral equivalentes (mg/dia)	Proporção de morfina para metadona (morfina: metadona)	Dose a ser administrada
<100	3:1	20% a 30% da dose diária total de morfina
101-300	5:1	10% a 20% da dose diária total de morfina
301-600	10:1	8% a 12% da dose diária total de morfina
601-800	12:1	5% a 10% da dose diária total de morfina
801-1000	15:1	5% a 10% da dose diária total de morfina
>1000	20:1	< 5% da dose diária total de morfina

Fonte: método de Ayonrinde¹⁹⁷⁻²⁰⁰.

Outros métodos de conversão também foram propostos, incluindo os métodos de *Ripamonti*, *Mercadante*, *Plonk* e *Friedman*, com diferentes razões ou fórmulas de conversão. Em geral, devem ser preferidos métodos que considerem a dose prévia de opioide, uma vez que a relação de equivalência entre morfina e metadona não é linear^{197–200}.

A metadona apresenta meia-vida longa e variável, com possibilidade de acúmulo durante os primeiros dias de tratamento, de modo que a dose deve ser titulada cuidadosamente e a resposta clínica monitorada durante o processo de conversão. A dose diária total estimada deve ser fracionada conforme o intervalo de administração pretendido, habitualmente a cada 8 horas a 12 horas. Diferentes estratégias de transição para metadona são descritas, incluindo conversão rápida, conversão conforme a necessidade (*ad libitum*) e substituição gradual em três dias (*three-day switch*), devendo a estratégia ser individualizada conforme a dose prévia de opioide e as características clínicas do paciente^{197–201}.

7.3. Cuidados paliativos

Cuidados paliativos consistem, segundo a *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), em “cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida”²⁰². Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores.

Em consonância, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece princípios que orientam a organização e a oferta dessa abordagem no SUS, reafirmando a valorização da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural²⁰³. Entre eles, destacam-se o respeito à autonomia, valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa; a oferta precoce e contínua dos cuidados paliativos ao longo do curso da doença, de forma integrada ao tratamento; o reconhecimento e o controle do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social, centrado na pessoa e em sua família e a atuação de equipes multiprofissionais em caráter interdisciplinar.

O controle de sintomas físicos constitui componente essencial dessa abordagem e deve ser realizado de forma contínua e centrada na pessoa, por meio sua da identificação e tratamento. A dor pode ser um sintoma nesses pacientes e seu controle adequado está associado a melhor qualidade de vida desses pacientes. Assim, em qualquer etapa do tratamento, deve-se oferecer o acesso às estratégias medicamentosas e não medicamentosas disponíveis no SUS para controle da dor, conforme preconizado neste Protocolo, ou em documentos congêneres publicados pelo Ministério da Saúde. Além das estratégias medicamentosas e não medicamentosas, considerando as particularidades da doença, deve-se ter especial atenção à necessidade de ajuste de doses, monitoramento de eventos adversos e revisão periódica das prescrições. Avaliar e conduzir apropriadamente, e em paralelo, sintomas físicos, tais como a dor, bem como aqueles de fundos psicológicos, sociais e espirituais, que impactam a qualidade de vida das pessoas, é parte do escopo dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, os cuidados paliativos configuram-se como uma abordagem aplicável a todos os espaços de cuidado e níveis de atenção à saúde. Não se restringem à atuação de equipes especializadas, devendo ser incorporados às práticas dos diferentes profissionais e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme suas competências e a complexidade das necessidades identificadas. Assim, a articulação entre os níveis de atenção, por meio de fluxos pactuados, comunicação efetiva e referência adequada, é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

O modelo integral de cuidados paliativos evidencia a articulação dinâmica entre as terapêuticas modificadoras da doença e a abordagem paliativa ao longo do percurso de adoecimento, podendo ser desenvolvidos de forma concomitante. À medida que a doença evolui e a efetividade dos tratamentos curativos diminui, a abordagem paliativa é progressivamente ampliada, incluindo o apoio à pessoa em cuidados paliativos e seus familiares e cuidadores, com acompanhamento também no período de luto.

Nesse sentido, o Planejamento Antecipado de Cuidados também é parte essencial dessa abordagem, auxiliando a elaboração de um plano terapêutico em consonância com os objetivos de cuidado, valores e preferências da pessoa ²⁰⁴.

8. MONITORAMENTO

Dor é um fenômeno complexo que impacta diferentes dimensões da vida do indivíduo, resultando em perda de autonomia e piora da qualidade de vida. Desse modo, é essencial o desenvolvimento de ações para reduzir os seus impactos negativos ¹⁶⁷. O acompanhamento do paciente com dor crônica deve ser feito por equipe multidisciplinar, com atuação integrada nos diferentes níveis de atenção, de forma que as decisões sejam tomadas conjuntamente, incluindo também a opinião e a preferência dos pacientes.

O monitoramento da pessoa com dor crônica deve ser contínuo, sistemático e centrado na avaliação da resposta terapêutica, funcionalidade e segurança dos tratamentos instituídos. A reavaliação periódica deve considerar intensidade da dor, impacto nas atividades diárias, qualidade de vida, adesão às intervenções propostas e presença de eventos adversos, especialmente com o uso de medicamentos como antidepressivos, anticonvulsivantes ou opioides ^{205,206}.

O acompanhamento deve incluir ajustes terapêuticos conforme necessidade, reforço das estratégias de autocuidado e identificação de fatores emocionais, sociais ou comportamentais que possam influenciar o curso da dor. O monitoramento adequado é essencial para garantir efetividade, prevenir complicações e promover um cuidado longitudinal alinhado aos princípios do modelo biopsicossocial ²⁰⁶.

Nos pacientes com EME implantada, o acompanhamento deve incluir avaliação periódica da intensidade da dor, funcionalidade, qualidade de vida, manutenção do benefício terapêutico, ocorrência de eventos adversos ou complicações e funcionamento do sistema implantado. O monitoramento da resposta terapêutica deve utilizar, sempre que possível, instrumentos padronizados e validados, como o BPI e NPSI, conforme descrito previamente. Não são recomendados exames laboratoriais ou de imagem específicos de rotina exclusivamente para o acompanhamento da EME. Exames complementares devem ser solicitados conforme indicação clínica, particularmente diante de suspeita de infecção, sangramento, déficit neurológico, falha mecânica, migração do eletrodo ou outra complicação relacionada ao sistema implantado ^{152,207}.

Recomenda-se verificar, conforme o tipo de dispositivo, o estado da bateria, padrão de utilização e necessidade de ajuste dos parâmetros de estimulação. A reprogramação deve ser realizada quando houver perda ou redução do benefício, alteração da área de cobertura da estimulação, desconforto relacionado à estimulação ou outras alterações clínicas que possam ser corrigidas pelo ajuste do dispositivo ^{152,207}.

Em pacientes em uso de metadona, recomenda-se monitoramento eletrocardiográfico na presença de fatores de risco para prolongamento do intervalo QTc, como doença cardíaca, uso

concomitante de medicamentos que prolongam o QTc e distúrbios eletrolíticos, especialmente hipocalcemia ou hipomagnesemia. O acompanhamento com ECG deve considerar o resultado do exame basal, alterações relevantes da dose e o surgimento de novos fatores de risco ou sinais e sintomas sugestivos de arritmia ²⁰⁸.

O **Quadro 5** apresenta as frequências sugeridas de acompanhamento, incluindo a periodicidade para a realização de exames laboratoriais e de imagem. Ressalta-se, entretanto, que estas frequências podem e devem ser alteradas de acordo com o julgamento clínico e com as necessidades individuais das pessoas com dor crônica.

Quadro 5 - Frequência de acompanhamento de indivíduos com dor crônica.

Acompanhamento	Frequência
Consultas	
Equipe multidisciplinar (médico de família e comunidade, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional).	A cada três meses e de acordo com a necessidade.
Médico especialista (ortopedista, fisiatra, reumatologista, paliativista, entre outros).	De acordo com a necessidade.
Outros membros da equipe multidisciplinar (farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física, entre outros).	
Exames laboratoriais e de imagem	
Hemograma, exames para avaliar função renal, função hepática, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides.	Anual e de acordo com a necessidade.
Velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase, sorologias para hepatite B e hepatite C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis, dosagem de ferro, ferritina, ácido fólico e vitaminas B12.	Para diagnóstico diferencial e de acordo com a necessidade.
Exames de imagem - raios x, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, cintilografias.	

Fonte: elaboração própria.

Somado ao acompanhamento clínico, recomenda-se a elaboração de um plano de cuidado autogerido pelo paciente, reforçando seu papel ativo e central no controle da dor. A completa eliminação da dor crônica é raramente alcançada¹⁶⁷. Ajudar as pessoas com dor crônica a se tornarem mais conscientes das ferramentas que podem auxiliá-las no autogerenciamento de sua dor é importante para melhorar a qualidade de vida e dar senso de autonomia ao indivíduo^{129,209,210}.

Recomenda-se avaliar o balanço entre os benefícios e danos potenciais na utilização dos AINE orais em indivíduos com risco ou doença cardiovascular, gástrica ou renal conhecida. Assim, seu uso deve considerar a avaliação adequada e o monitoramento contínuo desses fatores de risco.

9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das doses de medicamento(s) prescritas e dispensadas e da adequação de uso e do acompanhamento pós-tratamento. Casos de dor crônica devem ser avaliados e acompanhados pelas equipes da APS, em seus diferentes formatos, considerando as realidades locais, e pelos serviços especializados, quando necessário, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Pacientes com dor crônica devem ser avaliados periodicamente em relação à eficácia do tratamento e desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. A existência de centro de referência facilita o tratamento em si, bem como o ajuste de doses conforme necessário e o controle de eventos adversos.

A APS é a principal porta de entrada e a coordenadora do cuidado da RAS, atuando de forma territorializada e próxima às comunidades. Cabe a ela a detecção precoce de sinais e sintomas sugestivos de condições clínicas, relacionados aos fatores de risco e à vulnerabilidade, viabilizando intervenções oportunas e resolutivas. Além do acolhimento e atendimento clínico, a APS promove ações de educação em saúde voltadas a pacientes e familiares, abordando os riscos, a adesão ao tratamento e o reconhecimento de sinais de agravamento. É também o espaço privilegiado para o acompanhamento longitudinal, com monitoramento periódico do controle clínico, ajuste de condutas terapêuticas e identificação de comorbidades que possam impactar a evolução da saúde. Por meio de ações de promoção à saúde, tais como o incentivo à prática de atividade física segura, a alimentação saudável e o controle ambiental, a atenção primária contribui para minimizar ou eliminar fatores de risco que determinam a patogênese, prevenir o agravamento de doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A organização e a regulação dos fluxos de encaminhamento para a atenção especializada devem assegurar que casos de maior complexidade, suspeitas diagnósticas ou demandas por terapias específicas sejam avaliados em tempo oportuno. A articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde fortalece a coordenação do cuidado, promove o uso racional dos recursos e contribui para melhores desfechos clínicos.

Assim, o fortalecimento da APS no cuidado das condições de saúde amplia o acesso, qualifica a resolutividade e consolida uma abordagem integral, contínua e centrada na pessoa, em consonância com as diretrizes nacionais e a organização da rede assistencial.

Como parte da rede de APS, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros. Nesse sentido, deve ser observado o artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que estabelece os seguintes eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa: Práticas corporais e Atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; PICS; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

Em relação às PICS, estas práticas foram institucionalizadas pela PNPIC. Uma das ideias centrais dessa abordagem é uma visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado. As indicações às práticas se baseiam no indivíduo como um todo, considerando seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais. As PICS não substituem o tratamento tradicional e podem ser indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

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

Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme as normativas vigentes. No que diz respeito aos medicamentos sujeitos a controle especial conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998, a dispensação de opioide poderá ocorrer em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou, a critério do gestor estadual, em unidades dispensadoras. A dispensação de opioides, para fins do presente Protocolo, poderá ocorrer nos hospitais habilitados no SUS, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, ou como Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Todos estes devem estar devidamente cadastrados pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as respectivas normas de credenciamento e habilitação, nas farmácias e unidades definidas pelas SES, de acordo com a legislação vigente. Nos locais em que o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é descentralizado, a dispensação poderá ocorrer nas farmácias e unidades dispensadoras das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

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

De acordo com a RDC nº 202/2002, a Notificação de Receita “A” não será exigida para dispensação de medicamentos à base de fosfato de codeína, sulfato de morfina e cloridrato de metadona, ou de seus sais, as pessoas em tratamento ambulatorial de controle da dor e cuidados paliativos no âmbito dos CACON e Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

A indicação, implantação e o cuidado da EME devem ser realizados em serviços especializados habilitados para tal, com equipe multidisciplinar e profissionais com experiência em neuromodulação. Os cuidados relacionados a esse procedimento não devem ser realizados no âmbito da APS.

A indicação, a cirurgia e a programação do estimulador da medula espinhal podem ser realizadas por uma mesma equipe ou por equipes distintas, desde que atuem de forma interdisciplinar e articulada. A capacitação profissional é essencial em todas as etapas do cuidado, incluindo a seleção de pacientes, a técnica cirúrgica, a programação do dispositivo e o acompanhamento clínico.

A equipe especializada em dor responsável por cada uma das fases do tratamento deve possuir treinamento adequado para a respectiva etapa. Embora as recomendações e indicações clínicas estejam resumidas neste Protocolo, as etapas de cirurgia e programação do implante requerem treinamento teórico e prático prévio em instituições de saúde de nível terciário com experiência no procedimento e no seguimento desses pacientes.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02), terapêuticos clínicos (Grupo 03) e terapêuticos cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva neoplasia maligna, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), com versão mensalmente atualizada e disponibilizada.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Recomenda-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, bem como critérios para interrupção do tratamento, levando-se em consideração as informações contidas no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER).

11. REFERÊNCIAS

1. IASP – International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. IASP. 2017.
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9).
3. Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of ‘nociplastic pain’ by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*. United States; 2018. p. 1176–7. doi:10.1097/j.pain.0000000000001184 PubMed PMID: 29768305.
4. Kosek E, Cohen M, Baron R, Mico JA, Rice ASC. Reply. *Pain*. 2018 Jun;159(6):1177–8. doi:10.1097/j.pain.0000000000001185 PubMed PMID: 29768306.
5. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019 Jun;35(6):1011–8. doi:10.1080/03007995.2018.1552042 PubMed PMID: 30479161.
6. IASP – International Association for the Study of Pain. Guide to Pain Management in Low-Resource Settings: Educational material written for general distribution to health care providers by a multidisciplinary and multinational team of authors. Kopf A, Patel N, editors. Seattle: IASP; 2010. 371 p.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun;156(6):1003–7. doi:10.1097/j.pain.000000000000160
8. National Institutes of Health. The Interagency Pain Research Coordinating Committee (IPRCC). National Pain Strategy: A Comprehensive Population Health-Level Strategy for Pain. National Institutes of Health; 2016.
9. Australian Government - Department of Health. National Strategic Action Plan for Pain Management. Canberra: Department of Health; 2019.
10. BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. IBGE. PNS - Pesquisa Nacional em Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE; 2014.
12. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008 Oct;139(3):498–506. doi:10.1016/j.pain.2008.06.008 PubMed PMID: 18672325.
13. Vieira ÉB de M, Garcia JBS, Silva AAM da, Araújo RLTM, Jansen RCS, Bertrand ALX. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes?. *Cadernos de Saúde Pública*. scielo; 2012. p. 1459–67.

14. Maia Costa Cabral D, Sawaya Botelho Bracher E, Dylese Prescatan Depintor J, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2014 Nov;15(11):1081–91. doi:10.1016/j.jpain.2014.07.001 PubMed PMID: 25038400.
15. Dos Reis-Neto ET, Ferraz MB, Kowalski SC, Pinheiro G da RC, Sato EI. Prevalence of musculoskeletal symptoms in the five urban regions of Brazil-the Brazilian COPCORD study (BRAZCO). *Clin Rheumatol*. 2016 May;35(5):1217–23. doi:10.1007/s10067-015-2963-5 PubMed PMID: 25963999.
16. Bevan S. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015 Jun;29(3):356–73. doi:10.1016/j.berh.2015.08.002 PubMed PMID: 26612235.
17. MacKay C, Canizares M, Davis AM, Badley EM. Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 Feb;62(2):161–9. doi:10.1002/acr.20064 PubMed PMID: 20191514.
18. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*. 2013 Dec;13:1229. doi:10.1186/1471-2458-13-1229 PubMed PMID: 24365383.
19. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2012 Aug;13(8):715–24. doi:10.1016/j.jpain.2012.03.009 PubMed PMID: 22607834.
20. European Comission. Europe in figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
21. Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G, Burdof L. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers.; 2011.
22. European Comission. Eumusk.net Project - Musculoskeletal Health in Europe: Report v5.0. European Comission; 2013.
23. European Comission. Special Eurobarometer: Health in the European Union. European Comission; 2007.
24. Task Force on Major and Chronic Diseases of European Comission Directorate-General for Health and Consumers's Health Information Strand. Major and Chronic Diseases: REPORT 2007. Luxembourg: European Union; 2008.
25. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. 2017.
26. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019.
27. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct;396(10258):1204–22. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9 PubMed PMID: 33069326.
28. GBD 2017 Diseases and Injuries Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789–858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7 PubMed PMID: 30496104.
29. Goldberg DS. Pain, objectivity and history: understanding pain stigma. *Med Humanit*. 2017 Dec;43(4):238–43. doi:10.1136/medhum-2016-011133
30. Seers T, Derry S, Seers K, Moore RA. Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review. *Pain*. 2018 May 18;159(5):811–8. doi:10.1097/j.pain.0000000000001165
31. de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain*. 2016 Aug 8;157(8):1607–10. doi:10.1097/j.pain.0000000000000512

32. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. Clínica Médica do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44.
33. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020 Jan;54(2):79–86. doi:10.1136/bjsports-2018-099878 PubMed PMID: 30826805.
34. Stewart James. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Radcliffe Medical PR; 2014.
35. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. *Hand Clin.* 2016 Feb;32(1):21–6. doi:10.1016/j.hcl.2015.08.006 PubMed PMID: 26611385.
36. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013.
37. Burmeister A, da Rosa SMM. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª. Porto Alegre: Artmed; 2017.
38. Teixeira M, Forni J. Fisiopatologia da dor. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 25–35.
39. World Health Organization. A new understanding chronic pain. In: Kaplun A, editor. Health Promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1992. p. 141–226.
40. Hylands-White N, Duarte R V, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int.* 2017 Jan;37(1):29–42. doi:10.1007/s00296-016-3481-8 PubMed PMID: 27107994.
41. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. *Hand Clin.* 2016 Feb;32(1):21–6. doi:10.1016/j.hcl.2015.08.006 PubMed PMID: 26611385.
42. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52.
43. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e Fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. SBOT. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126.
44. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79.
45. The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology.* 2010 Apr;112(4):810–33. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c43103 PubMed PMID: 20124882.
46. Lin T, Teixeira M, Romano M, Greve JD, Kaziya H. O exame fisiátrico do paciente com dor. In: Castro A, editor. A clínica de dor. Organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Maio; 2003. p. 61–103.
47. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013.
48. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2007 Nov;3(11):610–8. doi:10.1038/ncprheum0646 PubMed PMID: 17968331.
49. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79.

50. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct;49(5):804–10. doi:10.1590/S0080-623420150000500014 PubMed PMID: 26516751.
51. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2016 Sep;17(9 Suppl):T10–20. doi:10.1016/j.jpain.2015.08.010
52. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct;49(5):804–10. doi:10.1590/S0080-623420150000500014 PubMed PMID: 26516751.
53. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007 Nov;3(11):610–8. doi:10.1038/ncprheum0646 PubMed PMID: 17968331.
54. Claro MT, Vietta EPPRP. Escala de faces para avaliacao da dor em crianças - etapa preliminar. 1993.
55. Rossato LM, Angelo M. [Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures]. *Rev Esc Enferm USP*. 1999 Sep;33(3):236–49. doi:10.1590/s0080-62341999000300005 PubMed PMID: 10889758.
56. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 16]. Available from: <https://www.mnmed.org/application/files/3516/7173/5894/ChronicPain.pdf>
57. Hegmann K. American College of Occupational and Environmental Medicine [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 16]. Chronic Pain Guideline. Available from: <https://www.dir.ca.gov/dwc/MTUS/ACOEM-Guidelines/Chronic-Pain-Guideline.pdf>
58. Liggieri A, Tsai A, Machado E, Moraes F, Liu I, Forni J, et al. Tratado de dor musculoesquelética. São Paulo: Alef; 2019. p. 25–35.
59. Sorkin LS, Eddinger KA, Woller SA, Yaksh TL. Origins of antidromic activity in sensory afferent fibers and neurogenic inflammation. *Semin Immunopathol*. 2018 May;40(3):237–47. doi:10.1007/s00281-017-0669-2 PubMed PMID: 29423889.
60. Dommerholt J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial pain. In: Donnelly J, editor. Travell, Simons & Simons' miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.
61. Simons D, Travell J, Simons L. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
62. Dommerholt J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial pain. In: Donnelly J, editor. Travell, Simons & Simons' miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.
63. Projeto Diretrizes AMB e CFM. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Osteoartrite (Artrose): Tratamento [Internet]. 2003;8. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf
64. Bijlsma JWJ, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007 Feb;21(1):59–76. doi:10.1016/j.berh.2006.08.013
65. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.
66. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation

and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68(6):777–83. doi:10.1136/ard.2009.108233 PubMed PMID: 19297344.

67. Harris C, Gurden S, Martindale J, Jeffries C. Differentiating Inflammatory and Mechanical Back Pain: Challenge your decision making. NASS - National Axial Spondyloarthritis Society; 2018.
68. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. *Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT*. São Paulo: Alef; 2019. p. 129–40.
69. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. *Regras de Ouro em Reumatologia*. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.
70. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. *Clínica Médica do HCFMUSP*. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44.
71. Prego-Domínguez J, Skillgate E, Orsini N, Takkouche B. Social factors and pain worsening: a retrospective cohort study. *Br J Anaesth.* 2021 Aug;127(2):289–95. doi:10.1016/j.bja.2021.04.021 PubMed PMID: 34119308.
72. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015;126:167–83. PubMed PMID: 26330672.
73. Wang VC, Mullally WJ. Pain Neurology. *Am J Med.* 2020 Mar;133(3):273–80. doi:10.1016/j.amjmed.2019.07.029 PubMed PMID: 31419424.
74. Philpot U, Johnson MI. Diet therapy in the management of chronic pain: better diet less pain? *Pain Manag.* 2019 Jun;9(4):335–8. doi:10.2217/pmt-2019-0014
75. Oved K, Olmer L, Shemer-Avni Y, Wolf T, Supino-Rosin L, Prajgrod G, et al. Multi-center nationwide comparison of seven serology assays reveals a SARS-CoV-2 non-responding seronegative subpopulation. *EClinicalMedicine.* 2020 Dec;29:100651. doi:10.1016/j.eclim.2020.100651 PubMed PMID: 33235985.
76. Nijs J, Elma Ö, Yilmaz ST, Mullie P, Vanderweeën L, Clarys P, et al. Nutritional neurobiology and central nervous system sensitisation: missing link in a comprehensive treatment for chronic pain? *British journal of anaesthesia.* England; 2019. p. 539–43. doi:10.1016/j.bja.2019.07.016 PubMed PMID: 31492528.
77. Guo R, Chen LH, Xing C, Liu T. Pain regulation by gut microbiota: molecular mechanisms and therapeutic potential. *Br J Anaesth.* 2019 Nov;123(5):637–54. doi:10.1016/j.bja.2019.07.026 PubMed PMID: 31551115.
78. Choy EHS. The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nat Rev Rheumatol.* 2015 Sep;11(9):513–20. doi:10.1038/nrrheum.2015.56 PubMed PMID: 25907704.
79. Mathias JL, Cant ML, Burke ALJ. Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. *Sleep Med.* 2018 Dec;52:198–210. doi:10.1016/j.sleep.2018.05.023 PubMed PMID: 30314881.
80. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018 Dec;87(Pt B):159–67. doi:10.1016/j.pnpbp.2017.05.012 PubMed PMID: 28522289.
81. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. *Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT*. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52.
82. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, D'JM, Greve A, Kaziyama HHS, et al. Edição Especial Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev Med (São Paulo).* 2001;80(1):443–73.
83. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, Greve MJD, Kaziyama HHS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev Med (Rio J).* 2001 Dec;80(spe2 SE-):443–73. doi:10.11606/issn.1679-9836.v80ispe2p443-473
84. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. *Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT*. São Paulo: Alef; 2019. p. 129–40.

85. Compston A. Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous. *Brain*. 2010 Oct;133(10):2838–44. doi:10.1093/brain/awq270 PubMed PMID: 20928945.
86. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980 Aug;66(8):271–3. PubMed PMID: 6450426.
87. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb;32(4):481–6. doi:10.1097/01.brs.0000255075.11496.47 PubMed PMID: 17304141.
88. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec;25(24):3115–24. doi:10.1097/00007632-200012150-00006 PubMed PMID: 11124727.
89. Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta C, Asghari A, Thieme A. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Rev Dor*. 2010 Jan 1;11:28–36.
90. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp*. 2019 Jun;6(2):133–41. doi:10.1177/2374373518786013 PubMed PMID: 31218259.
91. Katz N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(1, Supplement 1):S38–47. doi:https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00411-6
92. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e Fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. *SBOT*. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126.
93. Sparkes E, Raphael JH, Duarte R V., Lemarchand K, Jackson C, Ashford RL. A systematic literature review of psychological characteristics as determinants of outcome for spinal cord stimulation therapy. *Pain*. 2010;150(2):284–9. doi:10.1016/j.pain.2010.05.001 PubMed PMID: 20603026.
94. Fama CA, Chen N, Prusik J, Kumar V, Willock M, Roth S, et al. The Use of Preoperative Psychological Evaluations to Predict Spinal Cord Stimulation Success: Our Experience and a Review of the Literature. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*. 2016 Jun;19(4):429–36. doi:10.1111/ner.12434
95. Shanthanna H, Eldabe S, Provenzano DA, Bouche B, Buchser E, Chadwick R, et al. Evidence-based consensus guidelines on patient selection and trial stimulation for spinal cord stimulation therapy for chronic non-cancer pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2023 Jun 1;48(6):273–87. doi:10.1136/rapm-2022-104097 PubMed PMID: 37001888.
96. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):55–64. doi:10.1016/j.mcna.2015.08.012 PubMed PMID: 26614719.
97. American College of Occupational and Environmental Medicine. Chronic Pain Guideline. Hegmann KT, editor. Reed Group; 2017.
98. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.
99. Louw A, Puente EJ. Therapeutic Neuroscience Education, Pain, Physiotherapy and the Pain Neuromatrix. *International Journal of Health Sciences (IJHS)*. 2014;2(3). doi:10.15640/ijhs.v2n3a4
100. Wittink H, Cohen L, Hoskins Michel T. Pain Rehabilitation: Physical Therapy Treatment. In: Wittink H, Michel T, editors. *Chronic Pain Management for Physical Therapists*. 2 ed. Butterworth-Heinemann; 2002.
101. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126–31. PubMed PMID: 3920711.

102. Brasil.Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 54p p.
103. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 May;26(2):263–81. doi:10.1016/j.pmr.2014.12.007 PubMed PMID: 25952064.
104. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr;4(4):CD011279–CD011279. doi:10.1002/14651858.CD011279.pub3
105. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451 LP – 1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
106. Brasil. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção Básica. Diário da República, 2.ª série - n.º 102 (27-05-2015). 2015.
107. Brasil. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 2018.
108. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
109. Häuser W, Arnold B, Eich W, Felde E, Flügge C, Henningsen P, et al. Management of fibromyalgia syndrome--an interdisciplinary evidence-based guideline. *Ger Med Sci*. 2008;6.
110. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Flub E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2). doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724
111. WHO. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. World Health Organization. 2023.
112. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):514–30. doi:10.7326/M16-2367 PubMed PMID: 28192789.
113. Hu HT, Gao H, Ma RJ, Zhao XF, Tian HF, Li L. Is dry needling effective for low back pain?: A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*. 2018 Jun;97(26):e11225. doi:10.1097/MD.00000000000011225 PubMed PMID: 29952980.
114. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.
115. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2018 May;19(5):455–74. doi:10.1016/j.jpain.2017.11.005 PubMed PMID: 29198932.
116. Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Mar;47(3):133–49. doi:10.2519/jospt.2017.7096 PubMed PMID: 28158962.
117. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 May;96(5):944–55. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.015 PubMed PMID: 25576642.

118. Gatterman MI, McDowell BL. Chapter 6 - Management of Muscle Injury and Myofascial Pain Syndromes. In: Gatterman MIBTW, editor. Saint Louis: Mosby; 2012. p. 85–118. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-04583-4.00006-0>
119. Rakel B, Barr JO. Physical modalities in chronic pain management. *Nurs Clin North Am*. 2003 Sep;38(3):477–94. doi:[10.1016/s0029-6465\(02\)00097-x](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(02)00097-x) PubMed PMID: 14567204.
120. Allen RJ. Physical agents used in the management of chronic pain by physical therapists. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006 May;17(2):315–45. doi:[10.1016/j.pmr.2005.12.007](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2005.12.007) PubMed PMID: 16616270.
121. Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society*. 2016 Oct;34(5):328–41. doi:[10.1136/acupmed-2015-011036](https://doi.org/10.1136/acupmed-2015-011036) PubMed PMID: 27207675.
122. Chow RT, Heller GZ, Barnsley L. The effect of 300 mW, 830 nm laser on chronic neck pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Pain*. 2006 Sep;124(1–2):201–10. doi:[10.1016/j.pain.2006.05.018](https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.05.018) PubMed PMID: 16806710.
123. Bardellini E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Efficacy of the photobiomodulation therapy in the treatment of the burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Nov;24(6):e787–91. doi:[10.4317/medoral.23143](https://doi.org/10.4317/medoral.23143) PubMed PMID: 31655841.
124. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013.
125. Ulger O, Demirel A, Oz M, Tamer S. The effect of manual therapy and exercise in patients with chronic low back pain: Double blind randomized controlled trial. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov;30(6):1303–9. doi:[10.3233/BMR-169673](https://doi.org/10.3233/BMR-169673) PubMed PMID: 28946522.
126. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov;30(6):1149–69. doi:[10.3233/BMR-169615](https://doi.org/10.3233/BMR-169615) PubMed PMID: 28826164.
127. de Luca KE, Fang SH, Ong J, Shin KS, Woods S, Tuchin PJ. The Effectiveness and Safety of Manual Therapy on Pain and Disability in Older Persons With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017 Sep;40(7):527–34. doi:[10.1016/j.jmpt.2017.06.008](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2017.06.008) PubMed PMID: 29079255.
128. Domingues L, Pimentel-Santos FM, Cruz EB, Sousa AC, Santos A, Cordovil A, et al. Is a combined programme of manual therapy and exercise more effective than usual care in patients with non-specific chronic neck pain? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2019 Dec;33(12):1908–18. doi:[10.1177/0269215519876675](https://doi.org/10.1177/0269215519876675) PubMed PMID: 31549519.
129. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013.
130. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2018 May;19(5):455–74. doi:[10.1016/j.jpain.2017.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.005) PubMed PMID: 29198932.
131. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica . *Psicologia: Reflexão e Crítica* . scielo ; 2005. p. 47–54.
132. Pimenta CA de M, Cruz D de ALM da. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa . *Revista da Escola de Enfermagem da USP* . scielo ; 2006. p. 365–73.
133. Pimenta C. Dor cronica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 2001;28(6):288–94.

134. Dorrian RM, Berryman CF, Lauto A, Leonard A V. Electrical stimulation for the treatment of spinal cord injuries: A review of the cellular and molecular mechanisms that drive functional improvements. *Front Cell Neurosci*. 2023 Feb 3;17. doi:10.3389/fncel.2023.1095259
135. Kemler MA, Barendse GAM, van Kleef M, de Vet HCW, Rijks CPM, Furnée CA, et al. Spinal Cord Stimulation in Patients with Chronic Reflex Sympathetic Dystrophy. *New England Journal of Medicine*. 2000 Aug 31;343(9):618–24. doi:10.1056/NEJM200008313430904
136. Smits H, van Kleef M, Holsheimer J, Joosten EAJ. Experimental Spinal Cord Stimulation and Neuropathic Pain: Mechanism of Action, Technical Aspects, and Effectiveness. *Pain Practice*. 2013 Feb 11;13(2):154–68. doi:10.1111/j.1533-2500.2012.00579.x
137. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science* (1979). 1965 Nov 19;150(3699):971–9. doi:10.1126/science.150.3699.971
138. Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E, Francisca Elgueta Le Beuffe M, Youn Moon J, Cohen SP, et al. Chronic Pain 3 Neuromodulation for chronic pain. www.thelancet.com [Internet]. 2021. Available from: www.gradeworkinggroup.org
139. Mekhail N, Levy RM, Deer TR, Kapural L, Li S, Amirdelfan K, et al. Durability of Clinical and Quality-of-Life Outcomes of Closed-Loop Spinal Cord Stimulation for Chronic Back and Leg Pain. *JAMA Neurol*. 2022 Mar 1;79(3):251. doi:10.1001/jamaneurol.2021.4998
140. Huygen FJPM, Soulanis K, Rtveladze K, Kamra S, Schlueter M. Spinal Cord Stimulation vs Medical Management for Chronic Back and Leg Pain. *JAMA Netw Open*. 2024 Nov 14;7(11):e2444608. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.44608
141. Rock AK, Truong H, Park YL, Pilitsis JG. Spinal Cord Stimulation. *Neurosurgery Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 169–94. doi:10.1016/j.nec.2018.12.003 PubMed PMID: 30898269.
142. Sitzman BT, Provenzano DA. Best Practices in Spinal Cord Stimulation. *Spine*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. S67–71. doi:10.1097/BRS.0000000000002220 PubMed PMID: 28459781.
143. Raff M, Melvill R, Coetzee G, Smuts J. Spinal cord stimulation for the management of pain: Recommendations for best clinical practice. *S Afr Med J*. 2013;103(6 Pt 2):423–30. doi:10.7196/SAMJ.6323 PubMed PMID: 23725965.
144. Ho T, O'Brien M, Sullivan R, Standen J, Weiss ADH, Bates D, et al. Best Practice Guidelines for Neuromodulation in Pain Management: Insight From the Neuromodulation Society of Australia and New Zealand. *Neuromodulation*. 2026 Jan 1;29(1):1–14. doi:10.1016/j.neurom.2025.03.080 PubMed PMID: 40434331.
145. Harned ME. Anesthetic Considerations and Perioperative Management of Spinal Cord Stimulators: Literature Review and Initial Recommendations. *Pain Physician*. 2017 May 10;4(20;4):319–29. doi:10.36076/ppj.2017.329
146. Deer TR, Narouze S, Provenzano DA, Pope JE, Falowski SM, Russo MA, et al. The Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NACC): Recommendations on Bleeding and Coagulation Management in Neurostimulation Devices. *Neuromodulation*. 2017 Jan 1;20(1):51–62. doi:10.1111/ner.12542 PubMed PMID: 28042905.
147. Deer TR, Provenzano DA, Hanes M, Pope JE, Thomson SJ, Russo MA, et al. The Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NACC) Recommendations for Infection Prevention and Management. *Neuromodulation*. 2017 Jan 1;20(1):31–50. doi:10.1111/ner.12565 PubMed PMID: 28042909.
148. Brasileira Para O Estudo Da Dor S. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Rev Dor*. 2010;11(1):28–36.
149. Vigatto R, Alexandre NMC, Filho HRC. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb;32(4):481–6. doi:10.1097/01.BRS.0000255075.11496.47 PubMed PMID: 17304141.

150. de Andrade D, Ferreira KA, Nishimura CM, Yeng LT, Batista AF, de Sá K, et al. Psychometric validation of the Portuguese version of the Neuropathic Pain Symptoms Inventory. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(1):107. doi:10.1186/1477-7525-9-107
151. Deer TR, Mekhail N, Provenzano D, Pope J, Krames E, Thomson S, et al. The appropriate use of neurostimulation: Avoidance and treatment of complications of neurostimulation therapies for the treatment of chronic pain. *Neuromodulation*. 2014;17(6):571–98. doi:10.1111/ner.12206 PubMed PMID: 25112891.
152. Staats P, Deer TR, Hunter C, Li S, Dickerson D, Petersen E, et al. Remote Management of Spinal Cord Stimulation Devices for Chronic Pain: Expert Recommendations on Best Practices for Proper Utilization and Future Considerations. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*. 2023 Oct 1;26(7):1295–308. doi:10.1016/J.NEUROM.2023.07.003 PubMed PMID: 37632517.
153. Ho T, O'Brien M, Sullivan R, Standen J, Weiss ADH, Bates D, et al. Best Practice Guidelines for Neuromodulation in Pain Management: Insight From the Neuromodulation Society of Australia and New Zealand. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*. 2026 Jan;29(1):1–14. doi:10.1016/j.neurom.2025.03.080
154. Roe M, Sehgal A. Pharmacology in the management of chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2016 Nov;17(11):548–51. doi:10.1016/j.mpaic.2016.08.010
155. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. PORTARIA SCTIE/MS Nº 45, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 76.
156. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 46, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 76.
157. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 59, DE 7 DE SETEMBRO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o tramadol para o tratamento da dor crônica. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 76.
158. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 48, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os antiinflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 76.
159. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 50, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a lidocaína para dor neuropática localizada. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 169.
160. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 51, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 169.
161. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 52, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. *Diário Oficial da União*; 2021. p. 169.
162. Enthoven WTM, Roelofs PD, Koes BW. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. *JAMA*. 2017 Jun;317(22):2327–8. doi:10.1001/jama.2017.4571 PubMed PMID: 28609520.

163. Myers J, Wielage RC, Han B, Price K, Gahn J, Paget MA, et al. The efficacy of duloxetine, non-steroidal anti-inflammatory drugs, and opioids in osteoarthritis: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15(1):76. doi:10.1186/1471-2474-15-76
164. The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*. 2010 Apr;112(4):810–33. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c43103 PubMed PMID: 20124882.
165. Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2018 Dec;320(23):2448–60. doi:10.1001/jama.2018.18472 PubMed PMID: 30561481.
166. Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):65–79. doi:10.1016/j.mcna.2015.08.006 PubMed PMID: 26614720.
167. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):55–64. doi:10.1016/j.mcna.2015.08.012 PubMed PMID: 26614719.
168. Hadland SE, Agarwal R, Raman SR, Smith MJ, Bryl A, Michel J, et al. Opioid Prescribing for Acute Pain Management in Children and Adolescents in Outpatient Settings: Clinical Practice Guideline. *Pediatrics*. 2024 Nov 1;154(5). doi:10.1542/PEDS.2024-068752/199482 PubMed PMID: 39344439.
169. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar;(3):CD007938. doi:10.1002/14651858.CD007938.pub2 PubMed PMID: 21412914.
170. Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. *Med Clin North Am*. 2016 Jan;100(1):65–79. doi:10.1016/j.mcna.2015.08.006 PubMed PMID: 26614720.
171. Xu L, Zhang Y, Huang Y. Advances in the Treatment of Neuropathic Pain. *Adv Exp Med Biol*. 2016;904:117–29. doi:10.1007/978-94-017-7537-3_9 PubMed PMID: 26900067.
172. Sommer C, Klose P, Welsch P, Petzke F, Häuser W. Opioids for chronic non-cancer neuropathic pain. An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks duration. *Eur J Pain*. 2020 Jan;24(1):3–18. doi:10.1002/ejp.1494 PubMed PMID: 31705717.
173. Cooper TE, Chen J, Wiffen PJ, Derry S, Carr DB, Aldington D, et al. Morphine for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May;5(5):CD011669. doi:10.1002/14651858.CD011669.pub2 PubMed PMID: 28530786.
174. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA*. 2016 Apr;315(15):1624–45. doi:10.1001/jama.2016.1464
175. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May;397(10289):2082–97. doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7 PubMed PMID: 34062143.
176. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*. 2021 May;397(10289):2098–110. doi:10.1016/S0140-6736(21)00392-5
177. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021 Jul 8;374:n1446. doi:10.1136/bmj.n1446
178. Chang WJ. Muscle Relaxants for Acute and Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2020;31(2):245–54. doi:https://doi.org/10.1016/j.pmr.2020.01.005
179. Rekatsina M, Paladini A, Piroli A, Zis P, Pergolizzi J V, Varrassi G. Pathophysiologic Approach to Pain Therapy for Complex Pain Entities: A Narrative Review. *Pain Ther*. 2020;9(1):7–21. doi:10.1007/s40122-019-00147-2

180. Trouvin AP, Perrot S. New concepts of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2019;33(3):101415. doi:<https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
181. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019 Jun;35(6):1011–8. doi:10.1080/03007995.2018.1552042 PubMed PMID: 30479161.
182. Ritchie M. Mixed Pain. *Gerimed*. 2011.
183. Jara C, Del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107. doi:10.1007/s12094-017-1791-2
184. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Aug;17(8):977–1007. doi:10.6004/jnccn.2019.0038 PubMed PMID: 31390582.
185. World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2019. 142p p.
186. World Health Organization. WHO. 1987. Cancer Pain Relief.
187. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul;7(7):CD012638. doi:10.1002/14651858.CD012638.pub2 PubMed PMID: 28700091.
188. Jara C, Del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107. doi:10.1007/s12094-017-1791-2
189. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct;29(Suppl 4):iv166–91. doi:10.1093/annonc/mdy152 PubMed PMID: 30052758.
190. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Aug;17(8):977–1007. doi:10.6004/jnccn.2019.0038 PubMed PMID: 31390582.
191. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct;29(Suppl 4):iv166–91. doi:10.1093/annonc/mdy152 PubMed PMID: 30052758.
192. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. *JAMA*. 2016 Apr;315(15):1624–45. doi:10.1001/jama.2016.1464
193. Kobayashi R, Fim M, Liu I. Dor: o que o ortopedista precisa saber? In: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Comissão de Educação Continuada, Tratamento C de E e, editors. *PROATO Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia: Ciclo 18*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 9–58.
194. Faculty of Pain Medicine. Opioids Aware [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 12]. Available from: <https://fpm.ac.uk/category/opioids-aware>
195. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*. 2025 Nov 4;71(3):1–95. doi:10.15585/MMWR.RR7103A1 PubMed PMID: 36327391.
196. Faculty of Pain Medicine. Dose equivalents and changing opioids | Faculty of Pain Medicine [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 12]. Available from: <https://fpm.ac.uk/opioids-aware-structured-approach-opioid-prescribing/dose-equivalents-and-changing-opioids>

197. Davis MP, Walsh D. Methadone for relief of cancer pain: A review of pharmacokinetics, pharmacodynamics, drug interactions and protocols of administration. *Supportive Care in Cancer*. 2001;9(2):73–83. doi:10.1007/S005200000180 PubMed PMID: 11305074.
198. Wong E, Walker KA. A review of common methods to convert morphine to methadone. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2013 Jan;2(4):10.3402/jchimp.v2i4.19541. doi:10.3402/JCHIMP.V2i4.19541 PubMed PMID: 23882384.
199. Mannino R, Coyne P, Swainey C, Hansen LA, Lyckholm L. Methadone for cancer-related neuropathic pain: a review of the literature. *J Opioid Manag*. 2006;2(5):269–76. doi:10.5055/JOM.2006.0040 PubMed PMID: 17319258.
200. Baumrucker SJ, Jbara M, Rogers RM. A new mathematical approach to methadone conversion. *J Pharmacol Pharmacother*. 2016 Apr 1;7(2):93. doi:10.4103/0976-500X.184773 PubMed PMID: 27440954.
201. McLean S, Twomey F. Methods of rotation from another strong opioid to methadone for the management of cancer pain: A systematic review of the available evidence. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Aug 1;50(2):248-259.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.029 PubMed PMID: 25896106.
202. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Consensus-Based Definition of Palliative Care [Internet]. 2018 [cited 2026 Aug 19]. Available from: <https://iahpc.org/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
203. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS [Internet]. Brasília; 2024. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>
204. D'Alessandro MPS, Barbosa LC, Anagusco SS, Maiello APMV, Conrado CM, Pires CT, et al. Manual de Cuidados Paliativos. Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde [Internet]. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2023 [cited 2026 Aug 19]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>
205. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*. 2025 Nov 4;71(3):1–95. doi:10.15585/MMWR.RR7103A1 PubMed PMID: 36327391.
206. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE Guideline NG193 [Internet]. 2021 [cited 2026 Aug 13]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/recommendations?utm_source=chatgpt.com
207. Deer TR, Mekhail N, Provenzano D, Pope J, Krames E, Thomson S, et al. The appropriate use of neurostimulation: Avoidance and treatment of complications of neurostimulation therapies for the treatment of chronic pain. *Neuromodulation*. 2014;17(6):571–98. doi:10.1111/NER.12206 PubMed PMID: 25112891.
208. Chou R, Cruciani RA, Fiellin DA, Compton P, Farrar JT, Haigney MC, et al. Methadone safety: A clinical practice guideline from the american pain society and college on problems of drug dependence, in collaboration with the heart rhythm society. *Journal of Pain*. 2014;15(4):321–37. doi:10.1016/j.jpain.2014.01.494 PubMed PMID: 24685458.
209. Devan H, Hale L, Hempel D, Saipé B, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*. 2018 May;98(5):381–97. doi:10.1093/ptj/pzy029
210. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002;48(2):177–87. doi:10.1016/s0738-3991(02)00032-0 PubMed PMID: 12401421.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, ÁCIDO VALPRÓICO OU VALPROATO DE SÓDIO, CARBAMAZEPINA, CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA, CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO DE METADONA, CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA, DIPIRONA, FENITOÍNA, FOSFATO DE CODEÍNA, GABAPENTINA, IBUPROFENO, NAPROXENO, PARACETAMOL, OMEPRAZOL E SULFATO DE MORFINA

Eu, _____
(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais eventos adversos relacionados ao uso de ácido acetilsalicílico, ácido valpróico ou valproato de sódio, carbamazepina, cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de metadona, cloridrato de nortriptilina, dipirona, fenitoína, fosfato de codeína, gabapentina, ibuprofeno, naproxeno, paracetamol e sulfato de morfina, indicados para o tratamento da dor crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos de uso do medicamento:

- **Ácido acetilsalicílico:** contraindicações - história de asma induzida pela administração de salicilatos, úlceras gastrintestinais agudas, diátese hemorrágica, insuficiência renal grave, insuficiência hepática grave, insuficiência cardíaca grave e no último trimestre de gravidez. Eventos adversos mais comuns - dor abdominal, azia, náusea, vômitos, úlcera e perfuração gastroduodenal; hemorragia gastrintestinal que pode causar anemia por deficiência de ferro; tontura e zumbido; aumento do risco de sangramento; urticária, reações cutâneas, reações anafiláticas, asma e edema de Quincke.

- **Ácido valpróico ou valproato de sódio:** contraindicações – doença hepática ou disfunção hepática significativa; conhecida desordem na mitocôndria causada por mutação na DNA polimerase mitocondrial y (POLG; ou seja, Síndrome de Alpers-Huttenlocher) e crianças com menos de 2 anos com suspeita de possuir desordem relacionada à POLG; distúrbio do ciclo da ureia (DCU) e pacientes com porfiria, mulheres grávidas (por apresentar alto potencial teratogênico).

Eventos adversos mais comuns - sonolência, cansaço, tremor, alterações da função do fígado, diminuição das plaquetas, ganho de peso, queda de cabelos.

- **Carbamazepina:** contraindicações – pacientes com bloqueio atrioventricular, histórico de depressão da medula óssea, histórico de porfirias hepáticas e uso em associação com inibidores da monoamino-oxidase (IMAO).

Eventos adversos mais comuns - vermelhidão da pele, sonolência, ganho de peso, diarreia, náusea, vômitos, problemas para caminhar, mudanças de humor, tremor, transtorno de memória, visão dupla e impotência.

- **Cloridrato de amitriptilina:** contraindicações – uso em associação com IMAO, pacientes que recebem cisaprida por causa da possibilidade de reações adversas cardíacas, durante a fase de recuperação aguda após infarto do miocárdio e na gravidez.

Eventos adversos mais comuns – sonolência, sensação de fraqueza ou cansaço, tontura ou zumbido, dor de cabeça, boca seca, prisão de ventre, ganho de peso, taquicardia ou crises hipertensivas e alteração no paladar.

- **Cloridrato de clomipramina:** contraindicações – uso em associação, 14 dias antes ou 14 dias após o tratamento com um inibidor da MAO, ou com inibidores reversíveis seletivos da MAO-A, infarto do miocárdio recente e síndrome congênita do QT prolongado.

Eventos adversos mais comuns – taquicardia sinusal, palpitações, hipotensão ortostática, alterações clinicamente irrelevantes do ECG em pacientes sem doença cardíaca, sonolência, cansaço, tontura, intranquilidade, aumento do apetite, boca seca, constipação, visão borrada, tremores, dores de cabeça, náusea, transpiração, ganho de peso e dificuldades sexuais.

- **Cloridrato de metadona:** contraindicação - insuficiência respiratória grave.

Eventos adversos mais comuns - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo.

- **Cloridrato de nortriptilina:** contraindicações – uso em associação, 14 dias antes ou 14 dias após o tratamento com um inibidor da MAO e durante o período de recuperação aguda após infarto do miocárdio.

Eventos adversos mais comuns – hipotensão ortostática, taquicardia, boca seca, confusão mental, alucinações, desorientação, delírios, aumento da ansiedade, inquietação, agitação, insônia, pânico, pesadelos tremores, convulsões, visão embaçada e alterações de visão, dificuldade em urinar, urticária, sensibilidade à luz solar, inchaço, náusea e vômito, constipação intestinal ou diarreia, falta de apetite, sonolência, dor de cabeça, infarto do miocárdio e arritmias.

- **Dipirona:** contraindicações – pacientes com função da medula óssea prejudicada ou doenças do sistema hematopoiético; que tenham desenvolvido broncoespasmo ou outras reações anafilactoides com analgésicos; com porfíria hepática aguda intermitente; com deficiência congênita da glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) (risco de hemólise); na gravidez e lactação e em menores de três meses de idade ou pesando menos de 5kg.

Eventos adversos mais comuns – dor no estômago ou intestino, má digestão, diarreia, coloração avermelhada da urina, arritmia cardíaca, ardência ou urticárias, reações alérgicas e queda da pressão arterial.

- **Fenitoína:** contraindicação – pacientes que tenham apresentado reações intensas ao medicamento ou a outras hidantoínas.

Eventos adversos mais comuns - incoordenação, sonolência, aumento do volume e sangramento das gengivas, crescimento de pelos no corpo e na face.

- **Fosfato de codeína:** contraindicações - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo).

Eventos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar.

- **Gabapentina:** contraindicações – pacientes com hipersensibilidade à gabapentina ou a outros componentes da fórmula e mulheres grávidas.

Eventos adversos mais comuns - aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças).

- **Ibuprofeno:** contraindicações – indivíduos com úlcera péptica ativa, sangramento gastrointestinal; uso concomitante com bebidas alcoólicas; pacientes com úlcera gastroduodenal ou sangramento gastrointestinal, menores de 6 meses e no terceiro trimestre da gravidez.

Eventos adversos mais comuns – tontura, *rash* cutâneo, epigastria e náuseas.

- **Naproxeno:** contraindicações – indivíduos com hipersensibilidade ao naproxeno, pacientes com asma, rinite, pólipos nasais ou urticária pelo uso de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides (AINE), insuficiência cardíaca grave; sangramento ativo ou antecedente de sangramento gastrointestinal ou perfuração relacionado a uso anterior de AINE; doença ativa ou antecedente de úlcera péptica recorrente/hemorragia, (dois ou mais episódios distintos de úlcera ou sangramento comprovados) e com depuração de creatinina inferior a 30mL/min.

- **Omeprazol:** dores de cabeça, diarreia; obstipação; dor abdominal; náusea, vômitos; flatulência; alergia, alterações no sangue, diminuição do sódio, do magnésio, insônia, agitação; alteração no paladar, vertigem, alteração na visão, boca seca.

- **Paracetamol:** contraindicação – pacientes com hipersensibilidade ao paracetamol ou a qualquer outro componente de sua fórmula.

Eventos adversos mais comuns - náusea, vômitos, prisão de ventre, coceira ou vermelhidão no corpo ou reações alérgicas.

- **Sulfato de morfina:** contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática. Eventos adversos mais comuns - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária.

Todos os anticonvulsivantes têm um risco pequeno de provocar problemas para o feto se usados durante a gestação. Pacientes com vida sexual ativa, que pretendem engravidar ou que estão gestantes devem procurar o seu médico para orientações sobre o risco de malformações e os ajustes de dose dos anticonvulsivantes que deverão ser realizados durante a gestação.

Não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de fosfato de codeína, sulfato de morfina, cloridrato de metadona, omeprazol e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças. As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos eventos adversos, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opiáceos não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- | | |
|--|---|
| ☐ ácido acetilsalicílico | ☐ fosfato de codeína |
| ☐ ácido valpróico | ☐ gabapentina |
| ☐ carbamazepina | ☐ ibuprofeno |
| ☐ cloridrato de amitriptilina | ☐ naproxeno |
| ☐ cloridrato de clomipramina | ☐ omeprazol |
| ☐ cloridrato de metadona | ☐ paracetamol |
| ☐ cloridrato de nortriptilina | ☐ sulfato de morfina |
| ☐ dipirona | ☐ valproato de sódio |
| ☐ fenitoína | |

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

- ☐ Sim ☐ Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: UF:

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

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

Relatório preliminar

MATERIAL SUPLEMENTAR A - ESCALAS, QUESTIONÁRIOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

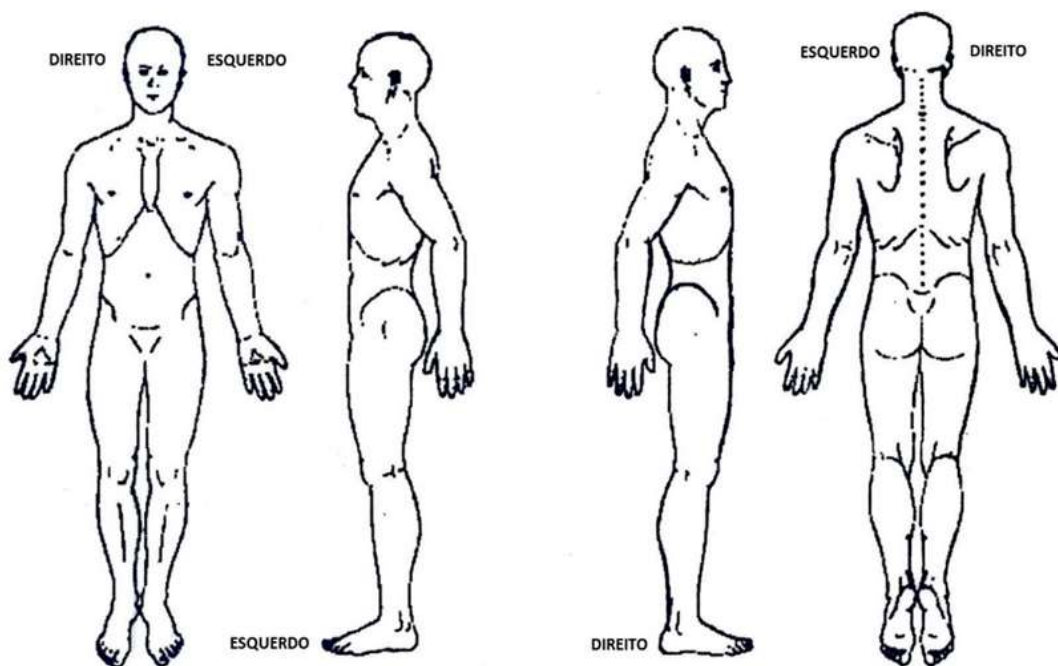
1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

1.1. Localização da dor

Diagrama corporal^{1,2}

O diagrama corporal permite a avaliação da localização da dor e, por vezes, de sua intensidade. O profissional de saúde deve apresentar o diagrama corporal ao paciente solicitando que ele marque com um X o(s) local(is) em que sente dor e onde a dor é mais intensa.

Nome: _____ Data: _____



1.2. Intensidade da dor

Escala de descritores verbais da dor³

A escala de descritores verbais permite a avaliação da intensidade da dor. O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

Nome: _____ Data: _____

Nenhuma Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Forte	Pior Dor
-------------	----------	--------------	-----------	----------

Escala visual numérica^{1,4}

O profissional de saúde deve orientar o paciente a indicar, na escala abaixo, qual o número corresponde à dor que ele está sentindo ou que ele sentiu em determinado período, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor imaginável.

Nome: _____ Data: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Pior dor imaginável

Escala visual analógica^{4,5}

Para a escala visual analógica, o profissional de saúde deve solicitar ao paciente que indique, em uma linha horizontal de 100 mm (10 cm) a intensidade da dor, sendo da esquerda para a direita uma intensidade ascendente.

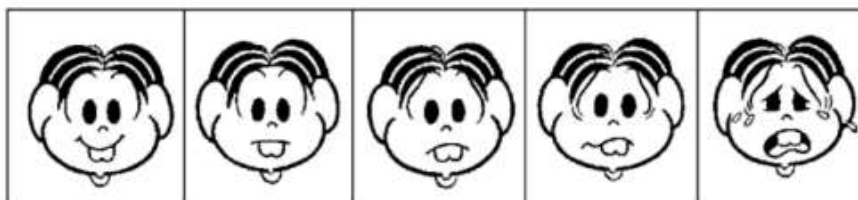
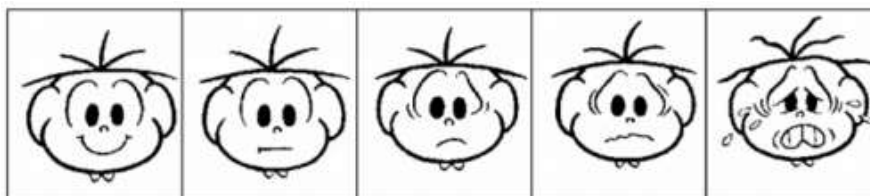
Nome: _____ Data: _____

Sem dor Pior dor imaginável

Escala de Faces^{6,7}

O profissional de saúde deve explicar ao paciente que cada face corresponde a uma sensação de dor. Assim, as faces, da esquerda para a direita, correspondem à ausência de dor; à dor leve; à dor moderada; à dor forte; e à dor insuportável.

Nome: _____ Data: _____



2. QUESTIONÁRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA

2.1. Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (Douleur Neuropathique 4)^{8,9}

Nome: _____ Data: _____

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

Entrevista com o paciente		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
• Queimação	() Sim	() Não
• Sensação de frio dolorosa	() Sim	() Não
• Choque elétrico	() Sim	() Não
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
• Formigamento	() Sim	() Não
• Alfinetada e agulhada	() Sim	() Não
• Adormecimento	() Sim	() Não
• Coceira	() Sim	() Não
Exame do paciente		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
• Hipoestesia ao toque	() Sim	() Não
• Hipoestesia à picada de agulha	() Sim	() Não
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
• Escovação	() Sim	() Não

Pontuação
0 para cada item negativo
1 para cada item positivo
Dor neuropática: escore total a partir de 4/10

Escore: _____ / 10	
Dor nociceptiva (< 4)	☐
Dor neuropática (≥ 4)	☐

2.2. Escala de Dor LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs)^{10,11}

Nome: _____ Data: _____

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

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

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

- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

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

6) ALODINIA

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

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

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

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

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

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

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

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

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

Pontuação

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

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

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

Escore: _____ / 24

Mecanismos neuropáticos improváveis (< 12)



Mecanismos neuropáticos prováveis ($\geq$ 12)



2.3. Escala do Medical Research Council (MRC) para Avaliação da Força Muscular^{2,12-14}

Para avaliação da força muscular, aplica-se a escala bilateralmente em seis grupos musculares (totalizando doze), considerando movimentos de abdução do braço, flexão do antebraço, extensão do punho, flexão da perna ou do quadril, extensão do joelho e flexão dorsal do pé.

Nome: _____ Data: _____

Escala MRC
0 – paralisia total/ ausência de contração
1 – Mínima contração
2 – Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3 – Contração fraca contra gravidade
4 – Movimento ativo contra gravidade e resistência
5 – Força normal

Pontuação
O escore total pode ser de até 60 pontos e é dado pela soma dos pontos conferidos a cada um dos 12 grupos musculares.

Score: _____ / 60	
Fraqueza significativa (< 48)	☐
Fraqueza grave (< 26)	☐

3. QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL

3.1. Oswestry Disability Index (ODI)^{15,16}

Nome: _____ Data: _____

1) INTENSIDADE DA DOR

- ☐ Não sinto dor no momento.
- ☐ A dor é muito leve no momento.
- ☐ A dor é moderada no momento.
- ☐ A dor é razoavelmente intensa no momento.
- ☐ A dor é muito intensa no momento.
- ☐ A dor é a pior imaginável no momento.

2) CUIDADOS PESSOAIS (LAVAR-SE, VESTIR-SE ETC.)

- ☐ Consigo me cuidar normalmente sem sentir mais dor.
- ☐ Consigo me cuidar, mas sinto mais dor.
- ☐ Sinto dor ao realizar os cuidados pessoais e sou lento e cuidadoso.
- ☐ Necessito de alguma ajuda, mas consigo realizar a maior parte dos cuidados pessoais.
- ☐ Necessito de ajuda diariamente para realizar a maioria dos cuidados pessoais.
- ☐ Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

3) LEVANTAMENTO DE PESO

- ☐ Consigo levantar cargas pesadas sem sentir mais dor.
- ☐ Consigo levantar cargas pesadas, mas com mais dor.
- ☐ A dor impede que eu levante cargas pesadas do chão, mas eu consigo fazê-lo quando elas estão adequadamente posicionadas (p. ex., sobre uma mesa).
- ☐ A dor impede que eu levante cargas pesadas, mas eu consigo manipular cargas leves ou médias quando elas estão adequadamente posicionadas.
- ☐ Consigo levantar apenas cargas muito leves.
- ☐ Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

4) ANDAR

- ☐ A dor não me impede de andar qualquer distância.
- ☐ A dor me impede de andar mais de 1600 m.
- ☐ A dor me impede de andar mais de 400 m.
- ☐ A dor me impede de andar mais de 100 m.
- ☐ Consigo andar apenas com auxílio da bengala ou muletas.
- ☐ Permaneço na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar até o banheiro.

5) PERMANECER SENTADO

- ☐ Consigo permanecer sentado em qualquer cadeira durante o tempo que desejar.
- ☐ Consigo permanecer sentado em minha cadeira favorita durante o tempo que desejar.
- ☐ A dor me impede de permanecer sentado por mais de uma hora.
- ☐ A dor me impede de permanecer sentado por mais de meia hora.
- ☐ A dor me impede de permanecer sentado por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor me impede totalmente de permanecer sentado.

6) PERMANECER EM PÉ

- ☐ Consigo permanecer em pé durante o tempo que desejar em sentir mais dor.
- ☐ Consigo permanecer em pé em minha cadeira favorita durante o tempo que desejar.
- ☐ A dor me impede de permanecer em pé por mais de uma hora.
- ☐ A dor me impede de permanecer em pé por mais de meia hora.
- ☐ A dor me impede de permanecer em pé por mais de 10 minutos.
- ☐ A dor me impede totalmente de permanecer em pé.

7) SONO

- ☐ Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- ☐ Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- ☐ Devido à dor, durmo menos de 6 horas.
- ☐ Devido à dor, durmo menos de 4 horas.
- ☐ Devido à dor, durmo menos de 2 horas.
- ☐ A dor me impede de dormir.

8) ATIVIDADE SEXUAL

- ☐ Minha atividade sexual é normal e não causa mais dor.
- ☐ Minha atividade sexual é normal, mas sinto mais dor.
- ☐ Minha atividade sexual é quase normal, mas é muito dolorosa.
- ☐ Minha atividade sexual está extremamente restringida devido à dor.
- ☐ Minha atividade sexual é quase nula devido à dor.
- ☐ A dor impede totalmente qualquer atividade sexual.

9) VIDA SOCIAL

- ☐ Minha vida social é normal e não causa mais dor.
- ☐ Minha vida social é normal, mas aumenta a intensidade da dor.
- ☐ A dor não tem um efeito importante sobre a minha vida social, a não ser uma limitação de atividades mais vigorosas (p. ex., prática esportiva).
- ☐ A dor restringiu a minha vida social e eu não saio tão frequentemente quanto antes.
- ☐ A dor restringiu minha vida social a minha casa.
- ☐ Não tenho vida social devido à dor.

10) VIAGEM

- ☐ Posso viajar a qualquer lugar, sem dor.
- ☐ Posso viajar a qualquer lugar, mas sinto mais dor.

- () A dor é intensa, mas consigo viajar por mais de 2 horas.
- () A dor me restringe a viagens de menos de 1 hora.
- () A dor me restringe a viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos.
- () A dor me impede de viajar, exceto para receber tratamento.

Pontuação

As respostas de cada item variam de 0 (primeiro item) a 5 (último item). A soma dos itens é expressa como uma porcentagem do escore total, por exemplo:

- caso uma pessoa tenha respondido aos 10 itens (total possível: 50 pontos) e sua pontuação total tenha sido 25, seu escore é de 50%.
- caso uma pessoa tenha respondido a 9 itens (total possível: 45) e sua pontuação tenha sido 30, seu escore é de 66,7%.

A pontuação total varia de zero (sem incapacidade funcional) a 100 (totalmente incapacitado).

Escore: _____%

0% a 20%: incapacidade mínima

21% a 40%: incapacidade moderada

41% a 60%: incapacidade grave

61% a 80%: geradora de invalidez

81% a 100%: paciente preso à cama

3.2. Questionário de Incapacidade de Roland-Morris^{17,18}

Nome: _____ Data: _____

Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se: assinale apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.

1) Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor.

2) Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com a dor.	
3) Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	
4) Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa.	
5) Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas.	
6) Por causa da dor eu deito para descansar mais frequentemente.	
7) Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8) Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim.	
9) Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores.	
10) Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor.	
11) Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar.	
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor.	
13. Sinto dor quase todo o tempo.	
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor.	
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores.	
16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor.	
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores.	
18. Não durmo tão bem por causa das dores.	
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor	
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que em geral.	
23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores.	

4. QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

4.1. The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)^{9,19}

Nome: _____ Data: _____

1) Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2) Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3) Os seguintes itens são sobre as atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

- 4) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

Perguntas	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

- 5) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

Perguntas	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

- 6) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 7) Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

- 8) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 9) Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

Perguntas	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

- 10) Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11) O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

Afirmações	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Pontuação das questões individuais

Questão 1:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Questão 2: manter o mesmo valor selecionado.

Questões 3 a 5: soma de todos os valores em cada.

Questão 6:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Questão 7:

Resposta	Pontuação
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Questão 8:

A resposta da questão 8 depende da pontuação da questão 7:

Se questão 7 = 1, o valor da questão 8 é 6

Se questão 7 = 2, o valor da questão 8 é 5

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão 8 é 4

Se questão 7 = 3 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão 8 é 3

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão 8 é 2

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 5, o valor da questão 8 é 1

Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 será calculado do seguinte modo:

Resposta	Pontuação
1	6

	2	4,75	
	3	3,5	
	4	2,25	
	5	1	

Questão 9:

Para os itens **a, d e h**:

Resposta	Pontuação
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Para os demais itens (**b, c, f, g e i**): manter o mesmo valor.

Questão 10: manter o mesmo valor.

Questão 11:

Nesta questão, **os itens deverão ser somados**, porém os itens b e d deverão ser pontuados do seguinte modo:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Cálculo do Raw Scale			
Nesta fase você transformará o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de <i>Raw Scale</i> porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.			
Domínios: - Capacidade funcional - Limitação por aspectos físicos - Dor - Estado geral de saúde - Vitalidade - Aspectos sociais - Aspectos emocionais - Saúde mental			
A pontuação de cada domínio será calculada pela seguinte fórmula: $\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação}} \times 100$			
Na fórmula, os valores de limite inferior e variação são fixos:			
Domínio	Pontuação das questões correspondentes	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	040	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 07	2	8

Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (itens b + c + d + f + h)	5	25

- A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano atrás.
- Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.
- Serão obtidas oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Domínio	Escore
Capacidade funcional	_____/100
Limitação por aspectos físicos	_____/100
Dor	_____/100
Estado geral de saúde	_____/100
Vitalidade	_____/100
Aspectos sociais	_____/100
Limitação por aspectos emocionais	_____/100
Saúde mental	_____/100

REFERÊNCIAS

1. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support care cancer. Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2011 Apr;19(4):505–11.
2. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52.
3. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. Rev Esc Enferm USP. 2015 Oct;49(5):804–10.
4. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Nov;3(11):610–8.
5. Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear or Nonlinear? Anesth Analg. 1999;89(6).
6. Claro MT, Vietta EPPP-RP. Escala de faces para avaliacao da dor em crianacas - etapa preliminar [Internet]. 1993. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/000737575>
7. Rossato LM, Angelo M. [Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures]. Rev Esc Enferm USP. 1999 Sep;33(3):236–49.

8. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005 Mar;114(1–2):29–36.
9. Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, Kaziyama VM, Ferreira KA, Souza I, et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. *J pain*. 2010 May;11(5):484–90.
10. Schestatsky P, Félix-Torres V, Fagundes Chaves ML, Câmara-Ehlers B, Mucenic T, Caumo W, et al. Brazilian Portuguese Validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain. *Pain Med*. 2011 Oct;12(10):1544–50.
11. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Potter J. The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. *J Pain*. 2005 Mar;6(3):149–58.
12. Compston A. Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous. *Brain*. 2010 Oct;133(10):2838–44.
13. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. *Clínica Médica do HCFMUSP*. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44.
14. Latronico N, Gosselink R. A guided approach to diagnose severe muscle weakness in the intensive care unit. *Rev Bras Ter intensiva*. 2015;27(3):199–201.
15. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980 Aug;66(8):271–3.
16. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb;32(4):481–6.
17. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec;25(24):3115–24.
18. Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta C, Asghari A, Thieme A. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. *Rev Dor*. 2010 Jan 1;11:28–36.
19. Ware JEJ, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):903–12.
20. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.
21. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19–27.
22. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28–37.

23. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*. 2010 May;62(5):600–10.
24. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*. 2011 Jun;38(6):1113–22.
25. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2016 Dec;46(3):319–29.
26. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. 2019 Jun;20(6):611–28.
27. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
28. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT, editors. *Conex Educ Física, Esporte e Saúde*. 2011;9(1).
29. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):38–44.
30. IASP – International Association for the Study of Pain. Chronic Postsurgical Pain: Definition, Impact, and Prevention. IASP. 2017.

APÊNDICE 1 – METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica após incorporação do estimulador da medula espinhal para o tratamento de dor crônica no SUS - versão 2026

1. Escopo e finalidade do Protocolo

O objetivo desta atualização do PCDT da Dor Crônica foi incluir recomendações para o uso do estimulador da medula espinhal, incorporado ao SUS conforme Portaria SECTICS/MS nº 82/2025.

Considerando a versão do PCDT da Dor Crônica, publicado por meio da Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS nº 1, de 22 de agosto de 2024, esta atualização rápida focou na inclusão do estimulador da medula espinhal para tratamento de dor crônica no âmbito do SUS. O presente apêndice consiste no documento de trabalho do grupo elaborador da atualização do PCDT da Dor Crônica contendo a descrição da metodologia de busca de evidências científicas, as recomendações e seus julgamentos (fundamentos para a tomada de decisão), tendo como objetivo embasar o texto do PCDT, aumentar a sua transparência e prover considerações adicionais para profissionais da saúde, gestores e demais potenciais interessados. Especial ênfase desta atualização trata da orientação dos critérios de elegibilidade e uso do EME, uma tecnologia em saúde de alta complexidade, recentemente incorporada para pacientes atendidos no SUS. A atualização faz-se necessária para direcionar o cuidado dos pacientes com dor crônica refratária no SUS, com nova conduta potencial para tratamento e cuidado da doença.

O grupo desenvolvedor desta diretriz foi composto por um painel de especialistas sob coordenação do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (DGITS/SCTIE/MS).

Todos os participantes do processo de elaboração do PCDT preencheram o formulário de Declaração de Conflitos de Interesse, que foram enviados ao Ministério da Saúde para análise prévia às reuniões de escopo e formulação de recomendações.

Etapas do processo de elaboração

A proposta de atualização do PCDT da Dor crônica foi inicialmente discutida durante a reunião de alinhamento ocorrida em 25 de novembro de 2025, por meio da Plataforma *Teams*, com especialistas, metodologistas, representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA).

Nessa reunião, as discussões foram focadas no EME, em especial para as condições de Dor Neuropática e Síndrome da Dor Pós-Laminectomia Refratária. Considerando que o Relatório de Recomendação da Conitec nº 1045, que subsidiou a incorporação do EME, apresenta uma

revisão sistemática (RS) atualizada, não foram elaboradas novas perguntas de pesquisa estruturadas.

2. Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A proposta de atualização do PCDT da Dor Crônica foi apresentada na 138ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, realizada em 18 de agosto de 2026. A reunião teve a presença de representantes da SCTIE; SAES, SAPS e SVSA. O PCDT foi aprovado para avaliação da Conitec e a proposta foi apresentada aos membros do Comitê de PCDT da Conitec em sua 155ª Reunião Ordinária, os quais recomendaram favoravelmente ao texto.

3. Busca da evidência e recomendações

O processo de desenvolvimento desse PCDT seguiu recomendações da Diretriz Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde ¹, que preconiza o uso do sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que classifica a qualidade da informação ou o grau de certeza dos resultados disponíveis na literatura em quatro categorias (Quadro A).

Quadro A. Níveis de evidências de acordo com o sistema GRADE

Nível	Definição	Implicações
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.

Fonte: Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Considerando a versão do PCDT da Dor Crônica, publicado por meio da Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS nº 1, de 22 de agosto de 2024, esta atualização rápida focou na inclusão do EME para tratamento de dor crônica no âmbito do SUS.

As evidências e pergunta de pesquisa avaliadas no momento da incorporação do estimulador da medula espinhal para tratamento de dor crônica, incluído nesta atualização, encontram-se no Relatório de Recomendação nº 1045/2025, disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-no-1045-estimulador-da-medula-espinhal>.

Busca por diretrizes

Para embasar a redação deste documento foi realizada em busca sistemática na literatura por diretrizes ou consensos, nacionais e internacionais, publicados.

Embora a atualização tenha sido motivada pela incorporação do EME, foi realizada também revisão de diretrizes gerais e de condições clínicas relacionadas à dor crônica, com o objetivo de identificar a necessidade de atualização de recomendações do PCDT vigente potencialmente impactadas por evidências mais recentes.

Todas as buscas foram conduzidas no dia 16 de outubro de 2025, sem restrição de idioma e data, nas seguintes plataformas: PubMed, Trip Database e GIN library. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos AND ou OR, sempre que necessário, e adaptados às particularidades de cada base de dados. A estratégia de busca utilizada para cada base de dados está descrita no Quadro B.

Quadro B. Estratégias de buscas.

Plataformas de busca	Estratégia de busca	Número de registros
PubMed ¹	("Chronic Pain"[Mesh] OR "Chronic Pain"[Title/Abstract]) AND ("Practice Guideline"[Publication Type] OR "Guideline"[Publication Type] OR "Guidelines as Topic"[MeSH Terms] OR "Practice Guidelines as Topic"[MeSH Terms] OR "Clinical Practice Guideline"[Title/Abstract] OR "Clinical Guidelines"[Title/Abstract] OR "Best Practice"[Title/Abstract] OR "Guideline"[Title/Abstract]) Filters: from 2020 - 2025	614
GIN	"chronic pain" De 2020 até 2025	10
Trip Database ²	"chronic pain" From date: 2020 / To date: 2025	381
TOTAL		1005

Fonte: Elaboração própria. **Legenda:** GIN: Guidelines International Network. Trip Database: Trip medical database. Nota: 1 Um filtro de pesquisa para diretrizes publicadas foi incluído na estratégia de busca do PubMed. 2 Um filtro para "Guidelines" foi incluído na estratégia de busca do Trip Database.

A exclusão das referências duplicadas foi realizada utilizando o software Rayyan e, posteriormente, de modo manual. Um avaliador realizou a seleção das diretrizes elegíveis, compreendendo as etapas de leitura de título e resumo (triagem) e leitura de texto completo (elegibilidade). A triagem dos estudos foi realizada utilizando o software Rayyan, enquanto a elegibilidade foi realizada utilizando planilha de Microsoft Office Excel®. Em caso de dúvidas, um segundo avaliador independente foi consultado. Buscas manuais nas listas de referências dos estudos incluídos também foram realizadas para capturar potenciais estudos não encontrados pelas bases de dados.

Para essa seleção os critérios de elegibilidade adotados foram:

- População: Pessoas com dor crônica (duração ≥ 3 meses), incluindo dor crônica primária e dor crônica em contextos clínicos frequentes na prática (por exemplo, dor musculoesquelética, dor lombar crônica, dor pélvica crônica, dor oncológica, dor associada a doenças crônicas específicas), desde que as recomendações fossem potencialmente aplicáveis ao contexto da diretriz local.
- Intervenção: Qualquer abordagem utilizada no cuidado da dor crônica, incluindo intervenções não medicamentosas (por exemplo, fisioterapia, psicoterapia, intervenções educacionais), medicamentosas (analgésicos, adjuvantes, opioides, canabinoides, entre outros) e intervencionistas (bloqueios, neuromodulação, procedimentos minimamente invasivos), bem como modelos de cuidado e seguimento.
- Conteúdo: Documentos contendo recomendações clínicas explícitas para avaliação, estratificação, tratamento e acompanhamento de pessoas com dor crônica, incluindo critérios de avaliação, monitoramento, indicações terapêuticas, escalonamento de tratamento ou modelos organizacionais de cuidado.
- Atributos da diretriz:
 - Idiomas: português, inglês ou espanhol.
 - Ano de publicação: a partir de 2020 (últimos 5 anos).
 - Países: sem restrições.
 - Versão do documento: apenas a versão mais recente quando houver atualizações sucessivas de uma mesma diretriz.
 - Processo de desenvolvimento: diretrizes explicitamente baseadas em evidências ou que descrevessem de forma explícita a busca, seleção e síntese da literatura utilizada para embasar as recomendações.
 - Escopo: diretrizes que abordassem necessariamente o tratamento da dor crônica de forma geral ou em contextos clínicos específicos, com recomendações suficientemente detalhadas para subsidiar a atualização da diretriz local. Diretrizes voltadas exclusivamente para diagnóstico por imagem, sobre uma única tecnologia/procedimento isolado ou apenas uma classe de medicamento (por exemplo, diretrizes específicas sobre uso de opioides) eram elegíveis apenas se contribuíssem de forma consistente para o cuidado global da dor crônica; caso contrário, eram classificadas como fora de escopo.
 - Recomendações: diretrizes que apresentassem recomendações sobre avaliação, monitoramento, tratamento ou prevenção da dor crônica (global ou em contextos específicos).
- Características das recomendações:
 - Acompanhamento e monitoramento: recomendações sobre instrumentos de avaliação, exames, periodicidade e parâmetros clínicos para acompanhamento da dor, funcionalidade e impacto na qualidade de vida.

- Diagnóstico e avaliação: definições operacionais de dor crônica (primária e secundária), critérios diagnósticos, subclassificações relevantes (por exemplo, dor nociceptiva, neuropática, nociplástica) e uso de ferramentas de rastreio e estratificação de risco.
- Tratamento e prevenção: recomendações sobre estratégias não medicamentosas, medicamentosas e intervencionistas, incluindo indicações, contraindicações, sequência ou escalonamento de tratamentos, duração recomendada e monitoramento de efetividade e segurança.
- Níveis de confiança: quando disponível, registro do nível de confiança/força da recomendação e da qualidade da evidência (por exemplo, GRADE), sem que isso fosse obrigatório para inclusão, mas considerado desejável.
- Intervenções/comparadores: recomendações deveriam discutir explicitamente pelo menos uma intervenção relevante para o tratamento da dor crônica; a comparação formal entre intervenções não foi exigida como critério obrigatório.
- Localização das recomendações: recomendações podiam estar descritas em qualquer parte do documento (texto principal, quadros, tabelas, algoritmos ou fluxogramas clínicos).

Já os critérios para exclusão foram:

- Resumos ou pôsteres de congresso sem publicação final em texto completo;
- Diretrizes publicadas apenas em formato pre-print (sem processo de revisão por pares);
- Documentos não baseados em evidências (por exemplo, posicionamentos opinativos sem descrição da metodologia de busca e síntese) ou revisões de diretrizes utilizadas apenas como fonte secundária para contextualização.

Para esta busca, foram identificados 1005 registros nas bases de dados, não sendo identificado eletronicamente registros duplicados. Após a triagem pela leitura de título e resumo, 75 registros foram selecionados para a fase de elegibilidade, com leitura na íntegra. Os estudos excluídos após leitura na íntegra, bem como as justificativas de exclusão, estão apresentados no Quadro C.

Quadro C. Estudos excluídos na fase de elegibilidade (leitura na íntegra) e respectivo motivo de exclusão.

Autor, ano	Título	Motivo
Tafur et al. 2020	ACR Appropriateness Criteria—Æ Chronic Foot Pain.	Contexto
Webster et al. 2020	Understanding Buprenorphine for Use in Chronic Pain: Expert Opinion.	Contexto
Hauser et al. 2020	[Recommendations of the second update of the LONTS guidelines: Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain].	Idioma
Hawk et al. 2020	Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline.	Idioma
Hoydonckx et al. 2020	Quality of chronic pain interventional treatment guidelines from pain societies: Assessment with the AGREE II instrument.	Metodo
ACOG, 2020	Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218.	Metodo

Autor, ano	Título	Motivo
Czuczman et al. 2021	ACR Appropriateness Criteria—Inflammatory Back Pain: Known or Suspected Axial Spondyloarthritis: 2021 Update.	Contexto
Shoemaker-Hunt et al. 2021	Developing Clinical Quality Improvement Measures Aligned With the CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain: An Important Strategy to Support Safer Prescribing in Primary Care.	Contexto
Lee et al. 2021	Latest Evidence-Based Application for Radiofrequency Neurotomy (LEARN): Best Practice Guidelines from the American Society of Pain and Neuroscience (ASPN).	Contexto
Busse et al. 2021	Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline.	Contexto
Ghai et al. 2021	Evaluation of clinical practice guidelines (CPG) on the management of female chronic pelvic pain (CPP) using the AGREE II instrument.	Metodo
Thomas et al. 2022	ACR Appropriateness Criteria—Chronic Elbow Pain.	Contexto
Dowell et al. 2022	CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022.	Contexto
Tobin et al. 2022	Opioids for chronic pain management in patients with dialysis-dependent kidney failure.	Contexto
Dowell et al. 2022	Prescribing Opioids for Pain - The New CDC Clinical Practice Guideline.	Contexto
Moens et al. 2022	Acceptance and Commitment Therapy to Increase Resilience in Chronic Pain Patients: A Clinical Guideline.	Metodo
Ernstzen et al. 2022	Synthesis of clinical practice guideline recommendations for the primary health care of chronic musculoskeletal pain.	Metodo
Subhas et al. 2023	ACR Appropriateness Criteria—Chronic Extremity Joint Pain-Suspected Inflammatory Arthritis, Crystalline Arthritis, or Erosive Osteoarthritis: 2022 Update.	Contexto
Chapman et al. 2023	Best Practices for Dorsal Root Ganglion Stimulation for Chronic Pain: Guidelines from the American Society of Pain and Neuroscience.	Contexto
Langford et al. 2023	Clinical practice guideline for deprescribing opioid analgesics: summary of recommendations.	Contexto
Manchikanti et al. 2023	Comprehensive, Evidence-Based, Consensus Guidelines for Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain from the American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP).	Contexto
Turner et al. 2023	Guideline No. 443a: Opioid Use Throughout Women's Lifespan: Fertility, Contraception, Chronic Pain, and Menopause.	Contexto
Sandbrink et al. 2023	The Use of Opioids in the Management of Chronic Pain: Synopsis of the 2022 Updated U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline.	Contexto
Baroni et al. 2023	Physiotherapy management of nociplastic pain: A Delphi study of Italian specialists.	Metodo
Walker et al. 2023	ACR Appropriateness Criteria—Imaging After Total Knee Arthroplasty: 2023 Update.	População
Cancelliere et al. 2023	Management of Adults with Chronic Primary Low Back Pain: Introduction to the Special Series of Systematic Reviews to Inform a World Health Organization (WHO) Clinical Guideline.	Tipo de publicação
Stensby et al. 2024	ACR Appropriateness Criteria—Chronic Hand and Wrist Pain: 2023 Update.	Contexto
Manchikanti et al. 2024	Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Implantable Peripheral Nerve Stimulation (PNS) in the Management of Chronic	Contexto

Autor, ano	Título	Motivo
	Pain: From the American Society Of Interventional Pain Physicians (ASIPP).	
D'Souza et al. 2024	Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Regenerative Medicine Treatment for Chronic Pain: A Consensus Report from a Multispecialty Working Group.	Contexto
Eldabe et al. 2024	Intrathecal drug delivery for the management of pain and spasticity in adults: British Pain Society's recommendations for best clinical practice.	Contexto
Deer et al. 2024	The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC)-Æ: Intrathecal Drug Delivery Guidance on Safety and Therapy Optimization When Treating Chronic Noncancer Pain.	Contexto
Moser et al. 2024	[Who Guideline for Non-Surgical Management of Chronic Primary Low Back Pain in Adults in Primary and Community Care Settings].	Idioma
Menconi et al. 2024	Evaluation and management of chronic anorectal and pelvic pain syndromes: Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) position statement.	Método
Zhou et al. 2024	Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.	Método
Eldaya et al. 2025	ACR Appropriateness Criteria-Æ Cervical Pain or Cervical Radiculopathy: 2024 Update.	Contexto
Ho et al. 2025	Best Practice Guidelines for Neuromodulation in Pain Management: Insight From the Neuromodulation Society of Australia and New Zealand.	Contexto
Kansagara et al. 2025	Cannabis or Cannabinoids for the Management of Chronic Noncancer Pain: Best Practice Advice From the American College of Physicians.	Contexto
Kanai et al. 2025	Executive summary of the guideline for prescribing opioid analgesics for chronic non-cancer pain (third edition) by the Japan Society of Pain Clinicians.	Contexto
Ho et al. 2025	Systematic review of clinical practice guidelines on acupuncture for chronic musculoskeletal pain.	Contexto
Pope et al. 2025	The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Guidelines and Consensus on the Definition, Current Evidence, Clinical Use and Future Applications for Physiologic Closed-Loop Controlled Neuromodulation in Chronic Pain: A NEURON Group Project.	Contexto
Benzon et al. 2025	Use and safety of corticosteroid injections in joints and musculoskeletal soft tissue: guidelines from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, the American Society of Interventional Pain Physicians, and the International Pain and Spine...	Contexto
Benzon et al. 2025	Use of corticosteroids for adult chronic pain interventions: sympathetic and peripheral nerve blocks, trigger point injections - guidelines from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, the American Society of Interventional Pain Physic...	Contexto
Fritel et al. 2025	[Clinical practice guidelines for pelvic pain associated with endometriosis. A consensus-based approach by CNGOF & Convergences PP].	Idioma
Silva et al. 2025	Integrative and Complementary Health Practices for Chronic Pain: summary of clinical guideline recommendations.	Método
Manchikanti et al. 2025	Review of Guidelines for Implantable Peripheral Nerve Stimulation (PNS) in the Management of Chronic Pain.	Método

Fonte: Elaboração própria (2025).

Para fins desta revisão, documentos classificados como excluídos por motivo metodológico foram aqueles que não apresentavam de forma suficientemente explícita um processo de desenvolvimento baseado em evidências, incluindo descrição da busca, seleção e síntese da literatura que fundamentou suas recomendações, ou que se baseavam predominantemente em métodos de consenso sem suporte sistemático da evidência.

Por fim, foram consideradas 26 diretrizes (**Figura A**), sendo quatro diretrizes sobre dor crônica primária/geral e 22 diretrizes referentes ao tratamento da dor crônica em contextos ou condições clínicas específicas (por exemplo, dor lombar crônica, dor pélvica crônica, dor musculoesquelética crônica, dor oncológica, entre outras). A lista completa das diretrizes incluídas encontra-se no **Quadro D**.

Relatório preliminar

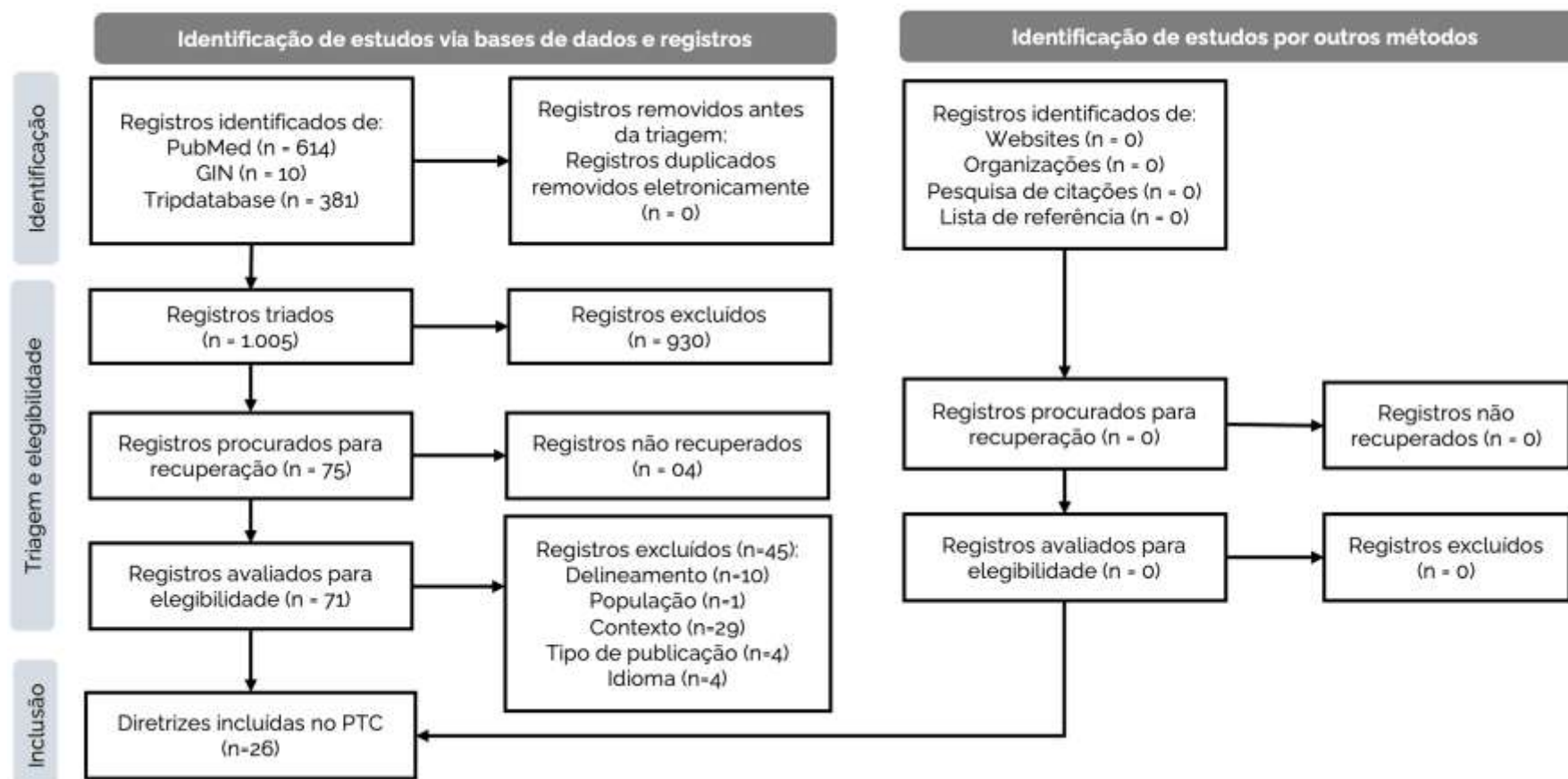


Figura A. Fluxograma de seleção dos estudos.

Fonte: Traduzido e preenchido de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Quadro D. Estudos considerados para atualização do texto do PCDT.

Autores, ano	Título da Diretriz	Contexto/Condição
Diretrizes para Dor Crônica Primária/Geral		
Working group Development of primary Care Guidelines (WOREL), 2024	Diretriz de Prática Clínica: Manejo Multimodal da Dor Crônica Primária (DCP) (traduzido do francês)	Dor primária crônica
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2024	Pain: Prevention, assessment and management	Dor geral
World Health Organization 2020	Guidelines on the management of chronic pain in children	Dor geral
NICE, 2021	Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain	Dor geral/dor primária crônica
Diretrizes para Dor Crônica em Contexto/Condições Clínicas Específicas		
American Society of Pain and Neuroscience (ASPN), 2022	A Systematic Guideline by the ASPN Workgroup on the Evidence, Education, and Treatment Algorithm for Painful Diabetic Neuropathy: SWEET.	Neuropatia diabética
American Society of Hematology, 2020	American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain.	Doença falciforme
Drewes et al. 2021	Assessment of pain associated with chronic pancreatitis: An international consensus guideline.	Pancreatite crônica
Busse et al. 2025	Commonly used interventional procedures for non-cancer chronic spine pain: a clinical practice guideline.	Dor na coluna vertebral (não oncológica)
American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP), 2020	Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Facet Joint Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines Facet Joint Interventions 2020 Guidelines.	Dor na coluna vertebral
American Society of Interventional Physicians (ASIPP), 2025	Diagnostic Guidance for Chronic Complex Regional Pain Syndrome Type I and Type II from The American Society of Interventional Physicians (ASIPP).	Síndrome de Dor Regional Complexa
Chinese Association for the Study of Pain, 2021	Expert panel's guideline on cervicogenic headache: The Chinese Association for the Study of Pain recommendation.	Cefaleia cervicogênica
Academy of Orthopaedic Physical Therapy (AOPT), 2021	Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021.	Dor lombar
American Urological Association (AUA), 2025	Male Chronic Pelvic Pain: AUA Guideline: Part I Evaluation and Management Approach.	Dor pélvica
American Urological Association (AUA), 2025	Male Chronic Pelvic Pain: AUA Guideline: Part II Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome.	Dor pélvica
Busse et al. 2023	Management of chronic pain associated with temporomandibular disorders: a clinical practice guideline.	Dor por distúrbio temporomandibular
Manchikanti et al. 2021	Methodology for Evidence Synthesis and Development of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain.	Dor na coluna vertebral

Autores, ano	Título da Diretriz	Contexto/Condição
American College of Occupational and Environmental Medicine's (ACOEM), 2020	Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders.	Dor lombar
Korownyk et al. 2022	PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care.	Dor lombar, osteoartrite e dor neuropática
American Psychological Association, 2024	APA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for Psychological and Other Nonpharmacological Treatment of Chronic Musculoskeletal Pain in Adults	Dor musculoesquelética
Society for Integrative Oncology and American Society of Clinical Oncology, 2022	Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline	Dor oncológica
American Physical Therapy Association, 2021	Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021	Dor lombar
North American Spine Society, 2020	Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain	Dor lombar
Department of Veterans Affairs and the Department of Defense, 2022	VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOW BACK PAIN	Dor lombar
Cancer Council Australia, 2020	Cancer pain management in adults	Dor oncológica
European Association of Urology 2024	EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain	Dor pélvica
American Urological Association 2025	Diagnosis and Management of Male Chronic Pelvic Pain (Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome and Chronic Scrotal Content Pain): AUA Guideline (2025)	Dor pélvica

Fonte: Elaboração própria (2025).

Adicionalmente, durante a etapa de triagem foram identificadas três diretrizes específicas sobre o uso do EME, as quais não se enquadravam diretamente no escopo principal da revisão, mas foram registradas por sua relevância temática e possibilidade de subsidiar discussões sobre o EME no tratamento da dor crônica. Essas diretrizes estão apresentadas no **Quadro E**.

Quadro E. Diretrizes identificadas sobre o uso de estimuladores da medula espinhal.

Autores, ano	Título
Shanthanna, H., Eldabe, S., Provenzano, D. A., Bouche, B., Buchser, E., Chadwick, R., ... & Narouze, S. (2023)	Evidence-based consensus guidelines on patient selection and trial stimulation for spinal cord stimulation therapy for chronic non-cancer pain. <i>Regional Anesthesia & Pain Medicine</i> , 48(6), 273-287. doi: 10.1136/rapm-2022-104097
Ho, T., O'Brien, M., Sullivan, R., Standen, J., Weiss, A. D., Bates, D., ... & Russo, M. (2025)	Best Practice Guidelines for Neuromodulation in Pain Management: Insight From the Neuromodulation Society of Australia and New Zealand. <i>Neuromodulation: Technology at the Neural Interface</i> . https://doi.org/10.1016/j.neurom.2025.03.080
Raff, M., Melvill, R., Coetzee, G., & Smuts, J. (2013)	Spinal cord stimulation for the management of pain: recommendations for best clinical practice: guideline. <i>South African Medical Journal</i> , 103(6), 423-430. DOI:10.7196/SAMJ.6323

Fonte: Elaboração própria (2025).

Após leitura, considerou-se que as diretrizes encontradas não alteraram as recomendações vigentes do Protocolo, e por isso, não foram adicionadas novas referências. Assim, não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dessas diretrizes por meio do instrumento AGREE II por terem sido utilizadas como fonte de informações clínica para subsidiar a revisão do texto do PCDT, sem adoção direta de suas recomendações. Para as orientações de uso do EME, as orientações foram fundamentadas na decisão de incorporação da tecnologia e nas evidências que subsidiaram a recomendação pela Conitec, conforme descrito no Relatório de Recomendação nº 1045/2025.

4. Equipe de elaboração e partes interessadas

Esta informação será apresentada no Relatório Final após Consulta Pública e Deliberação Final da Conitec.

5. Referências

1. Ministério da Saúde. BRASIL. DIRETRIZES METODOLÓGICAS ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 20];140. Available from: www.gov.br/conitec/pt-br/

Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica após incorporação do estimulador da medula espinhal para o tratamento de dor crônica no SUS - versão 2024

1. Escopo e finalidade do Protocolo

Trata-se da atualização do PCDT da Dor Crônica, publicado por meio da Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012, em cumprimento ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹. A partir da definição do tema, foi conduzida uma reunião presencial para delimitação do escopo do PCDT. Essa reunião contou com a presença de doze membros do Grupo Elaborador, sendo dez especialistas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e fisioterapeuta) e dois metodologistas; quatro representantes do Comitê Gestor e um representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

As discussões realizadas durante a reunião consideraram o texto do PCDT a ser atualizado² e a estrutura de PCDT definida pela Portaria SAS/MS nº 375, de 10 de novembro de 2009³. Cada seção do PCDT publicado em 2012 foi discutida entre os Grupos Elaborador e Gestor, com o objetivo de revisar as condutas clínicas e identificar as tecnologias que poderiam ser consideradas nas recomendações para a condição indicada.

Posteriormente, cada seção foi detalhada e discutida entre os participantes, com o objetivo de identificar tecnologias que seriam consideradas nas recomendações. Após a identificação de tecnologias já disponibilizadas no SUS, novas tecnologias puderam ser identificadas. Deste modo, o grupo de especialistas foi orientado a elencar questões de pesquisa, que foram estruturadas segundo o acrônimo PICO, para qualquer tecnologia não incorporada ao SUS ou em casos de dúvida clínica. Para o caso dos medicamentos, foram considerados apenas aqueles que tivessem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e indicação do uso em bula, além de constar na tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Não houve restrição ao número de perguntas de pesquisa durante a condução desta reunião. Estabeleceu-se que recomendações diagnósticas, de tratamento ou acompanhamento que envolvessem tecnologias já incorporadas ao SUS não seriam definidas como questões de pesquisa, por se tratar de prática clínica já estabelecida, à exceção de casos de incertezas sobre o uso, casos de desuso ou possibilidade de desincorporação.

2. Equipe de elaboração e partes interessadas

A reunião de escopo contou com a presença de especialistas médicos (ortopedia, reumatologia, fisioterapia, anestesiologia, medicina de família e comunidade e neurologia), enfermeiros e fisioterapeuta; de representantes da Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Todos os participantes externos ao Ministério da Saúde assinaram um formulário de Declaração de Conflitos de Interesse e Termo de Confidencialidade.

3. Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A proposta de atualização do PCDT da Dor Crônica foi apresentada à 100ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em 21 de junho de 2022. A reunião teve a presença de representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Após os ajustes solicitados pela Conitec em sua 110ª Reunião, a proposta foi reapresentada na 103ª Reunião Ordinária da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que teve a presença de representantes da SCTIE, SAES, SAPS e SESAÍ. O PCDT foi aprovado para avaliação da Conitec e a proposta foi apresentada aos membros do Comitê de PCDT da Conitec que em sua 115ª Reunião Ordinária, os quais recomendaram favoravelmente ao texto. Após deliberação final da Conitec, o tema foi apresentado como informe à 113ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em 19/03/2024 e à 128ª Reunião Ordinária da Conitec realizada em 12/04/2024.

4. Consulta Pública

A Consulta Pública nº 74/2022, para a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, foi realizada entre os dias 03/11/2022 e 22/11/2022. Foram recebidas 44 contribuições, que podem ser verificadas em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/contribuicoes/2022/20221123_cp_conitec_074_2022_pcdt_dor_cronica.pdf.

5. Busca da evidência e recomendações

Este PCDT foi desenvolvido conforme processos preconizados pela Diretriz Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde. As perguntas de pesquisa foram estruturadas segundo o acrônimo PICO (Figura A). Durante a reunião de escopo deste PCDT, sete questões de pesquisa foram definidas (Quadro A).

P	•População ou condição clínica
I	•Intervenção, no caso de estudos experimentais •Fator de exposição, em caso de estudos observacionais •Teste índice, nos casos de estudos de acurácia diagnóstica
C	•Controle, de acordo com tratamento/níveis de exposição do fator/exames disponíveis no SUS
O	•Desfechos: sempre que possível, definidos a priori, de acordo com sua importância

Figura A - Definição da questão de pesquisa estruturada de acordo com o acrônimo PICO.

Quadro A - Questões PICO elencadas para atualização do PCDT da Dor Crônica.

PICO	Pergunta	Relatório de Recomendação da Conitec nº
1	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do diclofenaco para o tratamento da dor crônica associada a osteoartrite/musculoesquelética (comparadores ibuprofeno e placebo)?	646
2	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do diclofenaco dietilamônio (tópico) para o tratamento da dor crônica associada a osteoartrite/musculoesquelética (comparadores ibuprofeno e placebo)?	643

PIC O	Pergunta	Relatório de Recomendação da Conitec nº
3	Qual a eficácia e segurança da duloxetina em relação à fluoxetina e tricíclicos, para o controle da dor crônica (dor neuropática e fibromialgia)?	647
4	Qual a eficácia e segurança da pregabalina em relação à gabapentina, para o controle da dor crônica (dor neuropática e fibromialgia)?	648
5	Qual a eficácia e a segurança do emplastro de lidocaína, em relação à gabapentina e a pregabalina, para o controle da dor crônica (dor neuropática localizada)?	649
6	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do tramadol para o tratamento da dor crônica (comparadores codeína e placebo)?	645
7	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança da fentanila, oxicodona e buprenorfina para o tratamento da dor crônica (comparadores morfina, metadona e placebo)?	644

A equipe de metodologistas do Grupo Elaborador foi responsável pela busca e avaliação de evidências, segundo metodologia GRADE. A busca na literatura foi realizada nas bases de dados PubMed e Embase, bem como no Google Scholar e Epistemonikos. A estratégia de busca contemplou os vocabulários padronizados e não padronizados para cada base de dados para os elementos “P” e “I” da questão de pesquisa, combinados por meio de operadores booleanos apropriados.

O fluxo de seleção dos artigos foi descritivo. A seleção das evidências foi realizada por um metodologista e conferida por um ou por dois metodologistas independentes, respeitando o conceito da hierarquia das evidências. Dessa forma, na etapa de triagem dos estudos por meio da leitura do título e resumo, os estudos que potencialmente preenchessem os critérios de elegibilidade (de acordo com a pergunta de pesquisa) foram mantidos, independentemente do delineamento do estudo. Havendo ensaios clínicos randomizados, preconizou-se a utilização de revisões sistemáticas com meta-análise. Havendo mais de uma revisão sistemática com meta-análise, a mais completa, atual e com menor risco de viés foi selecionada. Se a sobreposição dos estudos nas revisões sistemáticas com meta-análise era pequena, mais de uma revisão sistemática com meta-análise foi considerada. Quando a revisão sistemática não tinha meta-análise, preferiu-se considerar os estudos originais, por serem mais completos em relação às descrições das variáveis demográfico-clínicas e desfechos de eficácia/segurança. Adicionalmente, para complementar o corpo das evidências, verificou-se a existência de ensaios clínicos randomizados adicionais, que poderiam não ter sido incluídos nas revisões sistemáticas com meta-análises selecionadas por conta de limitações na estratégia de busca da revisão ou por terem sido publicados após a data de publicação da revisão sistemática considerada. Na ausência de ensaios clínicos randomizados, foram priorizados os estudos comparativos não randomizados. A exclusão de estudos excluídos na fase 3 (leitura completa dos textos) foi relatada e referenciada. O processo de seleção dos estudos foi descrito em forma de fluxograma.

Com o corpo das evidências identificado, procedeu-se à extração dos dados quantitativos dos estudos. A extração dos dados foi feita por um metodologista e revisado por um segundo, em uma única planilha Excel®. As características dos participantes nos estudos foram definidas com base na importância para interpretação dos achados e com o auxílio do especialista relator da

questão. As características dos estudos também foram extraídas, bem como os desfechos de importância definidos na questão de pesquisa.

O risco de viés dos estudos foi avaliado de acordo com o delineamento de pesquisa e ferramenta específica. Apenas a conclusão desta avaliação foi relatada. Se o estudo apresentasse baixo risco de viés, considerou-se que não havia comprometimento do domínio avaliado pela respectiva ferramenta. Se o estudo apresentasse alto risco de viés, os domínios da ferramenta comprometidos eram explicitados. Desta forma, o risco de viés de revisões sistemáticas foi avaliado pela ferramenta *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews 2 (AMSTAR-2)*⁴, os ensaios clínicos randomizados pela ferramenta de risco de viés da Cochrane⁵, os estudos observacionais pela ferramenta *Risk Of Bias In Non-randomised Studies - of Interventions (ROBINS-I)*⁶.

Após a finalização da extração dos dados, as tabelas foram editadas de modo a auxiliar na interpretação dos achados pelos especialistas. As estratégias de busca, síntese e avaliação das evidências para cada questão PICO está descrita na respectiva questão.

6. Recomendações

Em cada pergunta PICO, a qualidade das evidências e a força da recomendação foram julgadas de acordo com os critérios GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)⁷. O conjunto de evidências foi avaliado para cada desfecho considerado neste Protocolo, sendo fornecida, ao final, a medida de certeza na evidência para cada um deles. Foram adotadas as recomendações dos Relatórios de Recomendação da Conitec referentes à avaliação de cada uma das tecnologias.

A relatoria das seções do PCDT foi distribuída entre os especialistas, responsáveis pela redação da primeira versão do texto. Essas seções poderiam ou não ter uma ou mais questões de pesquisa elencadas. Na ausência de questão de pesquisa (recomendações pautadas em prática clínica estabelecidas e apenas com tecnologias já disponíveis no SUS), os especialistas foram orientados a referenciar a recomendação com base nos estudos pivotais que consolidaram a prática clínica. Quando a seção continha uma ou mais questões de pesquisa, os relatores, após atuação dos metodologistas, interpretavam as evidências e redigiam uma primeira versão da recomendação.

Questão 1. Diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética^{8,9}

Pergunta de pesquisa: O diclofenaco de sódio/potássio é seguro, eficaz e custo-efetivo para o tratamento de pacientes com osteoartrite ou artrite reumatoide e dor crônica osteoarticular, comparado ao ibuprofeno e naproxeno?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS de diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética, conforme Relatório de Recomendação nº 646/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210722_relatorio_diclofenaco_dor_cronica_646-_2021_final.pdf/@@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): indivíduos com dor crônica (persistente ou recorrente com duração superior a três meses) osteoarticular.

Intervenção (I): diclofenaco comprimido (oral) de liberação imediata.

Comparadores (C): ibuprofeno e naproxeno comprimido (oral) de liberação imediata.

Desfechos (O):

Primários: redução da dor e descontinuação devido a eventos adversos,

Secundários: rigidez, função física, avaliação global, frequência de eventos adversos.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 646 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 2. Anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite^{10,11}

Pergunta de pesquisa: Os anti-inflamatórios não esteroides tópicos são eficazes e seguros para o tratamento de dor crônica musculoesquelética ou de osteoartrite?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS de anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite, conforme Relatório de Recomendação nº 643/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/relatorio_aine_tpico_dor_crnica_643_2021_final.pdf/@@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): indivíduos dor crônica derivada de agravos musculoesqueléticos, como osteoartrites, dor lombar, dor nas costas, doenças musculoesqueléticas ou transtornos ortopédicos.

Intervenção (I): agentes anti-inflamatórios não esteroides de administração tópica.

Comparadores (C): placebo tópico, na mesma forma farmacêutica da intervenção testada, mesmo fármaco em forma farmacêutica oral ou comparação entre diferentes AINEs tópicos.

Desfechos (O): **Eficácia:** escala WOMAC (*Western Ontario and McMaster universities arthritis index*), escala numérica de classificação da dor, breve inventário da dor, escala visual analógica, escala AUSCAN (*The Australian Canadian osteoarthritis hand index*), proporção de respondedores, avaliação global do paciente (PGA) e consumo de paracetamol de resgate; **Segurança:** incidência geral de eventos adversos, incidência de eventos adversos gastrointestinais e incidência de eventos adversos locais.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 643 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 3. Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia^{12,13}

Pergunta de pesquisa: O uso de duloxetina é mais eficaz, seguro e custo-efetivo que os antidepressivos já incorporados ao SUS (amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, clomipramina) para o tratamento de pacientes com dor neuropática e fibromialgia?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS de duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia, conforme Relatório de Recomendação nº 647/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210804_relatorio_647_duloxetina_dor_cronica_p52_compressed.pdf/@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): indivíduos com dor crônica neuropática (diabética e por lesão) e fibromialgia.

Intervenção (I): duloxetina.

Comparadores (C): antidepressivos já incorporados ao SUS (amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, clomipramina).

Desfechos (O): Primários: redução da dor por escalas validadas, qualidade de vida, frequência de eventos adversos graves e descontinuação de tratamento devido a eventos adversos; Secundários: frequência de eventos adversos

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 647 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 4. Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia^{14,15}

Pergunta de pesquisa: Pregabalina é eficaz, segura e custo-efetiva para o tratamento de pacientes adultos com dor neuropática ou fibromialgia, comparado a gabapentina?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS da pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia, conforme Relatório de Recomendação nº 648/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210804_relatorio_648_pregabalina_dor_cronica_p51.pdf/@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): pacientes com dor neuropática ou fibromialgia.

Intervenção (I): pregabalina.

Comparadores (C): gabapentina.

Desfechos (O): Primários: redução da dor por escalas validadas, qualidade de vida, frequência de eventos adversos graves e descontinuação de tratamento devido a eventos adversos; Secundário: frequência de eventos adversos.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 648 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 5. Lidocaína para dor neuropática localizada^{16,17}

Pergunta de pesquisa: O uso da lidocaína emplastro 5% é eficaz, seguro e custo-efetivo comparado à gabapentina e à pregabalina para o tratamento de pacientes com dor neuropática localizada?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS da lidocaína para dor neuropática localizada, conforme Relatório de Recomendação nº 643/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/relatorio_aine_tpico_dor_crnica_643_2021_final.pdf/@@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): pacientes com dor neuropática localizada.

Intervenção (I): lidocaína emplastro 5%.

Comparadores (C): gabapentina ou à pregabalina.

Desfechos (O): Primário: redução da dor; Secundários: qualidade de vida, eventos adversos, descontinuação do tratamento devido a eventos adversos.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 643 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 6. Tramadol para o tratamento da dor crônica^{18, 19}

Pergunta de pesquisa: Qual a eficácia e a segurança do tramadol em pacientes com dor crônica, quando comparado a codeína ou morfina em baixa dose (até 30 mg/dia)?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS do tramadol para o tratamento da dor crônica, conforme Relatório de Recomendação nº 645/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210909_relatorio_tramadol_dor_cronica_645.pdf/@@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): pacientes com dor crônica de qualquer origem.

Intervenção (I): cloridrato de tramadol (monoterapia ou associado).

Comparador (C): codeína (monoterapia ou associado), à morfina em baixa dose (até 30 mg/dia) ou ao placebo.

Desfechos (O): Primários: dor, incapacidade e qualidade de vida e incidência de eventos adversos gerais; Secundários: rigidez, redução categórica da dor, qualidade do sono e qualidade geral e incidência de eventos adversos específicos.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 645 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Questão 7. Opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica^{20,21}

Pergunta estruturada: Qual a eficácia e segurança da fentanila, oxicodona e buprenorfina para o tratamento da dor crônica?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS dos opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica, conforme Relatório de Recomendação nº 644/2022, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210722_relatorio_opioidesfortes_dorcronica_644_2021_final.pdf/@@display-file/file.

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

População (P): pacientes com dor crônica de qualquer origem.

Intervenção (I): opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina).

Comparadores (C): morfina, metadona, placebo e tapentadol.

Desfechos (O): Primários: redução da dor e incidência de eventos adversos gerais; Secundários: qualidade de vida, qualidade do sono e incidência de eventos adversos específicos.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação nº 644 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

7. Referências

1. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Diário Oficial da União. 2011
2. BRASIL. PORTARIA SAS/MS Nº 1.083, DE 02 DE OUTUBRO DE 2012. Diário Oficial da União. 2012.
3. BRASIL. PORTARIA Nº 375, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2009. Diário Oficial da União. 2009.
4. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017.
5. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. Bmj. 2011;343:d5928.
6. Sterne J A, Hernán M A, Reeves B C, Savovic J, Berkman N D, Viswanathan M et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions BMJ 2016; 355 :i4919 doi:10.1136/bmj.i4919.
7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr;336(7650):924–6.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética. 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210722_Relatorio_Diclofenaco_Dor_Cronica_646-_2021_FINAL.pdf>
9. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 45, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite. 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/Relatrio_Aine_tpico_dor_crnica_643_2021_FINAL.pdf>
11. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 48, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_647_Duloxetina_Dor_Cronica_P52_compressed.pdf>
13. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 52, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. 2021. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_648_Pregabalina_Dor_Cronica_P51.pdf>

15. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 51, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Lidocaína para dor neuropática localizada. 2021. Disponível em: <
http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_649_Lidocaina_Dor_Cronica_P50.pdf>
17. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 50, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Tramadol para o tratamento da dor crônica. 2021. Disponível em: <
http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210909_Relatorio_Tramadol_Dor_Cronica_645.pdf>
19. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 59, DE 09 DE SETEMBRO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica. 2021. Disponível em: <
http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210722_Relatorio_OpioidesFortes_DorCronica_644_2021_FINAL.pdf>
21. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 46, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.

APÊNDICE 2 - HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES DO PROTOCOLO

Número do Relatório da diretriz clínica (Conitec) ou Portaria de Publicação	Principais alterações	Tecnologias avaliadas pela Conitec	
		Incorporação ou alteração do uso no SUS	Não incorporação ou não alteração no SUS
Relatório de Recomendação nº xxx/202x	Atualização do documento e incorporação de tecnologias em saúde	Estimulador da medula espinhal para o tratamento de dor crônica [Portaria SECTICS/MS nº 82/2025; Relatório de Recomendação nº 1045]	-
Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTIC S/MS nº 1/2024; Relatório de Recomendação nº 794/2024	Atualização do documento e inclusão das orientações presentes na Diretriz Brasileira para o tratamento não cirúrgico da osteoartrite de joelho e na Diretriz Brasileira para o tratamento não cirúrgico da osteoartrite de quadril	Ampliação de uso do naproxeno para osteoartrite de quadril e de joelho [Portaria SCTIE/MS nº 53/2017]	Diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética [Portaria SCTIE/MS nº 45/2021] Opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento da dor crônica [Portaria SCTIE/MS nº 46/2021] Opioides fracos (codeína e tramadol) e morfina em baixa dose para o tratamento da dor crônica [Portaria SCTIE/MS nº 59/2021] Anti inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite [Portaria SCTIE/MS nº 48/2021] Lidocaína para dor neuropática localizada [Portaria SCTIE/MS nº 50/2021] Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia [Portaria SCTIE/MS nº 51/2021]

Número do Relatório da diretriz clínica (Conitec) ou Portaria de Publicação	Principais alterações	Tecnologias avaliadas pela Conitec	
		Incorporação ou alteração do uso no SUS	Não incorporação ou não alteração no SUS
			Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia [Portaria SCTIE/MS nº 52/2021]
Portaria SAS/MS nº 1.083/2012	Atualização do documento	-	-
Portaria SAS/MS nº 859/2002	Primeira versão do documento	-	-

Relatório preliminar