ANEXO

PORTARIA Nº XXXXX, DE 2011

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso das atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizar parâmetros sobre a dor crônica no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação e posologia;

Considerando as sugestões dadas à Consulta Pública SAS/MS Nº 7, de 12 de dezembro de 2011.

Considerando os Registros de Deliberação Nº 43/2011, Nº 52/2011 e Nº 53/2011 da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde; e

Considerando a avaliação do Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF/SCTIE e do Departamento de Atenção Especializada - DAE/SAS, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - DOR CRÔNICA.

§ 1º - O Protocolo objeto deste Artigo, que contêm o conceito geral da dor crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

§ 2º - É obrigatória a observância desse Protocolo para fins de dispensação de medicamento nele previsto.

§ 3º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento preconizado para o tratamento da dor crônica, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, conforme o modelo integrante do Protocolo.

§ 4º - Os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com dor crônica em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Fica revogada a Portaria SAS/MS Nº 859, de 04 de novembro de 2002.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - DOR CRÔNICA

1 - METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

Foram utilizadas as bases de dados Medline/Pubmed, Cochrane e livros-texto de Medicina.

Busca na base de dados Medline/Pubmed (acesso em 20/06/2011): foram utilizados os termos "Pain" [Mesh] AND "Therapeutics" [Mesh] restringindo-se para artigos em humanos utilizando-se o filtro "Meta-Analysis": 579 artigos.

Busca na base de dados Cochrane (acesso em 20/06/2011): foram utilizados os termos "chronic" [Mesh] AND "pain" [Mesh] and "therapy" [Mesh], obtendo-se 82 revisões sistemáticas.

Busca em livros-texto: o livro UpToDate, disponível no site www.uptodateonline.com, versão 19.1 foi consultado no dia 20/06/2011.

Escolha dos artigos para inclusão no PCDT: Todos os artigos relevantes foram selecionados para a elaboração do protocolo. As "cefaleias" foram excluídas da análise de busca por se tratarem de dores com fisiopatologia e tratamento específicos.

2 - INTRODUÇÃO

De acordo com a IASP (International Association for the Study of Pain), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial. (1,2) A dor pode ser aguda (duração de menos de 30 dias) ou crônica (duração de mais de 30 dias), sendo classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio neuropático ou c) mista. A dor de predomínio nociceptivo, ou simplesmente "dor nociceptiva", ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares. (3) Este tipo de dor geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou antiinflamatórios não esteroidais (AINES). Já a "dor neuropática" é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, sendo mais bem compreendida como resultado da ativação anormal da via. (1,2) Contrário à dor nociceptiva, a dor neuropática costuma responder pobremente aos analgésicos usuais (paracetamol, dipirona, AINES, opioides fracos).

O tipo de dor mais freqüente na prática clínica é o "misto". Um exemplo ilustrativo de dor mista é a radiculopatia ou dor oncológica. Em ambos casos, há não somente compressão de estruturas nervosas como nervos e raízes (gerando dor neuropática), mas também de osso, facetas, articulações e ligamentos (estruturas músculo-esqueléticas), gerando dor nociceptiva.

No presente Protocolo será abordado o tratamento destes tipos de dor crônica ("nociceptiva", "neuropática" e "mista"). Desta forma, duas abordagens de indicação de tratamento serão propostas: "Degraus da Dor Nociceptiva e Mista" e "Dor Neuropática". Adicionalmente será abordado superficialmente o tratamento de outras duas causas de dor de alta prevalência e impacto no sistema de saúde: a dor miofascial e a dor fibromiálgica, ambas de fisiopatologia ainda pouco conhecida.

Inexistem dados disponíveis no Brasil sobre a prevalência de dor crônica. No entanto, dados norte-americanos mostram que 31% da população têm dor crônica, acarretando incapacidade total ou parcial em 75% dos mesmos.(4)

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

- R 52.1 Dor crônica intratável
- R 52.2 Outra dor crônica

4 - DIAGNÓSTICO

4.1 - ESCALAS DE DOR

4.1.1. - INTENSIDADE: Apesar do grande avanço tecnológico no estudo da dor, a escala visual analógica (EVA) ainda é o melhor parâmetro de avaliação de sua intensidade. Esta escala vai de zero (ausência de dor) até dez (pior dor imaginável). Ao paciente solicita-se que assinale a intensidade de seus sintomas em uma escala de 0 a 10.

4.1.2. - TIPO: A escala de dor do LANSS (Leeds Assessment of neuropathic Symptoms and Signs - em anexo) é um instrumento capaz de distinguir com boa confiabilidade uma dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto, (5) já existindo validação para o português do Brasil.(6) A escala vai de 0 a 24 pontos e consta de duas seções: uma que explora os aspectos qualitativos da dor e outra os aspectos sensitivos. Escores inferiores a 8 indicam dor tipo nociceptiva, enquanto escores superiores a 16 sugerem dor neuropática. Escores entre 8 e 16 sugerem dor mista.

4.2 - DIAGNÓSTICO DAS DORES TIPO NOCICEPTIVA, NEUROPÁTICA E MISTA.

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

Dor neuropática: é aquele tipo em que existe lesão ou disfunção de estruturas do sistema nervoso, seja periférico ou central. Para tal tipo de dor é fundamental a presença de descritores verbais característicos (queimação, agulhadas, dormências), uma distribuição anatômica plausível e uma condição de base predisponente, i.e., diabetes, quimioterapia.(7) Nestes casos a escala de LANSS revela escores superiores a 16 pontos.

Dor Mista: Trata-se de uma dor de escore LANSS entre 8 e 16 pontos, indicando lesão simultânea de nervos e tecidos adjacentes simultaneamente, tais como a dor devida ao câncer ("oncológica"), dor ciática ou da síndrome do túnel do carpo, entre outras.

4.3 - DIAGNÓSTICO DE OUTROS TIPOS DE DOR: DOR MIOFASCIAL E FIBROMIÁLGICA

Dada a grande prevalência e dificuldade de classificação nos tipos de dor nociceptiva ou neuropática, as dores miofasciais e da fibromialgia serão apresentadas separadamente.

Dor miofascial: a síndrome da dor miofascial é uma condição caracterizada pela presença de pontos-gatilho com uma prevalência de cerca de 30% em pacientes ambulatoriais.(8) Acredita-se ser causada pela atividade dos pontos-gatilho distribuídos ao longo de músculos vulneráveis.(9) O diagnóstico da síndrome miofascial é feito na presença de pelo menos um dos seguintes critérios.(9): a) Sensibilidade aumentada sobre um ponto de espessamento muscular; b) Resposta muscular local (twitch) à manipulação do ponto-gatilho; c) Dor referida; d) Reprodução da dor usual; e) Restrição de amplitude de movimento; f) Fraqueza sem atrofia ou g) Sintomas autonômicos associados.

Fibromialgia10: é uma condição prevalente (8% na população geral) marcada por dor crônica disseminada e sintomas múltiplos, tais como fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos. O diagnóstico de fibromialgia deve ser considerado quando houver presença de 11 dos 18 locais esperados de pontos dolorosos musculares e outras condições clínicas forem excluídas, tais como doenças reumatológicas e distúrbios primários do sono. Transtornos comuns que acompanham os pacientes fibromiálgicos são frequentes, tais como síndrome da fadiga crônica, síndrome do cólon irritável ou bexiga irritável, cistite intersticial e disfunção da articulação temporomandibular. Em função da maior ocorrência desta doença nas mulheres acredita-se haver mecanismos hormonais envolvidos.

5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento todos os pacientes que preencherem os critérios diagnósticos do item 4. Caso haja necessidade do uso de opioide, deve constar laudo médico comprovandoa refratariedade a outros fármacos.

6 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação serão os critérios de exclusão ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

7 -TRATAMENTO

7.1- ADJUVANTE

TRANSTORNOS DO HUMOR: Os pacientes com dor crônica frequentemente sofrem de depressão e ansiedade e ambas condições devem ser tratadas.(11,12)

CONTRATURAS MUSCULARES: Os fármacos relaxantes musculares podem ser utilizados apenas por curto período nos casos de dor crônica agudizada.(13) O uso crônico destes medicamentos é, portanto, não indicado. O diazepam, por exemplo, foi igualmente eficaz à acupuntura no tratamento da dor aguda dos pacientes com osteoartrose. (14) Em relevante meta-análise, foram reunidos 30 ensaios clínicos randomizados, dos quais 23 apresentavam excelente qualidade, incluindo relaxantes musculares benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos no tratamento da lombalgia aguda.(13) Ao final, os autores concluíram que todos os tipos de relaxantes musculares foram superiores ao placebo no alívio agudo da lombalgia, apresentando um risco relativo de 0,80 [IC 95%; 0,71-0,89] para alívio da dor e 0,49 [IC 95%; 0,25-0,95] para eficácia global. No entanto, os efeitos adversos foram relativamente freqüentes, especialmente sonolência (RR= 2,04; IC 95%; 1,23-3,37), inviabilizando seu uso por longo prazo.

7.2 - NÃO MEDICAMENTOSO

A maioria dos pacientes com dor nociceptiva e fibromialgia beneficia-se da prática regular de exercícios físicos, conforme ensaios clínicos bem conduzidos. (15-17) Uma recente meta-análise concluiu que a terapia cognitiva comportamental (TCC), massagem, reabilitação interdisciplinar e calor local são alternativas eficazes no tratamento de dores musculares ou nociceptivas. (18) Com relação à dor neuropática, existe evidência sugerindo benefício da atividade física nos pacientes pré-diabéticos. (19)

- Dor miofascial: apesar de haver ensaios clínicos preconizando o uso de AINES e relaxantes musculares, (20,21) a prática de acupuntura e agulhamento à seco sobre os pontos-gatilho é eficaz nesta condição,(22,23) além da atividade física regular, já comentada no parágrafo anterior. Outras condições que, conforme meta-análises, se beneficiam com a prática da acupuntura são a osteoartrite (24) e dor muscular crônica. (25) Nesta última condição, portanto, os analgésicos comuns e os AINES são indicados somente nos casos de dor crônica agudizada, não como tratamento de manutenção.

Assim, atividade física regular ou TCC ou terapia com calor local e fisioterapia podem ser utilizadas em pacientes com todos os tipos de dor (nociceptiva, neuropática ou mista) conforme capacidade física, e sob supervisão de profissional habilitado.

7.3 - MEDICAMENTOSO

- Dor tipo nociceptiva e mista: o tratamento de ambas condições deve respeitar a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de escalonamento (degraus da escada analgésica), que inclui analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (fracos e fortes). Dentro de uma mesma classe inexiste superioridade de nenhum fármaco sobre o outro. (18) Em algumas situações de dor oncológica, caso exista lesão concomitante de estruturas do sistema nervoso, p. ex., o plexo braquial, e escores elevados na escala de LANSS (dor tipo mista ou neuropática), medicamentos para dor neuropática podem ser utilizados.

Escada Analgésica da OMS: Degraus do Tratamento da Dor Nociceptiva e Mista. (26)

DEGRAU 1: Analgésicos e Antiinflamatórios mais Fármacos Adjuvantes*
DEGRAU 2: Analgésicos e Antiinflamatórios mais Fármacos Adjuvantes* mais Opioides fracos
DEGRAU 3: Analgésicos e Antiinflamatórios mais Fármacos Adjuvantes* mais Opioides fortes

OBSERVAÇÃO: O tratamento será considerado ineficaz, ou seja, haverá passagem para o degrau seguinte caso o tratamento analgésico não atenuar os sintomas de forma esperada após 1 semana com a associação utilizada na dose máxima preconizada.

*Fármacos destinados ao tratamento das comorbidades (transtornos do humor ou contraturas musculares).

- Dor neuropática: a base do tratamento da dor neuropática envolve o uso de medicamentos antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos na maioria dos casos, (27) sendo os opioides reservados somente nos casos refratários.

- Fibromialgia: Inexiste tratamento medicamentoso significativamente eficaz para a fibromialgia, apenas atividade física regular. (15) No entanto, alguns pacientes se beneficiam do uso de tratamento das comorbidades, tais como ansiedade e depressão. (28) A pregabalina foi apontada como alternativa medicamentosa para estes pacientes. (29) No entanto, o estudo mais importante que avaliou o papel deste medicamento na doença (287 pacientes no grupo placebo e 279 no grupo pregabalina) teve apenas 6 meses de seguimento, com 17% de abandono por ocorrência de efeitos colaterais, tais como sonolência e problemas cognitivos decorrentes do uso do medicamento.(30) Neste sentido, um recente estudo observou elevada ocorrência de disfunção cognitiva nas doses usualmente prescritas nos pacientes com fibromialgia, (28) não permitindo recomendar seu uso sistemático. Deste modo, o presente Protocolo não recomenda o uso de tratamento medicamento específico dos pacientes com Fibromialgia.

7.3.1 - ANALGÉSICOS:

DIPIRONA: Analgésico eficaz no tratamento de dores miofasciais e viscerais agudas, tais como a dor pós-operatória, cólica renal e dor de cabeça, conforme meta-análises. (31-33) Importante salientar que em nenhum dos estudos envolvidos nestas meta-análises houve relato de agranulocitose, motivo de proibição de uso em alguns países. Dois estudos avaliaram o papel da dipirona no controle da dor oncológica. No primeiro deles, Rodríguez e colaboradores(34) compararam a dipirona em doses distintas (1 e 2 g) a cada 8 h versus morfina 10 mg de 4/4 h em um ensaio clínico randomizado e duplocego. Um total de 121 pacientes foram alocados para 7 dias de tratamento. Ao final do estudo não houve diferença de eficácia entre os 3 grupos, embora com melhor tolerabilidade no grupo da dipirona 1 g 3x/dia. Mais recentemente, um estudo brasileiro,(35) por meio de delineamento cruzado, comparou dois grupos de pacientes com dor oncológica: morfina 10 mg de 4/4hs mais dipirona 500 mg de 6/6 hs versus morfina 10 mg de 4/4hs mais placebo. Após 48 hs, os autores concluíram haver benefício do uso da dipirona como adjuvante da morfina.

PARACETAMOL: Trata-se de um fármaco que pode ser utilizado na maior parte das síndromes dolorosas. Várias meta-análises têm sido produzidas nos últimos anos, ressaltando o papel do paracetamol no alívio da dor na osteoartrite. (36) O paracetamol é eficaz nas dores pós-operatórias, (37) especialmente quando associado com AINES.(38) No entanto, há evidência insuficiente sobre seu papel na dor lombar crônica e inespecífica. (39) Não existem evidências de que o paracetamol seja eficaz no controle da dor neuropática.

7.3.2 - ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS (AINES): Todos os AINES são igualmente eficazes no alívio da dor lombar crônica,40 sendo em geral superiores ao paracetamol no tratamento da osteoartrose.(41) Conforme meta-análise envolvendo 42 ensaios clínicos e 3084 pacientes, (42), a dor oncológica também é eficazmente tratada com AINES.

IBUPROFENO: Nas dores nociceptivas crônicas em geral, o ibuprofeno é tão ou mais eficaz do que o paracetamol (43) e com o mesmo perfil de efeitos adversos. Evidências científicas de excelente qualidade sugerem grande eficácia do ibuprofeno de 200 a 400 mg/dia no controle da dor pós-operatória. (44)

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS): Uma meta-análise envolvendo 1.545 pacientes concluiu não haver diferença de eficácia analgésica entre o AAS e três diferentes AINES nos pacientes com dor oncológica. (45) Neste mesmo documento, foi observada a equivalência entre o AAS e os opioides fracos em alguns dos estudos selecionados.

7.3.3 - ANTIDEPRESSIVOS: Na lombalgia crônica, duas revisões sistemáticas (46,47) concluíram superioridade dos antidepressivos sobre o placebo no alívio da dor. Efeitos sobre desfechos funcionais foram inconsistentes e não indicaram claros benefícios. Reunindo os dados de todos os antidepressivos, uma revisão sistemática de 9 estudos calculou uma diferença padrão média de 0,41 (IC 95%, 0,22 a 0,61) para alívio da dor.46 Entretanto, efeitos sobre a dor não foram consistentes entre todos os antidepressivos. Na meta-análise elaborada por Urquhart e cols48 reunindo 10 ensaios clínicos, concluiu-se não haver vantagens do uso de antidepressivos sobre o placebo no tratamento da dor lombar inespecífica. Na dor neuropática, Saarto e Wiffen (49) reuniram 61 ensaios clínicos (3293 pacientes) envolvendo 20 antidepressivos diferentes. Os autores calcularam um NNT de 3,6 (IC 95% 3-4,5) para os antidepressivos tricíclicos no alívio moderado da dor neuropática, com um NNH (number needed to harm, i.e., número necessário para dano associado ao uso do fármaco) de apenas 28 (IC 95% 3,5-13). Apesar de não haver clara eficácia dos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina sobre a dor neuropática, ensaios clínicos bem conduzidos demonstram que estes fármacos são úteis no tratamento da dor de

características neuropáticas, especialmente a fluoxetina. (50-52) A duloxetina, apesar de eficaz, (53) não foi comparada com os outros antidepressivos da mesma classe (inibidores da recaptação da serotonina, tais como a fluoxetina). Desta forma, o uso deste medicamento não é recomendado pelo presente Protocolo.

AMITRIPTILINA: Para avaliar o papel da amitriptilina no tratamento da dor por esforço repetitivo de braço (dor nociceptiva) foram alocados 118 pacientes para receber ou amitriptilina 25 mg ou placebo.(54) Ao cabo de 1 mês não houve diferença nos valores da escala visual analógica de dor nos dois grupos. Na dor neuropática o papel da amitriptilina é mais claro, havendo 2 ensaios clínicos randomizados comparados com gabapentina (55) e pregabalina.(56) Em ambos os estudos a amitriptilina foi superior ao placebo e comparável aos demais medicamentos no alívio da dor.

NORTRIPTILINA: Trinta e três pacientes com neuralgia pós-herpética foram randomizados para receberem amitriptilina ou nortriptilina. (57) Ao final do estudo não houve diferenças significativas entre os dois grupos com respeito a valores na escala visual analógica de dor, preferência do fármaco ou incapacidade laboral. No entanto, os efeitos adversos foram mais freqüentes no grupo tratado com amitriptilina, não o suficiente para abandono do tratamento. A nortriptilina também foi avaliada contra placebo na dor neuropática central, condição em que foi significativamente superior no alívio dos sintomas.(58) Setenta e oito pacientes com dor lombar foram selecionados para receber nortriptilina ou placebo por 8 semanas.(59) Apesar de não haver diferenças significativas nos escores de qualidade de vida e depressão, a intensidade da dor foi menor no grupo da nortriptilina (redução de 22% versus 9%). No entanto, houve abandono de 21 pacientes no grupo da nortriptilina em função dos efeitos adversos anticolinérgicos, tais como boca seca, retenção urinária entre outros. Por fim, Raja e colaboradores (60) compararam a eficácia dos antidepressivos tricíclicos (nortriptilina ou desipramina) versus opioides (morfina ou metadona) nos pacientes com neuralgia pós-herpética em ensaio randomizado, duplo-cego cruzado. Após 8 semanas de tratamento envolvendo 55 pacientes, ambas as classes de medicamentos foram superiores ao placebo e similares entre si na redução da escala visual analógica para dor. Da mesma forma, os efeitos sobre a cognição foram semelhantes, ocorrendo de forma leve. Consequentemente, a nortriptilina e a amitriptilina podem ser utilizadas intercambiavelmente.

CLOMIPRAMINA: Um estudo sueco comparou o uso da clomipramina vs. maprotilina no controle da dor idiopática em 70 pacientes por 6 semanas em delineamento duplo-cego. (61) Ao final do estudo houve melhora significativa dos escores dor, tristeza, sono, ideias suicidas, inibição emocional e irritabilidade favorecendo o grupo da clomipramina, assim como na melhora global (63% vs. 36%). No entanto, 8 pacientes abandonaram o tratamento no grupo da clomipramina por efeitos anticolinérgicos (boca seca e sudorese). A clomipramina também foi eficaz no tratamento da dor ciática (dor tipo mista) ao ser comparada com placebo em 68 pacientes, embora contando com abandono de 25% dos pacientes atribuído aos efeitos adversos do medicamento. (62) Em função do perfil de efeitos adversos, recomenda-se o uso preferencial de nortriptilina e amitriptilina nos casos de dor neuropática.

FLUOXETINA: A fluoxetina (20 mg/dia) foi testada contra a amitriptilina (50-75 mg/dia) em 40 pacientes não deprimidos e com dor lombar crônica por meio de delineamento duplo-cego.(51) Após 6 semanas, 82% dos pacientes obtiveram alívio bom a moderado da dor no grupo da amitriptilina em comparação com 77% no grupo da fluoxetina (p>0,5). Um ensaio clínico50 comparou a fluoxetina com a desipramina e amitriptilina nos pacientes com neuropatia diabética. Ao final do estudo, houve alívio significativo da dor em 48% dos pacientes do grupo fluoxetina, 74% do grupo amitriptilina e 61% do grupo desipramina. Por fim, um ensaio clínico duplo cego52 comparou o papel da fluoxetina, desipramina e amitriptilina no tratamento da dor neuropática relacionada à infecção por herpes zoster. Quarenta e sete pacientes foram randomizados para receberem um dos três tratamentos, nas seguintes doses máximas: 150 mg/dia de desipramina, 150 mg/dia de amitriptilina e 60 mg/dia de fluoxetina. Após 6 semanas, 81% dos pacientes completaram o estudo. Não houve diferença significativa entre a ação analgésica dos três medicamentos, havendo uma redução de pelo menos 50% da intensidade da dor em aproximadamente 40% dos pacientes. Neste estudo, não se observou diferença entre os grupos quanto à freqüência de efeitos adversos, apesar de haver outro estudo que revelou mais efeitos adversos com uso da amitriptilina em comparação com a fluoxetina. (63) Contudo, não havendo superioridade de eficácia com relação aos outros antidepressivos, a fluoxetina não está indicada neste Protocolo para o tratamento da dor crônica.

7.3.4 - ANTIEPILÉPTICOS: Uma meta-análise abrangente foi realizada para avaliar o papel dos medicamentos anticonvulsivantes no controle da dor neuropática aguda e crônica. (64) Vinte e três trabalhos foram elegíveis, totalizando 1074 pacientes. O único estudo contra placebo na dor aguda não encontrou nenhum efeito para o ácido valproico. Três estudos da carbamazepina controlados contra placebo na neuropatia trigeminal apresentaram um NNT combinado de 2,5 (IC 95%; 2-3,4). Um estudo controlado contra placebo da gabapentina na neuropatia pós-herpética apresentou um NNT de 3,2 (IC 95%; 2,4-5,0). Na neuropatia diabética os NNTs foram os seguintes: 2,3 para carbamazepina (IC 1,6-3,8), 3,8 para gabapentina (IC 2,4-8,7) e 2,1 para fenitoína (IC de 1,5-3,6). Não houve diferença significativa entre carbamazepina e gabapentina no controle da dor neuropática crônica. Para efeitos adversos relevantes, o NNH não foi significativo para nenhuma dos fármacos quando comparados com placebo, indicando bom perfil de efeitos adversos (sonolência principalmente) de todos os medicamentos avaliados.

ÁCIDO VALPROICO: Quarenta e três pacientes diabéticos foram avaliados em um estudo duplo-cego, randomizado contra placebo para controle da dor neuropática. (65) Ao final de 3 meses houve melhora significativa dos escores da escala visual analógica de dor no grupo tratado com ácido valproico. O medicamento foi bem tolerado, não havendo aumentos significativos das enzimas hepáticas.

FENITOÍNA: Tanto o uso da fenitoína via oral, (64) quanto intravenosa66 é eficaz no controle da dor neuropática. Tais achados são corroborados por meta-análise envolvendo diversos anticonvulsivantes em que foi calculado um NNT de 2,6 e um NNH de 3,4.67

CARBAMAZEPINA: Doze ensaios clínicos (404 pacientes) foram incluídos na meta-análise de Wiffen e cols (64) que concluiu haver eficácia da carbamazepina com um NNH de 3,7 (IC 95% de 2,4-7,8) para efeitos adversos menores, tais como sonolência e discreto aumento de enzimas hepáticas.

GABAPENTINA: A gabapentina é comprovadamente eficaz no tratamento da dor neuropática, conforme vários ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos. (68-71) Uma meta-análise comparando a gabapentina, pregabalina e duloxetina confirmou a eficácia na dor neuropática da primeira embora não tenha havido diferenças entre estes medicamentos em termos de eficácia ou efeitos adversos.72 Wiffen e cols64 também não encontraram diferenças significativas entre gabapentina e carbamazepina. Morello e cols (55) compararam a gabapentina com amitriptilina em 25 pacientes com dor neuropática em ensaio duplo-cego e cruzado. Ao final de 6 semanas este trabalho não revelou diferença estatisticamente significativa de eficácia no controle deste sintoma entre os grupos, que utilizaram doses médias de 1.565 mg/dia de gabapentina e 59 mg/dia de amitriptilina. Com relação à ocorrência de efeitos adversos, da mesma forma, não houve diferença significativa entre os grupos, com exceção de um maior percentual de pacientes com ganho de peso no grupo da amitriptilina. Mais recentemente,(73) em ensaio clínico duplo-cego, randomizado, cruzado observaram um maior efeito analgésico da gabapentina quando associada à nortriptilina e morfina em comparação com gabapentina isolada. De maneira geral os efeitos adversos da gabapentina são freqüentes (66%), mas toleráveis. (74) Desta forma, em função da sua eficácia consolidada no controle da dor neuropática, a gabapentina deve ser utilizada sempre que houver intolerância ou refratariedade da dor ao uso dos antidepressivos tricíclicos e dos demais anticonvulsivantes preconizados neste Protocolo.

PREGABALINA: A pregabalina nas doses de 300 mg, 450 mg e 600 mg é eficaz nos pacientes com neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética dolorosa, dor neuropática central e fibromialgia (19 estudos e 7.003 participantes), conforme recente meta-análise.(75) Na dose diária de 600 mg a sonolência ocorre em 15% a 25% dos pacientes e tontura em até 46%. Em função disto, houve abandono de 28% dos usuários. Não existe evidência do uso da pregabalina nas dores agudas. Inexistem estudos que indiquem superioridade da pregabalina sobre outros medicamentos no tratamento da dor neuropática. Desta forma, em função do perfil de efeitos adversos e experiência acumulada com outros antiepilépticos, não se recomenda o uso sistemático da pregabalina no tratamento da dor neuropática.

TOPIRAMATO: Apesar da redução significativa da escala visual analógica de dor quando comparada com placebo no tratamento da dor radicular em 42 pacientes,(76) houve ocorrência importante de efeitos adversos (especialmente fraqueza excessiva e lentificação motora), com conseqüente elevada taxa de abandono, dificultando o cegamento e as conclusões do estudo. Sendo assim, o uso do topiramato não é recomendado na prática clínica diária para o controle da dor.

7.3.5 - OPIOIDES: Os opioides são fármacos analgésicos potentes e de boa eficácia no tratamento prolongado de pacientes com dor oncológica/mista ou neuropática, sendo superiores aos antidepressivos tricíclicos e aos AINES nestes casos. (77) O uso de opioides por tempo prolongado não é recomendado naqueles pacientes com dor nociceptiva (osteoartrose, artrite reumatoide, lombalgia entre outros), pois além dos efeitos adversos limitantes, tais com retenção urinária, constipação e sonolência,(77) não existem evidências convincentes de seus benefícios nesta população. (78,79) Nas dores nociceptivas, o uso de opioides deve ser reservado apenas nos casos de agudização e por tempo curto de uso, (77) refratários aos demais medicamentos previstos nos degraus da Dor da OMS (2011).80 No entanto, o uso crônico de opioides nos pacientes com osteoartrose e dor no joelho é não recomendado, conforme recente meta-análise abordando a questão.(81) De todos os opioides existentes, a melhor evidência de eficácia na dor é da morfina, tanto nas dores oncológicas82 quanto nas neuropáticas.(83)

FRACOS

CODEÍNA: Rodriguez e cols (84) conduziram ensaio clínico randomizado, duplo-cego comparando três opioides distintos no tratamento da dor oncológica e nociceptiva tendo como principais desfechos o alívio da dor, aferido por escala visual analógica, e efeitos adversos. Foram alocados 177 pacientes (59 no grupo da codeína, 62 hidrocodona e 56 tramadol). Ao final do estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os 3 grupos em termos de eficácia. No entanto, o grupo do tramadol apresentou maior incidência de efeitos adversos em comparação com os demais opioides (vômitos, tontura, perda de apetite e fraqueza). Com o objetivo de avaliar a eficácia do paracetamol versus paracetamol mais codeína, de Craen e cols (85) efetuaram uma meta-análise com 24 ensaios clínicos, englobando vários tipos de dores nociceptivas. As doses de paracetamol utilizadas variaram de 400 a 1.000 mg, enquanto que a média da dose da codeína foi de 60 mg. A maioria dos estudos foi de boa qualidade, envolvendo grande variedade de dores tipo nociceptiva. De forma esperada, a combinação paracetamol mais codeína apresentou maior eficácia e apesar da maior taxa de efeitos adversos em comparação com o grupo do paracetamol isolado.

TRAMADOL: é um opioide fraco de eficácia comparável à codeína para a dor nociceptiva e oncológica, conforme demonstrado em ensaio clínico randomizado. (84) Para o tratamento da dor neuropática, uma recente meta-análise envolvendo apenas 6 estudos (269 pacientes) concluiu haver eficácia significativa quando comparado ao placebo86na dose que variou de 100 a 400 mg. O NNT e o NNH calculados para alívio de 50% da dor foram, respectivamente, 3,8 (IC 95% de 2,8 a 6,3) e 8,3 (IC 95% de 5,6 a 17). Na dor oncológica de predomínio neuropático, um ensaio clínico confirmou a eficácia do fármaco ao compará-lo com placebo na dose de 1 mg/Kg de 6/6 horas em 36 pacientes.(87) Inexistem estudos comparativos do tramadol mostrando superioridade em relação a outros medicamentos sabidamente eficazes, tais como a amitriptilina, carbamazepina, morfina, entre outros, não podendo ser feita nenhum afirmação sobre inferioridade ou superioridade deste medicamento sobre os demais fármacos utilizados no controle da dor. Além disso, o uso do tramadol vem sendo associado ao risco aumentado de suicídio,88 tendo inclusive recebido alerta do Food and Drug Administration sobre a questão. Assim, na falta de evidência de superioridade em relação a outros opioides tradicionais, não se preconiza o seu uso neste Protocolo.

FORTES

MORFINA: trata-se de um opioide forte de eficácia reconhecida no tratamento das dores oncológicas, (82) neuropáticas (83) e nociceptivas agudas ou crônicas agudizadas. (77) A segurança e a experiência do uso da morfina ao longo de décadas, a tornam como o fármaco mais representativo da classe dos opioides.

OXICODONA: apesar de eficaz, (89) não foi comparada com os opioides tradicionais, sabidamente eficazes como tratamento adjuvante da dor neuropática. Sendo assim, seu uso não é recomendado neste Protocolo, pois não há comprovação que seja melhor do que as opções existentes.

METADONA: Nicholson90 reuniu oito ensaios clínicos controlados e randomizados da metadona na dor oncológica, tanto comparado com placebo quanto com morfina, totalizando 326 pacientes. Os autores concluíram que a metadona apresenta eficácia e efeitos adversos comparáveis aos da morfina. Neste mesmo artigo, os autores ressaltam a ausência de evidência que favoreça o uso da metadona nos casos de dor neuropática associada à neoplasia. Outros ensaios clínicos corroboram a equivalência de eficácia entre morfina e metadona, seja pela via oral, (91) seja pela via intravenosa. (92) No entanto, um ensaio clínico bem conduzido comparando a metadona com a morfina por 4 semanas em pacientes com dor oncológica, verificou superioridade da morfina em termos de segurança. (93) Já Morley e cols (94) avaliaram o papel da metadona no alívio da dor neuropática. Para tal, foram selecionados 18 pacientes com dor neuropática de várias etiologias separados em grupo teste e placebo. Foram oferecidas doses de 10 mg 2x/dia por apenas 1 dia de tratamento (dor crônica com agudização). Em função da escassa evidência do papel da metadona no tratamento da dor neuropática e de sua inferioridade com relação à morfina, o uso sistemático da metadona não é recomendado neste Protocolo.

FENTANILA: Nos últimos anos, vários estudos têm comparado a eficácia analgésica de fentanila versus morfina em diversas condições clínicas e formas de administração.95-98 No entanto, nenhum destes trabalhos evidenciou superioridade deste medicamento sobre a morfina em termos de eficácia. Desta forma, o uso da fentanila não está preconizado neste Protocolo.

7.4 FÁRMACOS

Dipirona: comprimido de 500 mg; solução oral de 500mg/ml.

Paracetamol: comprimido de 500 mg; solução oral de 200 mg/ ml.

Ibuprofeno: comprimido de 200 e 300 mg; solução oral de 50 mg/ml.

Amitriptilina: comprimido 25 mg.

Nortriptilina: cápsulas de 10, 25, 50 e 75 mg.

Clomipramina: comprimido de 10 e 25 mg.

Fenitoína: comprimido de 100 mg; suspensão oral 20 mg/ml.

Carbamazepina: comprimido de 200 mg; suspensão oral 20 mg/ml.

Gabapentina: cápsula de 300 e 400 mg.

Ácido valproico: cápsula ou comprimido 250 mg; comprimido 500 mg; solução oral ou xarope 50 mg/ml.

Codeína: sol oral 3 mg/ml 120 ml; ampola de 30 mg/ml 2ml; comprimido de 30 e 60 mg.

Morfina: ampola de 10 mg/ml 1 ml; solução oral de 10 mg/ml 60 ml; comprimido de 10 e 30 mg; cápsula de liberação controlada de 30, 60 e 100 mg.

Metadona: comprimido de 5 e 10 mg; ampola de 10 mg/ml 1 ml.

7.5 - ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

DIPIRONA:

- Adultos: 500 mg a cada 6h até 1.000 mg a cada 8 horas
- Crianças e adolescentes: 10 - 25 mg/kg a cada 6 horas

PARACETAMOL:

- Adolescentes (maiores de 12 anos) e adultos: 500 a 1.000 mg a cada 6 horas (dose máxima de 4.000 mg/dia)
- Crianças (menores de 12 anos): 10 a 15 mg/kg a cada 4-6 horas (dose máxima de 2.600 mg/dia)

IBUPROFENO:

- Adultos: 200 a 400 mg a cada 4-6 horas (dose máxima de 2.400 mg/dia)
- Crianças e adolescentes: 5 a 10 mg/kg/dia (dose máxima de 40 mg/kg/dia)

CODEÍNA:

- Idosos: pode-se iniciar com doses de 15 mg de 4/4 horas (dose máxima de 3.600 mg/dia)
- Adultos: 30-60 mg de 4/4 horas (dose máxima de 3.600 mg/dia)
- Crianças e adolescentes: 0,5-1 mg/Kg/dose a cada 4-6 horas (dose máxima de 60 mg/dia)

MORFINA: Inexiste "dose limite" diária para o uso de morfina. A dose máxima é limitada pela ocorrência de efeitos adversos de difícil controle. As doses recomendadas são as seguintes:

Morfina de ação curta - comprimidos, solução oral e gotas:

- Adultos: inicia-se com 10 mg de 4/4 horas
- Crianças e adolescentes: 0,1 a 0,4 mg/Kg/dose a cada 4 horas
- Idosos: pode-se iniciar com 5 mg 4/4 horas

Morfina de ação curta - ampolas:

- Adultos: deve-se fazer a conversão de dose oral para parenteral considerando-se a proporção 1:3 (venosa-oral) para a conversão.
- Crianças e adolescentes: 0,1 mg/Kg a cada 2-4 horas; 0,03 mg/Kg/hora

Morfina de ação lenta - prolongada - cápsulas:

Deve-se estabelecer a dose analgésica com morfina de ação curta e após introduzir a morfina de liberação prolongada. Dose inicial de 30-100mg a cada 8-12 horas.

METADONA:

- Adultos: 2,5 mg-10mg de 6/6 ou 12/12 horas (dose máxima diária de 40 mg)
- Crianças e adolescentes: a metadona começa a ser utilizada na pré-adolescência, na posologia preconizada para adultos

AMITRIPTILINA:

- Adultos: 25 a 100 mg/dia
- Crianças e adolescentes: 0,1 mg - 2 mg/kg/dia

NORTRIPTILINA

- Idosos: 10-50 mg/dia
- Adultos: 10-25 mg a 150 mg/dia (dose máxima diária de 150 mg)
- Adolescentes (acima de 12 anos): 30 mg - 50 mg/dia (dose máxima diária de 50 mg)
- Crianças de 6 a 12 anos: 1 mg - 3 mg/kg/dia

CLOMIPRAMINA:

- Idosos: 10 a 75 mg/dia (dose máxima diária de 75 mg)
- Adultos: 25 a 250 mg/dia (dose máxima diária de 250 mg)
- Crianças acima de 10 anos e adolescentes: 25 mg/dia (dose máxima 200 mg/dia ou 3 mg/kg/dia); a segurança em crianças abaixo de 10 anos não está bem estabelecida.

FENITOÍNA:

- Adultos e adolescentes acima de 12 anos: 100 a 600 mg/dia (dose máxima diária de 600 mg)
- Crianças abaixo de 12 anos: 5-20 mg/kg/dia (dose máxima diária de 300 mg)

CARBAMAZEPINA:

- Adultos e adolescentes acima de 12 anos: 400 a 1.200 mg/dia (dose máxima diária de 2.000 mg)
- Crianças até 12 anos: 5-20 mg/kg/dia (dose máxima diária de 35 mg/kg/dia)
- Crianças de 6 a 12 anos: 10 mg/kg/dia (dose máxima diária de 1.000 mg/dia)

GABAPENTINA:

- Adultos e adolescentes acima de 12 anos: 300 mg a 1.800 mg/dia
- Crianças de 3 a 12 anos: 10-50 mg/kg/dia

ÁCIDO VALPROICO:

- Adultos e adolescentes acima de 12 anos: 250 a 750 mg/dia (dose máxima: 60 mg/kg/dia).
- Crianças abaixo de 12 anos: 10 a 60 mg/kg/dia (dose máxima: 60 mg/kg/dia).

7.6 - 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 a interrupção do tratamento. Em alguns casos de doença benigna, existe a possibilidade de suspensão total ou temporária do opioide após analgesia satisfatória, ou mesmo a cura da doença de base.

7.7 - BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO

- Alívio da dor: será considerado tratamento bem sucedido aquele que reduzir pelo menos 50% do escore da escala visual analógica de dor.
- Melhora da qualidade de vida.

8 - Monitorização

Serão necessárias medidas anuais de hemograma e enzimas hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP) naqueles pacientes em uso de carbamazepina e ácido valproico. Caso haja alteração significativa nestes parâmetros, suspender o medicamento.

As escalas visual analógica de dor e LANSS devem ser aplicadas na troca do medicamento.

9 - REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes 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. Doentes de dor crônica devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos, para seu adequado diagnóstico e planejamento terapêutico e acompanhamento.

A dispensação de opioide poderá ocorrer na própria farmácia das Secretarias Estaduais de Saúde ou, a critério do gestor estadual, em unidades dispensadoras. Para fins do presente Protocolo e da Resolução da ANVISA - RDC Nº 202, de 18 de julho de 2002, são consideradas unidades dispensadoras, os hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, ou como Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, todos devidamente cadastrados como tal pela Secretaria de Assistência à Saúde em conformidade com as respectivas normas de credenciamento e habilitação do Ministério da Saúde, e ainda as Comissões de Assistência Farmacêutica das Secretarias Estaduais de Saúde.

A dispensação de opioide se fará mediante Receita de Controle Especial em 2 (duas) vias, (ANEXO XVII da Portaria SVS/MS Nº 344, de 12 de maio de 1998), ficando a "1ª via - retida na Unidade Dispensadora, para fins de controle", e a "2ª via - devolvida ao paciente com o respectivo carimbo que identifique a dispensação". A quantidade de opioide dispensada para cada paciente em tratamento ambulatorial deverá ser aquela 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 n° 6 de 26 de janeiro de 1999.

De acordo com a acima citada Resolução ANVISA, a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias codeína, morfina e metadona, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do SUS.

10 - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo, o que deverá ser obrigatoriamente formalizado por meio da assinatura de Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, quando utilizado medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994
2. Schestatsky P, Nascimento OJ. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? Arq Neuropsiquiatr. 2009;67:741-9.
3. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Lee AJ. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. Pain; 2006;122:289-94.
4. Kreling MC, da Cruz DA, Pimenta CA. Prevalence of chronic pain in adult workers. Rev Bras Enferm. 2006;59:509-13.
5. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Pain. 2001;92:147-157.
6. Schestatsky P, Felix-Torres V, Chaves ML et al. Brazilian Portuguese validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) for patients with chronic pain. Pain Med, 2011 (In press)
7. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology. 2008;70:1630-5
8. Simons DG, Travell JG, Simons LS: Travell & Simons's Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, vol 1, edn 2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
9. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep. 2001;5:412-20.
10. Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. Am J Med. 2009;122:S14-21
11. Yang TT, Hsiao FH, Wang KC, Ng SM, Ho RT, Chan CL, Lai YM, Chen YT. The effect of psychotherapy added to pharmacotherapy on cortisol responses in outpatients with major depressive disorder. J Nerv Ment Dis. 2009;197:401-6.
12. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, Tu W. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. JAMA. 2009;301:2099-110.
13. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD004252.
14. Thomas M, Eriksson SV, Lundeberg T. A comparative study of diazepam and acupuncture in patients with osteoarthritis pain: a placebo controlled study. Am J Chin Med. 1991;19:95-100
15. Brosseau L, Wells GA, Tugwell et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia. Phys Ther. 2008;88:857-71.
16. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Hodges PW, Herbert RD, Refshauge KM, McAuley JH, Jennings MD. Motor control exercise for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled trial. Phys Ther. 2009;89:1275-86.
17. Young IA, Michener LA, Cleland JA, Aguilera AJ, Snyder AR. Manual therapy, exercise, and traction for patients with cervical radiculopathy: a randomized clinical trial. Phys Ther. 2009;89:632-42.
18. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2007;147:492-504
19. Smith AG, Russell J, Feldman EL, Goldstein J, Peltier A, Smith S, Hamwi J, Pollari D, Bixby B, Howard J, Singleton JR. Lifestyle intervention for pre-diabetic neuropathy. Diabetes Care. 2006;29:1294-9.
20. Frost A. Diclofenac versus lidocaine as injection therapy in myofascial pain. Scand J Rheumatol. 1986;15:153-6.
21. Turturro MA, Frater CR, D'Amico FJ. Cyclobenzaprine with ibuprofen versus ibuprofen alone in acute myofascial strain: a randomized, double-blind clinical trial. Ann Emerg Med. 2003;41:818-26.
22. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD001351.
23. Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Pain. 2009;13:3-10.
24. Manheimer E, Cheng K, Linde K, Lao L, Yoo J, Wieland S, van der Windt DA, Berman BM, Bouter LM. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD001977
25. Madsen MV, Gøtzsche PC, Hróbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups.. BMJ. 2009 Jan 27;338:a3115. doi: 10.1136/bmj.a3115
26. OMS/Lista de Medicamentos 2009 - http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf
28. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. Pain. 2005;118:289-305.
29. Salinsky M, Storzbach D, Munoz S. Cognitive effects of pregabalin in healthy volunteers: a double-blind, placebo-controlled trial. Neurology. 2010;74:755-61.
30. Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ.Pregabalin for acute and chronic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD007076
31. Crofford LJ, Mease PJ, Simpson SL, Young JP Jr, Martin SA, Haig GM, Sharma U. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief: a 6-month, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin. Pain. 2008;136:419-31.
32. Edwards J, Meseguer F, Faura C, Moore RA, McQuay HJ, Derry S.Single dose dipyrone for acute postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8;(9):CD003227.
33. Edwards JE, Meseguer F, Faura C, Moore RA, McQuay HJ.Single dose dipyrone for acute renal colic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4):CD003867
34. Ramacciotti AS, Soares BG, Atallah AN. Dipyrone for acute primary headaches. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD004842.
35. Rodríguez M, Barutell C, Rull M, Gálvez R, Pallarés J, Vidal F, Aliaga L, Moreno J, Puerta J, Ortiz P.Efficacy and tolerance of oral dipyrone versus oral morphine for cancer pain. Eur J Cancer. 1994;30:584-7
36. Duarte Souza JF, Lajolo PP, Pinczowski H, del Giglio A. Adjunct dipyrone in association with oral morphine for cancer-related pain: the sooner the better. Support Care Cancer. 2007;15:1319-23.
37. Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis? A meta-analysis of randomised controlled trials. Ann Rheum Dis. 2004;63:901-7
38. Toms L, McQuay HJ, Derry S, Moore RA. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) for postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD004602.
39. Ong CK, Seymour RA, Lirk P, Merry AF. Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. Anesth Analg. 2010 Apr 1;110(4):1170-9.
40. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. Eur Spine J. 2008;17:1423-30
41. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD000396.
42. Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004257
43. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDS or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD005180.
44. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. Ann Pharmacother. 2010;44:489-506.
45. Derry C, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Single dose oral ibuprofen for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD001548.
46. Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, Mosteller F, Chalmers TC. Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. J Clin Oncol. 1994 Dec;12(12):2756-65
47. Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2002;162:19-24
48. Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. Spine. 2003;28:2540-5.
49. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain.. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001703
50. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD005454.
51. Max MB, Lynch SA, Muir J, Shoaf SE, Smoller B, Dubner R Effects of desipramine, amitriptyline, and fluoxetine on pain in diabetic neuropathy. N Engl J Med. 1992;326:1250-6
52. Schreiber S, Vinokur S, Shavelzon V, Pick CG, Zahavi E, Shir Y. A randomized trial of fluoxetine versus amitriptyline in musculo-skeletal pain Isr J Psychiatry Relat Sci. 2001;38:88-94

53. Rowbotham MC, Reisner LA, Davies PS, Fields HL.Treatment response in antidepressant-naïve postherpetic neuralgia patients: double-blind, randomized trial. J Pain. 2005;6:741-6.
54. Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Lee TC, Iyengar S. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy. Pain. 2005;116:109-18.
55. Goldman RH, Stason WB, Park SK, Kim R, Mudgal S, Davis RB, Kaptchuk TJ. Low-dose amitriptyline for treatment of persistent arm pain due to repetitive use. Pain. 2010;149:117-23
56. Morello CM, Leckband SG, Stoner CP, Moorhouse DF, Sahagian GA. Randomized double-blind study comparing the efficacy of gabapentin with amitriptyline on diabetic peripheral neuropathy pain. Arch Intern Med. 1999;159:1931-7
57. Bansal D, Bhansali A, Hota D, Chakrabarti A, Dutta P. Amitriptyline vs. pregabalin in painful diabetic neuropathy: a randomized double blind clinical trial. Diabet Med. 2009;26:1019-26.
58. Watson CP, Vernich L, Chipman M, Reed K. Etobicoke. Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. Neurology. 1998;51:1166-71
59. Panerai AE, Monza G, Movilia P, Bianchi M, Francucci BM, Tiengo M. A randomized, within-patient, cross-over, placebo-controlled trial on the efficacy and tolerability of the tricyclic antidepressants chlorimipramine and nortriptyline in central pain. Acta Neurol Scand. 1990;82:34-8.
60. Atkinson JH, Slater MA, Williams RA, Zisook S, Patterson TL, Grant I, Wahlgren DR, Abramson I, Garfin SR. A placebo-controlled randomized clinical trial of nortriptyline for chronic low back pain. Pain. 1998;76:287-96
61. Raja SN, Haythornthwaite JA, Pappagallo M, Clark MR, Travison TG, Sabeen S, Royall RM, Max MB. Opioids versus antidepressants in postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. Neurology. 2002;59:1015-21.
62. Eberhard G, von Knorring L, Nilsson HL, Sundequist U, Björling G, Linder H, Svärd KO, Tysk L. A double-blind randomized study of clomipramine versus maprotiline in patients with idiopathic pain syndromes. Neuropsychobiology. 1988;19:25-34.
63. Trèves R, Montaine de la Roque P, Dumond JJ, Bertin P, Arnaud M, Desproges-Gotteron R. Prospective study of the analgesic action of clomipramine versus placebo in refractory lumbosciatica. Rev Rhum Mal Osteoartic. 1991;58:549-52.
64. Demyttenaere K, Mesters P, Boulanger B, Dewe W, Delsemme MH, Gregoire J, Van Ganse E. Adherence to treatment regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine. J Affect Disord. 2001;65:243-52.
65. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD001133.
66. Kochar DK, Rawat N, Agrawal RP, Vyas A, Beniwal R, Kochar SK, Garg P. Sodium valproate for painful diabetic neuropathy: a randomized double-blind placebo-controlled study. QJM. 2004;97:33-8
67. McCleane GJ. Intravenous infusion of phenytoin relieves neuropathic pain: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover study. Anesth Analg. 1999;89:985-8
68. McQuay H, Carroll D, Jadad AR, Wiffen P, Moore A. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. BMJ. 1995;311:1047-52.
69. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. JAMA. 1998;280:1837-42
70. Serpell MG; Neuropathic pain study group. Gabapentin in neuropathic pain syndromes: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Pain. 2002;99:557-66.
71. Tai Q, Kirshblum S, Chen B, Millis S, Johnston M, DeLisa JA. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain after spinal cord injury: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial. J Spinal Cord Med. 2002;25:100-5.
72. Sabatowski R, Gálvez R, Cherry DA, Jacquot F, Vincent E, Maisonobe P, Versavel M; 1008-045 Study Group. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. Pain. 2004;109:26-35.
73. Quilici S, Chancellor J, Löthgren M, Simon D, Said G, Le TK, Garcia-Cebrian A, Monz B. Meta-analysis of duloxetine vs. pregabalin and gabapentin in the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain. BMC Neurol. 2009 Feb 10;9:6.
74. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. Lancet. 2009;374:1252-61.
75. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD007938
76. Moore, 2009
77. Khoromi S, Patsalides A, Parada S, Salehi V, Meegan JM, Max MB. Topiramate in chronic lumbar radicular pain. J Pain. 2005;6:829-36
78. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ. 2006;174:1589-94.
79. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD004959.
80. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, Patel S, Manchikanti L. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians Guidelines. Pain Physician. 2008;11:S5-S62.
81. Pain Latter WHO 2011 - http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/
82. Nüesch E, Rutjes AW, Husni E, Welch V, Jüni P.Oral or transdermal opioids for osteoarthritis of the knee or hip. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD003115.
83. Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD003868.
84. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. N Engl J Med. 2005;352:1324-34.
85. Rodriguez RF, Bravo LE, Castro F, Montoya O, Castillo JM, Castillo MP, Daza P, Restrepo JM, Rodriguez MF. Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial. J Palliat Med. 2007;10:56-60
86. de Craen AJ, Di Giulio G, Lampe-Schoenmaeckers JE, Kessels AG, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. BMJ. 1996 Aug 10;313:321-5
87. Hollingshead J, Dühmke RM, Cornblath DR. Tramadol for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD003726
88. Arbaiza D, Vidal O. Tramadol in the treatment of neuropathic cancer pain: a double-blind, placebo-controlled study. Clin Drug Investig. 2007;27:75-83.
89. Lusthof KJ, Zweipfenning PG. Suicide by tramadol overdose. J Anal Toxicol. 1998;22:260
90. Gimbel JS, Richards P, Portenoy RK. Controlled-release oxycodone for pain in diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. Neurology. 2003;60:927-34.
91. Nicholson AB. Methadone for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003971
92. Mercadante S, Casuccio A, Agnello A, Serretta R, Calderone L, Barresi L. Morphine versus methadone in the pain treatment of advanced-cancer patients followed up at home. J Clin Oncol. 1998;16:3656-61.
93. Grochow L, Sheidler V, Grossman S, Green L, Enterline J. Does intravenous methadone provide longer lasting analgesia than intravenous morphine? A randomized, double-blind study. Pain. 1989;38:151-7
94. Bruera E, Palmer JL, Bosnjak S, Rico MA, Moyano J, Sweeney C, Strasser F, Willey J, Bertolino M, Mathias C, Spruyt O, Fisch MJ.Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study. J Clin Oncol. 2004;22:185-92.
95. Morley JS, Bridson J, Nash TP, Miles JB, White S, Makin MK. Low-dose methadone has an analgesic effect in neuropathic pain: a double-blind randomized controlled crossover trial. Palliat Med. 2003;17:576-87.
96. Oztürk T, Karadibak K, Catal D, Cakan A, Tugsavul F, Cirak K. Comparison of TD-fentanyl with sustained-release morphine in the pain treatment of patients with lung cancer. Agri. 2008;20:20-5.
97. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Fulfaro F, Aielli F, Verna L, Villari P, Ficorella C, Gebbia V, Riina S, Casuccio A, Mangione S. Sustained-release oral morphine versus transdermal fentanyl and oral methadone in cancer pain management. Eur J Pain. 2008;12:1040-6.
98. Allan L, Richarz U, Simpson K, Slappendel R. Transdermal fentanyl versus sustained release oral morphine in strong-opioid naïve patients with chronic low back pain. Spine. 2005;30:2484-90.
99. Wong JO, Chiu GL, Tsao CJ, Chang CL. Comparison of oral controlled-release morphine with transdermal fentanyl in terminal cancer pain. Acta Anaesthesiol Sin. 1997;35:25-32

ESCALA DE DOR LANNS (Português adaptado ao Brasil, de Schestatsky et al., 2011).

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 a 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 freqüência.....[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 freqüência.....[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 freqüência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

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

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, na 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 áreas.....[0]

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

ESCORE:

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

ESCORE TOTAL (máximo 24) .....

Se o escore for menor que 12, mecanismos neuropáticos são improváveis de estarem contribuindo para a dor do paciente.

Se escore igual ou maior que 12, mecanismos neuropáticos provavelmente estão contribuindo para a dor do paciente.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

CODEÍNA, MORFINA, METADONA E GABAPENTINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) CODEÍNA, MORFINA, METADONA e GABAPENTINA, para o tratamento da DOR CRÔNICA.

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

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as SEGUINTES MELHORIAS:

- alívio da dor;

- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes CONTRAINDICAÇÕES, POTENCIAIS EFEITOS ADVERSOS E RISCOS:

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

- codeína: analgésico opiáceo fraco, usado para alívio da dor moderada. É contraindicado em casos de diarréia associada à colite pseudo-membranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarréia causada por envenenamento, casos de dependência de drogas, incluindo alcoolismo. Os efeitos adversos mais comumente relatados incluem 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.

- morfina: analgésico opiáceo forte indicado para pacientes sem o controle adequado da dor, que se apresenta em grau moderado, intenso ou muito intenso. Sua dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade individual para o alcance da analgesia. As contraindicações incluem gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática. Os efeitos adversos mais relatados incluem 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); retenção urinária. Os efeitos colaterais de menor freqüência incluem fraqueza, dor de cabeça, insônia; perda de apetite, boca seca, coceira e batimentos acelerados do coração.

- metadona: analgésico opiáceo sintético de alta potência analgésica, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de

difícil tratamento. É contraindicado em casos de insuficiência respiratória grave. Os efeitos adversos mais relatados incluem dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos e suor excessivo. Os efeitos adversos de menor freqüência incluem fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração e dificuldade para urinar.

- gabapentina: os efeitos adversos incluem diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náuseas, vômitos, tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre;

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados quando em casos de gravidez, amamentação, pacientes idosos e crianças.

A utilização de opioide pode prejudicar as habilidades motoras e capacidade física, necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas como conduzir veículos ou operar máquinas.

Quando não for possível a prevenção e tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Desmistificação em relação a analgésico opiáceo: não causa dependência facilmente; não causa depressão respiratória clinicamente significante em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não acelera a morte; não transforma paciente em zumbi.

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, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará de um dos seguintes medicamentos:

( ) codeína
( ) morfina
( ) metadona
( ) gabapentina

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:_____		

OBSERVAÇÃO: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e, a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.